

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI - UFVJM**

ALINE GRAZIELE FERNANDES

**ESTUDO DO PERFIL E DAS PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO E O
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

**DIAMANTINA - MG
2013**

ALINE GRAZIELE FERNANDES

**ESTUDO DO PERFIL E DAS PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO E O
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, área de concentração em Políticas de Integração Saúde e Educação, para a obtenção do título de “Mestre”.

Orientador: Prof. MSc. Milton Cosme Ribeiro
Co-orientadora: Prof.^a MSc. Mirtes Ribeiro

**DIAMANTINA - MG
2013**

ALINE GRAZIELE FERNANDES

**ESTUDO DO PERFIL E DAS PERCEPÇÕES DOS TRABALHADORES DE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO E O
DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, Área de Concentração Políticas de Integração Saúde e Educação.

Orientador: Prof. MSc. Milton Cosme Ribeiro
Co-orientadora: Prof.^a MSc. Mirtes Ribeiro

Aprovada em de de , pela Comissão Examinadora

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a. MSc. Neuza Maria Nogueira Moysés - ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr. Alisson Araújo – UFSJ

Prof. MSc. Milton Cosme Ribeiro - UFVJM

Dedico este trabalho ao meu irmão Gustavo, o “Anjo mais Velho”, que sempre me encorajou a lutar por meus sonhos!

“Enquanto houver você do outro lado, aqui do outro, eu consigo me orientar...”

Fernando Anitelli

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar coragem e força durante este percurso.

À minha querida Mãe, Helena, exemplo em minha vida, tenho muito que agradecer por estar presente, me dando todo o apoio que eu precisei nessa caminhada.

À minha irmã, Jordana e meu irmão, Bráulio, pelo apoio que me deram durante todo este estudo, pelo carinho e confiança que sempre depositaram em mim.

Ao Túlio, meu amor, namorado, amigo e também colaborador deste trabalho... Obrigada por me fazer acreditar que era possível, pela compreensão e pelos incentivos fortalecedores.

Ao meu Pai, Langer e meu mano, Gustavo que não estiveram aqui fisicamente, mas tenho certeza que estavam do meu lado em todos os momentos.

Ao Prof. Milton, pela orientação, amizade e apoio na construção deste trabalho, desde o começo! E à Profa. Mirtes pela coorientação deste estudo.

À D. Dulce, minha sogra e excelente professora, pela atenção na revisão ortográfica.

Aos meus grandes amigos, de perto e de longe e à minha família. Peço-lhes desculpas pela ausência nos momentos de dedicação aos estudos e ao trabalho.

Aos amigos da Gerência Regional de Saúde de Itabira, em especial Eliana, muito obrigada pelo apoio durante essa caminhada.

Agradeço a todos os amigos da turma do Mestrado Ensino em Saúde pela amizade, em especial à amiga Márcia por estar sempre presente e me apoiar em todos os momentos.

A todos os mestres por tantos ensinamentos nestes anos e por participarem da minha formação e crescimento profissional.

Aos profissionais de saúde, com os quais tive a oportunidade de compartilhar experiências, agradeço por toda troca e companheirismo, fundamentais para esse caminhar. Desejo a vocês esperança para que, a cada dia, possam fazer a diferença em prol da saúde coletiva.

À UFVJM e à Diamantina que me acolheram pela segunda vez! *“Quando a noite a linda lua, torna as pedras cor de prata, Diamantina sai à rua, transformada em serenata.”*

“Não acrediteis em coisa alguma pelo fato de vos mostrarem o testemunho escrito de algum sábio antigo;

Não acrediteis em coisa alguma com base na autoridade de mestres e sacerdotes;

Aquilo, porém, que se enquadrar na vossa razão, e depois de minucioso estudo for confirmado pela vossa experiência, conduzindo ao vosso próprio bem e ao de todas as outras coisas vivas;

A isso aceitai como verdade;

E daí, pautai vossa conduta!”

Buda

RESUMO

Este estudo tem por objetivo conhecer o perfil e as percepções dos trabalhadores de vigilância em saúde acerca da formação e do desenvolvimento profissional. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quali-quantitativa e foi realizado com profissionais do departamento de vigilância em saúde de um município do Centro-Leste de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2013. Consistiu em duas etapas, sendo: 1) Aplicação de um questionário estruturado com dados sócios demográficos, de atuação e formação/desenvolvimento profissional; 2) Entrevistas semiestruturadas, utilizando um roteiro com perguntas norteadoras. Após a realização das entrevistas foi utilizada a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) para a análise dos resultados. Na primeira etapa, a amostra foi composta de 55 trabalhadores e na segunda de 20. Dentre outros, verificaram-se os seguintes resultados: 58,2% dos entrevistados têm como cargo agente de combate a endemias; 61,8% são contratados; 69,1% ganham até dois salários mínimos; 41,8% possuem escolaridade de nível médio; 50% dos profissionais de nível superior são graduados na área de ciências da saúde; 41,8% nunca participaram de cursos de capacitação; 78,2% dos profissionais entrevistados disseram ser capacitados para as ações que desenvolvem; 58,2% dos profissionais atribuíram o conceito “bom” para o seu conhecimento em relação à vigilância em saúde. Obtiveram-se as seguintes categorias empíricas: entendimento de vigilância em saúde - prevenção de riscos e doenças para a saúde da população; importância das ações educacionais - conhecimento adquirido por meio da capacitação e atualização dos profissionais para a melhoria do trabalho na área de atuação; dificuldades - desconhecimento da gestão quanto à vigilância em saúde e inexistência de recursos financeiros; facilidades - interesse do servidor em se capacitar; levantamento dos temas: atuação dos agentes de endemias, educação em saúde para a população, imunização, vigilância sanitária nos estabelecimentos e curso básico de vigilância em saúde. Dentre outros achados, foi possível identificar a necessidade de implementação de ações educacionais, voltadas para a formação e o desenvolvimento profissional e relacionadas à vigilância em saúde para os trabalhadores da área, com o intuito de propiciar a transformação dos processos de trabalho para a efetivação da vigilância em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: vigilância em saúde, profissionais, formação, desenvolvimento profissional.

ABSTRACT

This research aims to know the employees profiles and perceptions concerning to workers health surveillance on training and professional development. It is a descriptive and explanatory study with a qualitative and quantitative approach and it was accomplished with professionals from the health surveillance department in a Middle East city in Minas Gerais. The data collection occurred in April and May, in 2013. It consisted of two parts: 1) Applying a structured questionnaire with social demographic data about professional training/development and performance; 2) Semi structured interviews, using a script with guiding questions. After the interviews accomplishment, the content analysis technique suggested by Bardin (2011) was used to analyze the results. The sample was compounded by 55 employees on a first phase and 20 on the second one. Among others, the following results were found: 58,2% of the interviewed people are agent combat endemic diseases workers; 61,8% are hired; 69,1% earn up to two minimum salaries; 41,8% have high school degree; 50% of the higher education professionals are graduated in health science field; 41,8% never took part in training courses; 78,2% of the interviewed professionals said to be trained to the jobs they develop; 58,2% of the professionals assigned the “good” concept to their knowledge concerning to health surveillance. The following empiric categories were found: figuring out health surveillance – prevention of risks and diseases to the population health; the importance of educational actions – knowledge acquired through training and updating of professionals to job improvement in their working field; difficulties – ignorance about management regarding to health surveillance and lack of financial resources; facilities – server concernment in training; topics rising: endemic diseases agents performance, health education to population, immunization, health surveillance in the establishments and basic course in health surveillance. Among other findings, it was possible to identify the necessity in implementing educational actions aimed at professional training and development and related to health surveillance to the employees in this field, aiming to provide changes in the work processes to effectiveness the health surveillance.

Key-words: health surveillance, professionals, training, professional development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01 -	Número de empregos entre a faixa salarial	49
FIGURA 02 -	Áreas de atuação dos profissionais da vigilância em saúde	50
FIGURA 03 -	Siglas relacionadas à identificação dos participantes do estudo.....	65
FIGURA 04 -	Construção das categorias empíricas	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Tamanho de amostra ao nível de 5% de significância condicionado a margem de erro	45
Tabela 02 -	Variáveis relacionadas à atuação profissional em vigilância em saúde.....	48
Tabela 03 -	Variáveis relacionadas à formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores de vigilância em saúde.....	51
Tabela 04 -	Tabela de contingência e Teste Exato de Fisher entre o tempo de atuação no departamento e as variáveis escolaridade e vínculo empregatício	53
Tabela 05 -	Variáveis “Capacitação para as ações que desenvolve e consideração do conhecimento em VS” e “Como você considera seu conhecimento em vigilância da saúde”.....	54
Tabela 06 -	Tabela de Contingência e Teste Exato de Fisher entre o fato do profissional se julgar capacitado para as ações que desenvolve com as variáveis: Escolaridade, Tempo de atuação no departamento de saúde, Última participação nos cursos de capacitação, Participação de cursos em sua área de atuação, Houve disciplina que abordaram temas relacionados à Vigilância de Saúde	56
Tabela 07 -	Tabela de Contingência e Teste Exato de Fisher para o conhecimento que se considera ter em vigilância de saúde com a variável Participação de cursos, por iniciativa própria, em sua área de atuação.....	57
Tabela 08 -	Temas levantados pelos profissionais relacionados à necessidade de ações educacionais em vigilância em saúde.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino - Serviço
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ações Públicas
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DVS	Departamento de Vigilância em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS
FGTS	Fundo de Garantia de Tempo de Serviço
GAP	Grupo de Aperfeiçoamento Profissional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDA	Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Educação Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pontos de Apoio dos Agentes de Endemias
PEP	Programa de Educação Permanente para Médicos de Família de Minas Gerais

PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SESU	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
UNI	Uma Nova Iniciativa
UR	Unidades de Registro
VIEP	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária
VS	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	Vigilância em saúde	15
2.2	Conceitos de formação e desenvolvimento profissional em saúde	23
2.3	Contextualização das políticas de formação e desenvolvimento profissional em saúde no Brasil	25
	REFERÊNCIAS	34
3	ARTIGO 1: Caracterização do perfil de formação e desenvolvimento profissional de trabalhadores da área de vigilância em saúde	40
4	ARTIGO 2: Percepções de trabalhadores de vigilância em saúde sobre a formação e o desenvolvimento profissional.....	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	APÊNDICES	90
	ANEXO.....	101

1 INTRODUÇÃO

Diante das rápidas transformações existentes no mundo atual, os profissionais da saúde devem estar preparados para conciliar as necessidades de desenvolvimento pessoal, profissional e social. É necessário, no entanto, que haja não só a habilidade técnica, advinda da formação geral, mas, também, a capacidade de aprender a aprender continuamente e a facilidade de adaptação e flexibilidade de modo a assegurar a qualidade dos serviços prestados.

Vários estudos demonstram a deficiência existente entre a formação inicial dos profissionais e a realidade advinda com o ingresso no mercado de trabalho, o que impacta em dificuldades na adoção de hábitos e práticas durante a atuação profissional. Tal fato pode ser explicado tendo em vista que as instituições de ensino ainda são estruturadas por um modelo pedagógico hegemônico conteudista e fragmentado.

Verifica-se na atenção à saúde, um modelo biomédico, voltado para o indivíduo e centrado na supervalorização da medicina curativa e hospitalar e este entrave leva à necessidade de processos de capacitação em serviço de forma rápida e contínua, contemplando, além da parte técnica, as dimensões éticas do indivíduo.

Os trabalhadores de vigilância em saúde (VS) devem atuar na observação e análise das condições de saúde da população, de forma a controlar determinantes, riscos e danos por meio de uma abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde. Para isso, é necessário que estes profissionais tenham uma visão abrangente, posto que são vários os componentes da vigilância em saúde, podendo ser citados: vigilância epidemiológica; vigilância da situação de saúde; vigilância em saúde ambiental; vigilância em saúde do trabalhador; vigilância sanitária e promoção da saúde.

Porém, destaca-se que as práticas de VS se encontram desarticuladas e o conhecimento dos profissionais ainda tende a se relacionar às concepções de vigilância epidemiológica e sanitária de forma isolada.

Para a transformação das práticas destes profissionais, é preciso que a educação permanente atue com uma abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão e que seja fortalecido o processo de descentralização da gestão da vigilância em saúde nos territórios municipais por meio da organização da atenção primária e fortalecimento do controle social.

Neste âmbito, é de suma importância o ordenamento da formação e desenvolvimento profissional dos recursos humanos da área, por meio da qualificação profissional, já que este é um elemento crítico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação. Além disso, é imprescindível o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas e estudos na área de vigilância em saúde por meio da produção de conhecimentos, informações e atualização técnico-profissional, por suposto.

Segundo Ceccim *et al.* (2002), a formação profissional diz respeito à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo estar voltada ao pessoal inserido no serviço ou não. Já o desenvolvimento se refere à educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor e pode apresentar diferentes designações, tais como educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação.

Apesar da responsabilidade do SUS, definida na Constituição Federal, de ordenar a formação profissional na área da saúde, verifica-se que esse preceito não tem se traduzido na prática institucional, já que os instrumentos de poder e articulação que o Sistema possui hoje para atuar nessa área não têm sido suficientes e nem utilizados na sua totalidade. Portanto, é necessário que a educação profissional seja utilizada como um objeto de prática e transformação dos processos de trabalho para o fortalecimento da vigilância em saúde no âmbito do SUS.

Este estudo foi realizado no departamento de vigilância em saúde de um município do Centro-Leste de Minas Gerais e está estruturado em três partes, sendo um referencial teórico e dois artigos científicos. Teve por objetivo geral: conhecer o perfil e as percepções dos trabalhadores de vigilância em saúde, acerca da formação e do desenvolvimento profissional; e objetivos específicos: verificar o entendimento dos profissionais sobre vigilância em saúde; identificar a importância, as dificuldades e as facilidades das ações educacionais e levantar os temas mais importantes para o desenvolvimento destas ações na área de vigilância em saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Vigilância em saúde

No final da Idade Média, as principais práticas relacionadas à vigilância restringiam ao isolamento e à quarentena que consistiam em medidas de caráter compulsório, restritivo e punitivo (CZERESNIA, 1997). A partir do desenvolvimento da microbiologia e de saberes sobre a transmissão de doenças infecciosas, surge no final do século XIX o conceito de vigilância como um instrumento de saúde pública. Seu propósito fundamental era detectar doentes, já em seus primeiros sintomas, para a rápida instituição do isolamento. Em nosso país, os termos inicialmente utilizados com esse significado foram vigilância médica e, posteriormente, sanitária (WALDMAN, 1998).

No século XX, mais precisamente a partir dos anos 50, o conceito de vigilância passa a se relacionar à disseminação regular de informações a todos que fossem necessários. Passa a não envolver a imediata responsabilidade pelas atividades de controle, se constituindo mais no alerta e orientação à autoridade de saúde para que se pudesse tomar a decisão adequada (DECLICH e CARTER, 1994).

A vigilância foi utilizada pela primeira vez em larga escala, em meados da década de 1960, com o advento do programa de erradicação da varíola da Organização Mundial da Saúde (OMS). Seus principais objetivos foram: identificar todos os casos e aplicar as medidas necessárias de controle da doença. A experiência dos programas de erradicação da varíola e da malária resultou na ampliação do significado de vigilância em relação ao seu original, ao incluir a notificação de doenças específicas, mas não se limitou ao sistema de informação, passando a ser um sistema de “informação-decisão-controle” (FARIA, 2007).

Em 1968, na 21ª Assembleia da OMS, a vigilância passou a ser concebida como uma função essencial em saúde pública, consolidando no Brasil o conceito de vigilância no controle de doenças transmissíveis, ficando a vigilância sanitária (VISA) mais restrita ao conjunto de ações nas áreas de portos e fronteiras e passando a incluir, a partir dos anos setenta, o controle sanitário de produtos e serviços de interesse à saúde da sociedade (COSTA e ROZENFELD, 2000).

Tal processo de consolidação da vigilância determinou nesse período uma distinção entre a vigilância epidemiológica (VIEP) e a VISA: a primeira orientada para o controle de casos e contatos fundamentado na clínica e na epidemiologia; já a segunda, dirigida para os ambientes, na regulamentação da produção, distribuição e consumo de produtos e serviços (COSTA, 1998).

Em 1975 foi instituído no Brasil o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) que incorporou o conjunto de doenças transmissíveis até então consideradas de maior relevância sanitária no país. O sistema se tornava responsável pelo controle de doenças endêmicas que, anteriormente, era atribuição dos vários serviços nacionais, como o de malária ou tuberculose (MENDES *et al.*, 2000).

Na década de 1980, a denominação Vigilância em Saúde Pública passou a ser utilizada internacionalmente, em substituição ao termo Vigilância Epidemiológica, para evitar “*confusões*” entre vigilância – tida como instrumento de Saúde Pública e a Epidemiologia – uma disciplina.

Neste período, com o processo de construção e implantação do SUS, a partir da promulgação da Lei nº 8.080/90, surge a proposta da VS no Brasil. As discussões se pautaram na necessidade de ampliação das ações de VIEP, incorporada à VISA, no sentido de contemplar as condições de vida em sua amplitude, uma vez que tais ações sempre estiveram voltadas para o controle do agente etiológico e do meio ambiente. Esse emergente modelo buscava ainda a superação da dicotomia entre as práticas coletivas e individuais (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

A partir dos anos noventa, diante da crise do setor saúde em nosso país, o movimento sanitário implicou a própria reorganização das ações de VIEP e VISA para a redução de riscos e danos das doenças, como a identificação dos determinantes da saúde coletiva e individual ao propor mudanças em direção à democratização das práticas de saúde na perspectiva do SUS (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

A partir da Lei Orgânica de Saúde, a VIEP passa a não se restringir ao controle das doenças transmissíveis, mas propõe uma investigação mais orientada e integrada para os condicionantes do processo da saúde-doença entre os planos coletivo e individual.

A VIEP torna disponíveis as informações atualizadas sobre a ocorrência de eventos como dos seus determinantes numa dada área geográfica ou população específica. Logo, a VIEP se constitui também num importante instrumento para o planejamento, organização e avaliação das intervenções, como para a normatização de atividades técnicas correlatas dos

serviços de saúde resultando num trabalho coletivo e integrado que se contextualiza no âmbito das práticas de saúde pública (BRASIL, 2005).

O trabalho da vigilância passou a se relacionar à descrição dos padrões de ocorrência das doenças notificáveis, ao monitoramento de tendências de agravos relevantes em saúde pública, ao alerta às pessoas suscetíveis a determinados agentes, vias e fontes de exposição, para os quais existam intervenções eficazes de prevenção, proteção e controle. De outro lado, se destaca a alocação apropriada de recursos, a priorização dos problemas de saúde, os programas de prevenção e controle, a avaliação das estratégias de intervenção e o impacto dessas medidas na população-alvo (WALDMAN, 1998).

A VS é uma das principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde, na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos que propõe uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2001).

Importa ressaltar, brevemente, que existe um debate gerando distintas vertentes sobre a vigilância da saúde, considerando-a como “análise de situações de saúde” ou ainda como “proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária” (PAIM, 2003). Considera-se que a vigilância em saúde amplia a concepção de saúde, ao ter como pressuposto uma visão mais integral do processo saúde-doença, na medida em que envolve operações sobre os determinantes dos problemas de saúde, se constituindo em um “espaço da saúde” e não exclusivamente de atenção à doença (TEIXEIRA, 2004).

Verifica-se, na literatura, polissemia de termos que abrangem: vigilância à saúde; vigilância *em* saúde; vigilância em saúde pública e vigilância *da* saúde (FARIA E BERTOLOZZI, 2010).

A vigilância *em* saúde é constituída pelas etapas de coleta, análise e interpretação sistemática de dados sobre eventos de saúde que afetam a população. Já a vigilância *da* saúde (VS) tem uma concepção mais abrangente, além da simples análise de situação ou da integração institucional entre a VISA e VIEP. Ela prevê a intervenção sobre problemas de saúde; a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; a articulação de ações de promoção, prevenção e assistência; a atuação intersetorial; as ações sobre o território; e a intervenção sob a forma de operações (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

Surge, oportunamente, a distinção entre uma concepção restrita e outra ampliada desse novo modelo assistencial. A primeira relacionava a ampliação da VIEP incorporada à VISA

sem, contudo, prever a reorganização dos serviços e ações da atenção integral à saúde, aí incluídas as intervenções sobre os determinantes sociais, de um lado, e a assistência médico-hospitalar, de outro (TEIXEIRA *et al.*, 1998). Já a concepção ampliada de VS resgatária, por sua vez, o desenvolvimento conceitual-metodológico que vinha se verificando a partir de uma visão abrangente de saúde e da formulação de modelos conceituais das causas, riscos e danos, com o resgate e ampliação do modelo de história natural das doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas até as intervenções sobre os riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação dos indivíduos enfermos. Nesse âmbito, Paim e Teixeira (1993) apontaram a necessidade de a informação epidemiológica integrar programas e serviços de saúde e de ampliação do objeto da VIEP no Brasil.

Segundo Aerts *et al.* (2004), a VS é considerada como uma resposta social organizada, pois parte da distribuição desigual de agravos e trabalha com grupos prioritários. Para tanto, apontam a necessidade de se conhecer os determinantes de saúde-doença desses grupos, a fim de promover a saúde através da intersectorialidade, da inclusão social, da educação e do fortalecimento da ação comunitária.

A VS possui caráter sistêmico e busca reorientar o planejamento e a gestão das diversas vigilâncias com estímulo à realização de intervenções sobre a situação de saúde, pautadas no coletivo, no ambiente, na população e no contexto social (BRASIL, 2007a).

Para Faria (2007), há três principais concepções de VS, que balizam práticas, especificam instrumentos e meios e propõem reflexões sobre as potencialidades de tal modelo. A primeira noção se refere à proposta de integração entre a VIEP e a VISA, visando superar a fragmentação das ações no âmbito mais local do sistema de saúde. Mais recentemente, essa proposição se soma às áreas de vigilância ambiental, de saúde do trabalhador e de zoonoses, com o objetivo final de contribuir para a prevenção de agravos e a promoção da saúde (TAMBELLINI E CAMARA, 2002).

Essa proposta tem se concretizado através de reformas administrativas de diversas secretarias estaduais de saúde e as práticas de VS têm fortalecido, em particular, as ações de VISA, viabilizando a articulação com centros de saúde do trabalhador, constituindo-se em espaço privilegiado para a implementação de campanhas de vacinação e controle de epidemias.

A segunda concepção de VS revela a ampliação do objeto da VIEP, ao não se limitar às enfermidades de notificação compulsória, mas propor a análise de situações de saúde de grupos populacionais, considerando-se suas condições de vida. A terceira vertente refere-se mais propriamente ao que, convencionalmente, tem se denominado como VS, proposta como

instrumento para a transformação dos determinantes de saúde e doença, sendo referenciada pelo conceito de território, pela intervenção sobre problemas, pela intersetorialidade, pela participação da população e pela promoção da saúde. Em tal vertente, a VS opera com base em sistemas geográficos de informação, a partir da microlocalização de problemas e visa o planejamento local em saúde organizando-se a partir da integração coordenada (MENDES, 1995).

Essa noção abrange o conceito de distrito sanitário, definido por Mendes (1995) como espaço geográfico, populacional e administrativo, coordenado por uma instância administrativa local, e entendido como um processo social e não burocrático.

A partir dessas três vertentes, se evidenciam algumas potencialidades da VS que podem contribuir para a redefinição das práticas de saúde: monitoramento de condições de vida e saúde, reorientação dos serviços de saúde na superação das desigualdades de cobertura, acesso e qualidade e controle social da informação em saúde (FARIA e BERTOLOZZI, 2010).

Do ponto de vista técnico-operacional, a vigilância da saúde reorienta o processo de trabalho ao reconhecer o território como conceito fundamental. Nesse espaço, se busca estabelecer a definição de problemas e de prioridades, bem como o conjunto de meios para atender efetivamente as necessidades de saúde da comunidade, integrando e organizando as atividades de promoção, de prevenção, tal como as assistenciais-reabilitadoras, valendo-se de conceitos como interdisciplinaridade e intersetorialidade. Nesse caminho, a vigilância da saúde necessita estar apoiada em três pilares fundamentais: território, problemas e práticas de saúde (BERTOLOZZI E FRACOLLI, 2005).

O território deve ser considerado não só enquanto um espaço geográfico, mas também social e político, que se encontra em permanente transformação, onde vivem grupos sociais definidos, em que se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença. Parte-se, assim, do pressuposto que o processo de territorialização pode ser um meio operacional para o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde (MONKEN E BARCELOS, 2005).

Portanto, toda e qualquer ação que se realize deverá incidir sobre os indivíduos, famílias, comunidades e meios sociais, uma vez que promover a saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas implica o saber agir no contexto em que elas se inserem e nos espaços onde vivem (ARREAZA e MORAES, 2010).

Martins e Fontes (2004) ressaltam a necessidade de ampliar o conceito de VIEP a partir da incorporação do conceito de redes sociais à VS. De acordo com os autores, a rede de VS pode ser entendida como um: "(...) sistema complexo formado pela articulação institucional de ações envolvendo ao mesmo tempo governo, comunidade, organizações civis e instituições científicas" (MARTINS & FONTES, 2004, p.109).

Entre as dificuldades encontradas para sua efetivação está a necessidade de reestruturação das ações de vigilância nas secretarias estaduais e municipais de saúde e de formação de equipes multidisciplinares, com capacidade de diálogo com outros setores. Além dessas, cita-se a construção de sistemas de informação capazes de auxiliar a análise de situações de saúde e a tomada de decisões (BARCELLOSA & QUITÉRIO, 2006).

Segundo os pressupostos das Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde definidas pelo Ministério da Saúde no Brasil (2010), seus componentes são:

- “- Vigilância Epidemiológica: tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.
- Vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.
- Vigilância em saúde ambiental: visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.
- A vigilância em saúde do trabalhador: caracteriza-se por ser um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
- A vigilância sanitária: entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.
- Promoção da saúde: objetiva a promover a qualidade de vida, empoderando a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais”.

É importante ressaltar que as práticas de VS se diferenciam da VIEP e VISA, já que passam a incluir outros sujeitos, como gerentes de serviços, técnicos e representantes da coletividade para participarem do processo de trabalho da saúde. Amplia-se assim, o objeto-

real para além dos fatores clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, acrescentando determinações que afetam os diferentes grupos sociais em função de suas condições de vida e saúde (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

A VS deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. As equipes de saúde da atenção primária podem desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações programadas de atenção à saúde das pessoas, com a ampliação do acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde. A integração entre a VS e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias (BRASIL, 2010).

Os serviços de VIEP e VISA, de saúde ambiental e programas de saúde devem procurar novas interfaces e trabalhar de modo integrado na detecção e controle dos múltiplos riscos relacionados ao processo saúde-doença. As ações programáticas de saúde necessitam assim, serem repensadas, no sentido do desenvolvimento de intervenções para as situações de risco social, sanitário e ambiental, como da efetiva redução dos inúmeros agravos vinculados a essas condições epidemiológicas (CAMPOS, 2003).

Ressalta-se a importância da instrumentalização de profissionais para trabalhar na perspectiva da VS. Tal situação vai conformar uma inteligência epidemiológica viva que instrumentalizará ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde com impacto efetivo na VS (ERMEL & FRACOLLI, 2006).

Deve-se concretizar um trabalho em equipe que estabeleça estratégias de diálogo transdisciplinar dentre os núcleos de cada prática profissional e campos de ação da Saúde Coletiva, contribuindo para promover a saúde tanto no âmbito individual quanto coletivo. A integralidade como um princípio norteador do SUS deve orientar a atenção à saúde de modo a atender às necessidades reais e demandas potenciais dos sujeitos, grupos e coletividades, em um novo paradigma para a saúde pública em sua práxis do saber agir (MACHADO *et al.*, 2007).

Fariñas e Bousa (1999), em estudo voltado para o levantamento das necessidades de conhecimento sobre VS entre os médicos de saúde da família em Cuba, verificaram que a maioria desses profissionais desconhecia seu papel na vigilância, não tendo sido capacitados com a profundidade necessária para desenvolver a proposta e apresentarem-se desestimulados para realizar a assistência devido à sobrecarga de trabalho administrativo, que incluía o registro sistemático de grande quantidade de informações. Os autores destacam, ainda, a

insuficiência de recursos humanos qualificados para gerenciar os programas, apesar da VS ser priorizada pelo Ministério da Saúde.

Em estudo realizado por Villa (1999) que investigou as práticas de VE na Secretaria Municipal de Ribeirão Preto (SP), constatou-se que a potencialidade dessa área está no trabalho territorial, a partir de um projeto de trabalho comum às diferentes categorias profissionais, no sentido de construção da VS.

Rodrigues et al. (2001), realizaram um estudo sobre o trabalho da enfermeira na VE em uma unidade de saúde e verificaram a predominância das ações de controle de doenças transmissíveis, cabendo à enfermeira um trabalho parcelar, centrado no modelo clínico, não integrado ao trabalho da equipe e, tampouco, à análise da situação de saúde da população local. As autoras concluem sobre a necessária abertura de novos canais de diálogo e de tecnologias de saúde para a redefinição da assistência, atendendo à demanda real e a discussão, em serviço, sobre as concepções de trabalho em saúde e sobre o processo saúde-doença, para caminhar em direção à VS.

FARIA (2007) investigou as práticas de vigilância na atenção básica à saúde, na realidade de um Distrito de Saúde do Município de São Paulo: mais propriamente, junto ao Butantã, por meio da análise de depoimentos de sujeitos que realizavam ações de vigilância em diferentes instâncias da estruturação da saúde. O trabalho, em geral, se apresentou como parcelar, repercutindo na alienação dos trabalhadores sobre todas as etapas do processo de trabalho, o que determina resultados pontuais e restritos aos eventos. Evidenciou-se, portanto, que a VIEP não alcança a prevenção e, tampouco a promoção da saúde, por se deter no tratamento e controle dos danos individuais.

Um fato importante é a inclusão de disciplinas que abordem a VS nas grades curriculares dos cursos de ciências biológicas e da saúde de modo a prepararem os profissionais para a atuação nessa área da saúde pública. Além disso, é necessária a reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros (BRASIL, 2010).

2.2 Conceitos de formação e desenvolvimento profissional em saúde

Os processos educativos formais que legitimam socialmente os profissionais de saúde são considerados processos de formação. Nesse sentido formação é um conceito que compreende educação como instituição em uma dada sociedade, ou seja, o sistema educacional formal público e privado representado pelas escolas, universidades regulamentadas pelas instituições normativas federais e estaduais. O educando, neste processo, percorre um currículo que contém disciplinas de natureza geral com objetivo de prepará-lo para o exercício da cidadania e para a prática específica de uma profissão (ALMEIDA E FERRAZ, 2008).

Para Freire (1997), a educação deve permitir a compreensão do conhecimento na construção da cidadania, contribuindo para a formação de uma consciência não fragmentada capaz de permitir aos sujeitos sociais a formulação de alternativas e a implementação de mudanças. Para tanto, o processo educativo é um movimento crítico, problematizador, que estimula a esperança e permite a releitura do mundo e da relação homem-mundo.

Dentro deste contexto, a formação profissional diz respeito à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo estar voltada ao pessoal inserido no serviço ou não, aparecendo, geralmente, sob esta mesma designação ou sob a identificação dos programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada (CECCIM *et al.*, 2002).

As discussões sobre a formação vêm sendo amplamente difundidas no cenário mundial, pois fatores como o impacto da sociedade da informação, do mundo tecnológico, da internacionalização da economia e da busca pela sustentabilidade impõem a todos a luta pelo domínio do saber. Nessa perspectiva, a formação se coloca como veículo de democratização do acesso à cultura, à informação e ao trabalho, obrigando o sistema educacional a adequar-se ao processo de reestruturação produtiva (FERENC, 2008).

Ceccim e Feuerwerker (2004a) propõem que a formação do profissional em saúde deve se sustentar por meio de articulações entre ensino, gestão, atenção e controle social, com privilégio deste último como organizador das políticas e dos serviços nessa área. Estes autores argumentam que, embora o advento do SUS tenha provocado discussões importantes acerca da formação em saúde, ainda faltam mais debates para que se formulem modos de estruturá-la objetivamente. Uma proposta é a busca do incremento da articulação entre as várias instâncias

de gestão do sistema de saúde com as instituições formadoras, cujo papel é hegemônico nesse campo.

No século passado, o modelo que fragmentou o conhecimento na área de saúde, se baseou no Relatório Flexner, em 1910, que se caracterizou, principalmente, pela formação sólida na atenção clínica individual, com pouca abordagem dos aspectos preventivos e de promoção à saúde, valorizando o aprendizado em ambientes hospitalares e as especialidades médicas (LAMPERT, 2006).

No plano acadêmico, atualmente, a lógica que tem orientado os movimentos educacionais ainda está significativamente deslocada, tanto da realidade epidemiológica quanto dos propósitos assistenciais encetados pelo SUS e na prática exerce significativa influência no ordenamento futuro dos profissionais de saúde (FEUERWERKER, 2002 apud ALMEIDA E FERRAZ, 2008).

Quanto ao desenvolvimento profissional, podem ser citados os programas e ações geridos em cada esfera de contratação de servidores para a sua atualização e a modernização de processos de trabalho, como para a adesão e motivação para o trabalho. Volta-se para o gerenciamento do próprio trabalho, não se configurando como o trabalho de escola, mas de educação pelo trabalho (CECCIM *et al.*, 2002).

Outros conceitos se relacionam à educação permanente em saúde (EPS) que pode corresponder à educação em serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à educação continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à educação formal de profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e se coloca em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino (CECCIM, 2005a).

O conceito de EPS trazido pela Portaria nº 198 do Ministério da Saúde (MS) diz que “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

Um dos objetivos centrais do desenvolvimento de força de trabalho é produzir um número suficiente de trabalhadores com qualificações técnicas e cujo histórico, de linguagem e de atributos sociais os tornem acessíveis e capazes de alcançar diversos tipos de clientes e populações. Para isso, é necessário planejamento ativo e gerenciamento na produção de recursos humanos com foco na construção de instituições formadoras fortes, no fortalecimento da regulação profissional e na revitalização das capacidades de recrutamento.

A educação profissional, também chamada de ensino técnico de nível médio é uma modalidade de ensino integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, às ciências e às tecnologias. É voltada para o aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio ou superior e para os trabalhadores em geral, jovens ou adultos. Pode ser desenvolvida de forma integrada ou não ao ensino regular, em especial ao ensino médio. Pela legislação vigente, os cursos desse segmento estão distribuídos em três níveis: formação inicial e continuada (capacitação, aperfeiçoamento, especialização e atualização); educação profissional técnica de nível médio; e educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação.

2.3 Contextualização das políticas de formação e desenvolvimento profissional em saúde no Brasil

A qualificação e requalificação de recursos humanos em saúde suscitam uma discussão ampla e profunda no que se refere aos problemas educacionais. Essa discussão torna-se de primordial importância quanto à área de enfermagem, que representa praticamente a metade da força de trabalho em saúde (CAVALCANTE & MACEDO, 2000).

Algumas iniciativas foram realizadas no que diz respeito à formação e qualificação do nível técnico e elementar. A pioneira ocorrida nos fins da década de 70, o Projeto Larga Escala, foi idealizado pela professora Isabel dos Santos com o propósito de implantar serviços básicos de saúde. Nesta perspectiva, realizou-se a qualificação dos atendentes de enfermagem, utilizando o trabalho como espaço de aprendizagem, capacitação dos trabalhador-docentes e preparo de material específico para seu acompanhamento (BARRETO, 2009).

A partir da reforma sanitária surgiram os debates acerca da educação permanente e da formação dos profissionais de saúde, destacando-se a adequação da educação dos profissionais à regionalização e à hierarquização do sistema de saúde. Estabeleceu-se um conjunto de princípios e propostas que seriam aprofundados na I Conferência Nacional de

Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) ocorrida em outubro de 1986. Essa Conferência teve como tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. O tema foi desenvolvido em cinco partes: valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários dos serviços (CECCIM *et al*, 2002).

Na área da formação, foram identificados vários problemas: ausência de integração ensino/serviço, alienação das escolas da área de saúde da realidade social, conflitos de interesse entre o sistema de saúde e o sistema formador. A instância “serviço” era identificada como o local da “má prática” e inadequado para o processo de formação de um bom profissional (BRASIL, 2006).

A Lei 8080/90 em seu artigo 27 define que a política de recursos humanos na área da saúde deverá ser realizada por meio da organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. Neste artigo, se reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Educação Superior (IES) e do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população (BRASIL, 1990).

Diante disso, com a Constituição Federal (CF) de 1988 e a publicação da Lei 8080/90, as discussões sobre a formação dos profissionais de saúde foram intensificadas, uma vez que, desde que foi criado, o SUS provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, impondo alterações significativas no processo de formação e desenvolvimento dos profissionais da área (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011).

A IX Conferência Nacional de Saúde, primeira após a criação do SUS ocorreu em 1992 e teve como chamada “Municipalização é o Caminho”. Com relação à área de Recursos Humanos, a conferência entendeu como necessário: assegurar uma política de formação e capacitação de recursos humanos que se articulasse com os órgãos formadores; promover a imediata regulamentação do art. 200, inciso III, da Constituição Federal; garantir escolas de formação de trabalhadores de saúde nas Secretarias de Saúde ou através de articulação com Secretarias de Educação, Universidades e outras instituições públicas de ensino superior; assegurar que as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde destinassem recursos orçamentários para a capacitação e treinamento dos seus quadros de pessoal e criação de núcleos de recursos humanos, com atividades de administração e desenvolvimento; garantir a manutenção de programas de residência médica pelas unidades do SUS e ampliação do

número de vagas, contemplando também as demais categorias profissionais da área da saúde (CECCIM *et al*, 2002).

Esta conferência apontou para a necessidade de realização da 2ª CNRHS para aprofundar a análise de diversos aspectos, inclusive a jornada de trabalho dos profissionais de saúde. É importante também destacar nesse contexto a criação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e o intenso debate promovido na década de 90, envolvendo os diferentes segmentos do controle social e dos gestores para a conformação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) que hoje baliza os indicativos da política de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2006).

Para a NOB/RH-SUS, a qualidade da atenção à saúde está relacionada com a formação dos profissionais, e a formulação de políticas está relacionada com propostas de formação de novos perfis profissionais. Por isso, para a NOB/RH-SUS, tornou-se imprescindível e obrigatório o comprometimento das instituições de ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o SUS e seu projeto tecnoassistencial (conforme definido pela legislação pertinente). Segundo esse instrumento, diretrizes curriculares para a formação deveriam contemplar as prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das várias regiões do país; dever-se-ia implementar uma política de formação de docentes orientada para o SUS; formar gestores capazes de romper com os atuais paradigmas de gestão e garantir recursos para dar andamento ao ensino, à pesquisa e à extensão (CECCIM E FEUERWERKER, 2004b).

Em 1996 ocorreu a chamada “Onde dá SUS, dá certo!” para a X Conferência Nacional de Saúde e propôs para a área de recursos humanos dentre outras medidas: a implantação e manutenção técnica e financeira de escolas de formação, com autonomia e integradas aos respectivos Conselhos de Saúde; a exigência de que o MS apresentasse um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde e a necessidade de criação de novos cursos na área da saúde, tanto de nível médio, quanto superior (CECCIM *et al*, 2002).

Tendo em vista os aspectos apresentados, se observa que nos anos 90 os projetos de integração ensino-serviço reconhecem a inclusão da representação popular no debate sobre as mudanças na formação e nos projetos de exercício das profissões para gerar serviços com capacidade de acolhida e escuta aos usuários. Os Projetos UNI (Uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade), abriram caminhos de mudança nas reformas curriculares, desafiando a mudança de conteúdos: da saúde pública

preventivista para uma saúde comunitária participativa. Ainda na mesma década, foi sistematizada e implementada na América Latina a reunião dos projetos de articulação ensino-serviço-comunidade (rede de projetos UNI) e dos projetos de integração docente-assistencial (rede de projetos IDA) que culminaram com a estruturação da rede UNI-IDA (depois rede Unida) e também com a formulação de uma teoria sobre a mudança na educação dos profissionais de saúde (CARVALHO E CECCIM, 2006).

Além disso, nos anos 90, merece destaque o projeto de trabalho da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) naquilo que inovou em termos de proposta para uma reforma da educação nas ciências da saúde (CARVALHO E CECCIM, 2006).

Em 1999, o MS lançou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE). O objetivo, em linhas gerais, era o de capacitar trabalhadores da área de enfermagem. As discussões que permearam toda a proposta do PROFAE ampararam-se na necessidade urgente de construção de uma política pública de formação profissional em saúde, visto que as transformações ocorridas no mundo do trabalho, nas últimas décadas, implicaram na necessidade imperiosa de qualificação dos trabalhadores para atender às exigências do modelo de processo de trabalho polivalente, integrado, em equipe, com maior flexibilidade e autonomia, caracterizado pela imprevisibilidade das situações (DELUIZ, 2000).

O PROFAE profissionalizou milhares de trabalhadores nesta área, seguindo os mesmos moldes do Larga Escala, de Izabel dos Santos. Com o PROFAE, foram identificadas necessidades em outras áreas do nível auxiliar, técnico e elementar que atuam no SUS, pouco ou nada priorizadas ao longo dos anos (BARRETO, 2009).

No ano 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS) reafirma os princípios e as diretrizes da NOB/RH e recomenda a 3ª CNRH. Trouxe diversos elementos para a consolidação da interface formação-gestão, desde argumentos para o desenvolvimento de pessoal engajado no controle social em saúde (conselheiros, promotores públicos, promotores do Ministério Público, população em geral) até o fortalecimento dos princípios do SUS. Voltam também com força os argumentos em favor do financiamento para as ações de desenvolvimento e formação de recursos humanos no SUS e o debate sobre os currículos na área da saúde (BRASIL, 2006).

Iniciou-se nesse período um debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, de modo que as profissões da área de saúde se mobilizaram de maneira expressiva. Concordando inteiramente com a ruptura ao modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, os

movimentos de mudança na graduação buscavam que a noção de diretrizes indicasse como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde. Aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002, definidas na primeira Resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE)/ Ministério da Educação e Cultura (MEC), nº 04, de 07/11/2001, as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social) afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (CECCIM E FEUERWERKER, 2004b).

Porém, há um longo caminho a percorrer, no qual as universidades exercem papel relevante como um dos agentes desse processo. As escolas de formação em saúde se encontram, em sua maioria, reproduzindo uma formação dicotomizada, expressa na organização curricular disciplinar, fragmentada e focada em especialidades, tendo como campo predominante de prática o hospital universitário, enfatizando práticas em saúde procedimento-centradas e desconsiderando as usuário-centradas (CIUFFO E RIBEIRO, 2008).

As diretrizes curriculares, no entanto, se constituem apenas em uma indicação, uma recomendação, já que, no Brasil, as universidades gozam de autonomia. A autonomia universitária é definida na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) como prerrogativa de criação, expansão, modificação e extinção de cursos e programas de educação superior; fixação dos currículos de seus cursos e programas; planificação e programação de pesquisa científica e de atividades de extensão, além da elaboração da programação dos cursos (BRASIL, 2006).

Neste âmbito, houve uma progressiva mobilização em torno da mudança da formação entre as várias profissões da saúde. Como exemplo deste movimento, em 2001 e 2002, a Rede Unida e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) elaboraram o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), cujo lema era “Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde”. Este não se configurou como movimento, foi um Edital de seleção de melhores projetos a serem incentivados com recursos financeiros para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, aprovadas em 2001 (CARVALHO E CECCIM, 2006).

Em 2002, foi criado o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) que determinou que as Escolas Técnicas dos SUS (ETSUS), as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados às gestões estaduais e municipais de saúde teriam prioridade na formulação e execução técnica e pedagógica dos cursos. O objetivo do

PROFAPS é qualificar e/ou habilitar trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, no período de oito anos. A proposta deste projeto está inserida em uma realidade onde a oferta de cursos nesta área é escassa, principalmente em regiões como o Norte e o Nordeste, justamente onde as demandas por qualificação de recursos humanos são maiores. O propósito do PROFAPS é contribuir para a melhoria da Atenção Básica e Especializada,

Para melhor compreender o papel do Programa para o SUS, é preciso colocar em destaque a participação dos trabalhadores que possuem níveis de escolaridade fundamental e médio, que no conjunto perfazem em média 60% da força de trabalho do setor saúde. Destaca-se que uma parcela expressiva desse contingente não tem formação profissional específica, embora atue diretamente com a população e os usuários dos serviços de atenção à saúde (ALGEBAILLE, 2011).

Em 2003, decorridos cerca de 20 anos da realização da primeira conferência, a XII CNS, reafirma a 3ª CNRH e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde, com os objetivos de propor diretrizes nacionais para a implementação dessa política, e ampliar a participação e a corresponsabilidade (BRASIL, 2006).

Neste ano, passa a compor o Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), responsável pela coordenação tanto da Rede ObservaRH, quanto do PROFAE. A SGTES é criada com o desafio de buscar o equacionamento dos problemas existentes, de magnitude expressiva, e de definir políticas no campo da gestão do trabalho e da educação para o efetivo desempenho do SUS, de forma articulada com as instâncias federativas gestoras do sistema. Mais ainda, de assumir, entre outros, um papel estratégico nas diretrizes intersetoriais que envolvam o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde - PNRHS (GARCIA, 2010).

A partir dessa iniciativa, o MS assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em saúde. É nesse sentido que a SGTES, enquanto instância de discussão e implementação de políticas nessa área, vem elegendo um conjunto de ações prioritárias para enfrentar os desafios relativos à gestão do trabalho e da educação em saúde (GARCIA, 2010).

Todas essas movimentações resultaram na publicação da Portaria 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2013a) que regulamentou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005b). Foi definido por meio dessa portaria que a condução locorregional dessa política seria efetivada mediante um Colegiado de Gestão

configurado como polo de educação permanente em saúde para o SUS e financiada com recursos do orçamento do Ministério da Saúde. Essa política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde incluiu: os polos de educação permanente; a certificação dos hospitais de ensino; o AprenderSUS; o VerSUS; o Pró-Saúde e as Residências Multiprofissionais (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011).

O AprenderSUS, criado em 2004, foi a primeira política do SUS (deliberada no Conselho Nacional de Saúde e não um programa de governo) voltada para a educação universitária. Esta política foi um marco na relação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e apresentou como objetivos o fortalecimento da articulação entre as instituições formadoras e os serviços e sistemas de saúde e a ampliação dos processos de mudança da graduação de modo a formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população e do sistema único de saúde (CARVALHO E CECCIM, 2006).

O projeto VER-SUS Brasil foi criado também em 2004 e é uma proposta do Ministério da Saúde que propõe a realização de estágios de vivência no SUS para estudantes universitários terem a oportunidade de se qualificarem para atuação no sistema de saúde num espaço de formação e trabalho que dialogue com os novos processos organizativos do SUS, em diversos territórios do país (BRASIL, 2013b)

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que contemplou inicialmente os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família: Enfermagem, Medicina e Odontologia. O objetivo do Pró-Saúde é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica. Os processos de reorientação da formação no Pró-Saúde se estruturam em três eixos de transformação: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica. No ano de 2007, o programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da saúde, além dos cursos contemplados na primeira fase (BRASIL, 2005).

Em continuidade à proposta de reorganização da formação em saúde, em agosto de 2007, foi publicada a portaria 1996, que definiu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no país. A portaria define que essa política deve considerar as especificidades 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 (BRASIL, 2007b).

Definiu-se por meio da Portaria 1996 que a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino - Serviço (CIES). Em muitos locais do país, esta foi uma importante medida para que todas as ações indutoras de formação de recursos humanos para o SUS avançassem no que tange à integração ensino-serviço como condição de implantação e manutenção destas ações (CAVALHEIRO E GUIMARÃES, 2011).

Em 2010, foi lançado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, uma das estratégias PRÓ-SAÚDE, disponibilizando bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. O programa tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do MS, a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR). São exemplos de grupos do PET: PET-Saúde/Saúde da Família, PET-Saúde/Vigilância em Saúde e PET-Saúde/Saúde Mental/Crack.

Pode ser citado também outro exemplo de ação educacional: o Programa de Educação Permanente para Médicos de Família de Minas Gerais (PEP/SES/MG). O PEP foi criado em 2007 e é promovido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para lidar com a heterogeneidade de competências clínicas e a educação permanente dos médicos das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do estado mineiro. A estrutura básica do PEP é o Grupo de Aperfeiçoamento Profissional (GAP). As atividades educacionais são presenciais, supervisionadas por escolas de medicina regionais e acontecem no horário de trabalho dos médicos, com tempo regulamentado para esse fim. Para além da aprendizagem do conhecimento científico factual, é reforçado o desenvolvimento de habilidades, especialmente as de comunicação, comportamentos e atitudes importantes na atenção primária à saúde (MINAS GERAIS, 2013).

Considerando-se que o SUS é o maior mercado de trabalho em saúde no Brasil, é possível reconhecer que é no cotidiano dos serviços de saúde que o conhecimento ganha materialidade como uma ação de produção da vida. Não temos visões iguais quando está em disputa o modelo tecnicista e centrado na doença (não nas pessoas e sua vivência de adoecimentos) ou a abordagem integral e centrada nas necessidades de saúde (histórias de vida). Estudantes e movimentos populares, gestores do SUS e docentes da área da saúde estão implicados sempre em processos de disputa ideológica que acontecem durante a formação e nos exercícios profissional e da participação. Estes precisam construir canais de comunicação

com a produção de conhecimento, com a gestão do SUS e com o controle social em saúde (CECCIM, 2005a).

REFERÊNCIAS

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, jul.- ago., 2004.

ALGEBAILLE, J. **PROFAPS: o presente da rede**. RETSUS, [S.l.], jan. – fev. 2011.

Disponível em:

http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/41/RETSUS41_14_Profaps_o_presente_da_Rede.pdf. Acesso em 20 de fev. de 2013.

ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 31-35, 2008.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 2215-2228, jul. 2010.

BARCELLOSA, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 1, n. 40, p. 170-177, 2006.

BARRETO, E. S. **Análise das demandas dos processos de formação e qualificação dos trabalhadores de nível médio da SMS de Salvador**. Recife, 2009. Monografia – Programa de Especialização em Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2009.

BERTOLOZZI, M. R.; FRACOLLI, L. A. Vigilância à saúde: alerta continuado em saúde coletiva. **O Mundo da Saúde**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 14-20, 2005.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 188 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. 278 p

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde** : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Distrito Federal, 2010. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde, **VER-SUS**. Disponível em: <http://versus.otics.org/versus-1/apresentacao>. Acesso em: 10 mai. 2013b.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CAVALCANTE, A. A., MACEDO, M. L. A. F. de. **Estudo do Perfil dos auxiliares e técnicos de enfermagem: rede de serviços das secretarias municipais de saúde**. Natal, 2000. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/tese>

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Cad. Fnepas**, v. 1, Rio de Janeiro, dez. 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004 - fev. 2005a.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, oct.-dec. 2005b.

CECCIM, R. B. et al. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 7, p. 373-83, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, sept. - oct. 2004b.

CIUFFO, R.; RIBEIRO, V. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.l.], v. 12, n. 24, jan. – mar., 2008.

COSTA, E. A. **A vigilância sanitária: defesa e proteção da saúde** São Paulo: USP, 1998. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CZERESNIA, D. **Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

DECLICH, S.; CARTER, A. O. Surveillance health: historical origins, methods and evaluation. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.l.], v. 72, p. 285-304, 1994.

DELUIZ N. Novos cenários produtivos e a educação profissional: a perspectiva das centrais sindicais. **Boletins Técnicos SENAC**, [S.l.], v. 26, n. 2, abr.-mai, 2000.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

FARIA, L. S. **As práticas de vigilância na supervisão técnica de saúde do Butantã – São Paulo (SP):** perspectivas para o alcance da vigilância à saúde. São Paulo: USP, 2007. 211 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

FARIÑAS, A. T. R.; BOUZA, A. S. La incorporación del médico de la familia al sistema de vigilancia en salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 293-7, 1999.

FERENC, A. V. F. O trabalho docente no ensino superior: condições, relações e embates na prática. In: **VII Seminário Redestrado – Nuevas Regulaciones em América Latina**, 2008, Buenos Aires.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GARCIA, A. C. P. Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política. Rio de Janeiro, 2010. 169f.: il. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2010.

LAMPERT, J. B. Educação em Saúde no Brasil: para não perder o trem da história. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 81-88, jun. 2006.

MACHADO, M. F. A. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARTINS, P. H.; FONTES, B. Construindo o conceito de redes de vigilância em saúde. In: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Org.). **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004.

MENDES, A. C. G. et al. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares: como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 67-86, 2000.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec, 1995.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **PEP – Programa de Educação Permanente para Médicos da Saúde da Família**. Disponível em: <http://pep.esp.mg.gov.br/index.php/home/o-que-e-o-pep/115>. Acesso em 10 de abr. de 2013.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 21, n.3, p. 898-906, 2005.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

RODRIGUES, V. M. et al. Possibilidades e limites do trabalho de vigilância epidemiológica no nível local em direção à vigilância à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 53, n. 4, p. 313-9, 2001.

TAMBELLINI, A.; CÂMARA, V. Vigilância ambiental em saúde: conceitos, caminhos e interfaces com outros tipos de vigilância. **Cadernos de saúde coletiva**, v. X, n.1., p.77-93, jan.- jun. 2002.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento Municipal em Saúde**. Salvador: [s.n.], 2001.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, Promoção e Vigilância da Saúde: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, [S.l.], v. 5, n. 7, p. 10-23, 2004.

TEIXEIRA, C. F. et al. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, [S.l.], v. 2, p. 7-28, 1998.

VILLA, T. C. S. **Da prevenção e controle da doença à vigilância em saúde**: a prática do enfermeiro na vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – (1989-1989). Livre Docência - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico do SUS**, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 7-26, 1998.

3 ARTIGO 1: Caracterização do perfil de formação e desenvolvimento profissional de trabalhadores da área de vigilância em saúde

DESCRIPTION OF THE TRAINING PROFILE AND EMPLOYEES PROFESSIONAL DEVELOPMENT IN HEALTH SURVEILLANCE FIELD.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo conhecer o perfil de formação/desenvolvimento profissional de servidores do departamento de vigilância em saúde de um município do Centro-Leste de Minas Gerais. Tratou-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2013 e consistiu na aplicação de um questionário estruturado com dados sócios demográficos, de atuação profissional e formação/desenvolvimento profissional. Após a coleta, os dados foram organizados e digitados com auxílio do software Microsoft Office Excel 2007[®]. Foi realizada posteriormente uma análise estatística, utilizando-se o software R[®], versão 2.15.3. Para testar a existência de associação significativa entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste Exato de Fisher. Por fim, os dados foram interpretados por meio de análise descritiva. A amostra foi composta de 55 servidores. Foi possível verificar os seguintes resultados: 58,2% dos profissionais entrevistados têm como cargo/função agente de combate a endemias; 70,9% possuem uma carga horária de 40h/semana; 85,5% são do sexo feminino; 81,8% estão na faixa etária entre 25 a 49 anos; 61,8% são contratados; 69,1% ganham até dois salários mínimos; 41,8% possuem escolaridade de nível médio; 50% dos profissionais de nível superior são graduados na área de ciências da saúde e 81,3% destes profissionais, com curso superior, possuem pós-graduação; 81,5% possuem apenas um emprego; 41,8% dos entrevistados têm de um a três anos de atuação no departamento; 41,8% nunca participaram de cursos de capacitação; 78,2% dos profissionais entrevistados disseram ser capacitados para as ações que desenvolvem sendo que o restante disse ser parcialmente capacitado; 58,2% dos profissionais atribuíram o conceito “bom” para o seu conhecimento em relação à vigilância em saúde. Houve associação significativa entre a faixa salarial e o número de empregos; o vínculo empregatício e o tempo de atuação no departamento; os profissionais das áreas de atuação vigilância epidemiológica, controle de endemias, zoonoses e vigilância sanitária se

sentem mais capacitados que os profissionais das demais áreas de atuação. Os profissionais que possuem ensino fundamental e médio se sentem mais capacitados do que os demais profissionais e os que realizaram cursos em sua área de atuação por iniciativa própria tendem a considerar que seus conhecimentos sejam Muito Bons ou Excelentes. Conclui-se que os profissionais de vigilância em saúde do município estudado são caracterizados, em sua maioria, por sujeitos do sexo feminino, jovens e que atuam principalmente na área de vigilância ambiental (controle de endemias e zoonoses) e epidemiológica. Muitos profissionais relataram a inexistência de conteúdos de vigilância em saúde na sua formação e não participam de atividades regulares de capacitação continuada.

PALAVRAS-CHAVE: perfil, vigilância em saúde, formação, desenvolvimento profissional.

ABSTRACT

The current study aimed to know the training/development profile of employees in the department of health surveillance in a Middle East city in Minas Gerais. It was about an explanatory descriptive study with a quantitative approach. The data collection consisted in applying a structured questionnaire with social demographic data about professional performance and training/development and it occurred in April and May in 2013. After the collection, the data were organized and typed supported by software Microsoft Office Excel 2007[®]. Later, it was accomplished a statistic analysis using the software R[®], 2.15.3. version. To certify the existence of significant association among categorical variables, the Exact Test by Fisher was used. At the end, the data were interpreted by descriptive analysis. The sample was compound by 55 servers. The following results were found: 58,2% of the interviewed professionals are agent combat endemic disease workers; 70,9% have a 40 hours week workload; 85,5% are female; 81,8% are in the age group between 25 and 49; 61,8% are hired; 69,1% earn up to two minimum salary; 41,8% have high school degree; 50% of the higher education professionals are graduated in health science field and 81,3% among these professionals are post graduated; 81,5% have only one job; 41,8% of the interviewed people have worked in the department for one up to three years; 41,8% never took part in training courses; 78,2% of the interviewed professionals said to be trained to the jobs they develop,

and the remainder said to be partially trained; 58,2% of the professionals assigned the “good” concept to their knowledge concerning to health surveillance. There was a significant association between the wage range and the number of jobs; the employment and the time of work in the department. The professionals from the epidemiological surveillance field, endemic diseases control, zoonosis and health surveillance felt more capable than the professionals in other areas. The professionals who graduated in elementary and high school felt more capable than the other professionals and the ones who took specific courses in their area by themselves tend to consider that their knowledge is Very Good and Excellent. It is concluded that the professional health surveillance from the municipality are characterized mostly by female subjects, young and working mainly in the area of environmental monitoring (control of endemic diseases and zoonoses) and epidemiological. Many professionals have reported the lack of content health surveillance in their training and do not participate in regular training activities continued.

KEY-WORDS: profile, health surveillance, training, professional improvement.

INTRODUÇÃO

A vigilância em saúde, no âmbito da saúde coletiva tem como objetivo a realização de observação e análise contínuas da situação de saúde das populações que vivem em determinados territórios, por meio de ações que se destinam ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde, garantindo a integralidade da atenção tanto na abordagem individual quanto coletiva dos problemas de saúde. Segundo as Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde, as práticas de VS são estruturadas dentro dos seguintes componentes: vigilância epidemiológica; vigilância da situação de saúde; vigilância em saúde ambiental; vigilância em saúde do trabalhador; vigilância sanitária e promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Estas ações possuem caráter sistêmico e buscam reorientar o planejamento e a gestão das diversas vigilâncias no tocante às intervenções sobre a situação de saúde, tendo em vista o território, se pautando no coletivo, no ambiente, na população e no contexto social (BRASIL, 2007). O trabalho em saúde estando imerso no contexto territorial, consegue definir os problemas e suas prioridades de modo mais articulado e integrado (ARREAZA e MORAES, 2010).

Os profissionais de VS devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações na articulação com os diversos setores envolvidos. Porém, a educação vem formando profissionais para atuar na saúde sem que exista um diagnóstico preciso em relação às necessidades desse setor, o que ocasiona um descompasso entre as ações educacionais e as necessidades dos serviços de saúde (AMÂNCIO FILHO, 2004).

Neste prisma, é possível verificar muitas dificuldades na efetivação dos serviços de VS, podendo ser citadas, dentre outras: inexistência ou ações pontuais e não sistematizadas de educação permanente para os profissionais inseridos nos serviços; formação profissional de nível médio e superior não contemplando abordagens de VS; entendimento dos profissionais sobre VS tendendo a se relacionar mais à concepção de VIEP e a sanitária VISA, de maneira fragmentada; desarticulação nas ações realizadas, tendo em vista os componentes definidos pelo MS, além da estruturação inadequada dos serviços.

Tendo em vista os profissionais de saúde que atuam no SUS, a evidência científica informa sobre uma grave crise de situação destes trabalhadores, desde a questão salarial e de carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais. Entre os principais fatores agravantes, estão os baixos salários e as precárias condições de trabalho no serviço público, geradores de desmotivação, desresponsabilização na execução das atividades – por exemplo, não-cumprimento da carga horária – e abandono do trabalho.

Diversas pesquisas mostram que no SUS, assim como nos demais setores do mercado de trabalho nacional, ao longo da década de 90, proliferaram os contratos informais de trabalho e o não-pagamento, por muitos empregadores, dos encargos sociais de sua responsabilidade, para, enfim, privar os trabalhadores de direitos garantidos a eles pela lei, como férias, Fundo de Garantia de Tempo de Serviço (FGTS), licenças, décimo terceiro salário e aposentadoria. Sem essa proteção, esses profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e diferenças entre governos que se sucedem no poder, tão presentes na realidade dos municípios brasileiros (OPAS, 2002).

Por outro lado, é crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação e educação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados (COTTA *et al.*, 2002).

Na busca de melhores resultados, a capacitação dos profissionais é de ímpar relevância para o aprendizado e aperfeiçoamento das relações sociais próprias do cotidiano dos serviços de saúde (COTTA *et al.*, 2002). Ressalta-se a importância do trabalho em equipe e seu incentivo ao aprimoramento individual em habilidades múltiplas, à visão interdisciplinar e

interdependente das tarefas segundo um consenso estratégico de objetivos e, por conseguinte, à cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço (OPAS, 2001).

O conhecimento do perfil dos recursos humanos da saúde possibilita uma melhoria na implementação das políticas, uma vez que eles são atores importantes nesse processo e respondem pelo desenvolvimento concreto das ações que podem qualificar o novo modelo de assistência à saúde proposto com a implantação do SUS. Nesse sentido é unânime o reconhecimento da importância de se criar um “novo modo de fazer saúde”, o que requer profissionais com características específicas para atuação sob uma nova racionalidade (OPAS, 2002).

Considerando que os profissionais de saúde são protagonistas no processo de efetivação das ações de vigilância em saúde e que a capacidade desses profissionais depende da sua qualificação frente aos atuais desafios do SUS, este estudo objetivou conhecer o perfil de formação e desenvolvimento profissional dos servidores de um departamento de vigilância em saúde de um município do Centro-Leste do estado de Minas Gerais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa ocorreu em um departamento de vigilância em saúde, composto por duas seções: VIEP e VISA, na Secretaria Municipal de Saúde de um município sede de microrregião de saúde do Centro-Leste de Minas Gerais, cuja população total é de 109.783 habitantes, possui área territorial de 1.253, 704 km² e densidade demográfica de 87,57 hab/km². Ressalta-se que existem pontos de apoio de agentes de endemias em quatro locais do município e que estes fizeram parte deste estudo.

Foi elaborado um questionário estruturado (Apêndice A) composto de algumas variáveis socioeconômicas, de atuação, formação e desenvolvimento profissional. Realizou-se um teste piloto em um município próximo ao da coleta de dados, de modo a validar este instrumento, sendo utilizado um formulário criado pelos pesquisadores (Apêndice B) e preenchido pelos sujeitos da pesquisa. Este formulário foi analisado posteriormente, o que resultou em adequações no instrumento de coleta de dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), conforme Protocolo: 040/12 (Anexo 1).

Para calcular o tamanho da amostra do estudo foi utilizado o método para estimação de proporções para populações finitas, segundo Bolfarine & Wilton (2005), sendo que a expressão para o tamanho da amostra é dada por: $n = \frac{N}{\frac{(N-1)B^2}{p(1-p)z_\alpha^2} + 1}$, em que z_α é o percentil da distribuição normal correspondente ao nível de significância α , p é a proporção da ocorrência de uma categoria específica de alguma variável de interesse, B a margem de erro e N o tamanho da população.

Para o cálculo da amostra foi adotado um N de 69. Este foi obtido por meio de uma listagem encaminhada pelo chefe do departamento de vigilância em saúde à pesquisadora. Ressalta-se que foram excluídos do estudo os servidores de férias, licença e os contratados há menos de um mês da coleta (em caráter de urgência).

Para possibilitar o cálculo do tamanho da amostra para as diferentes variáveis com os níveis especificados de significância e margem de erro, foi utilizado um p de 50%, uma vez que o tamanho da amostra obtido sobre esta suposição é máximo, suficiente para qualquer possível resultado que venha a ocorrer (HULLEY *et al.*, 2003). Na tabela abaixo, pode-se verificar o tamanho da amostra condicionado ao nível de significância e margem de erro, em que destacamos o número 58 gerado a partir da margem de erro 5% e o nível de significância de 5%. Para um tamanho de amostra de 55 indivíduos, tem-se uma margem de erro de 6% ao nível de 5% de significância.

Tabela 1 - Tamanho de amostra ao nível de 5% de significância, condicionado a margem de erro.

Margem de erro	Tamanho da Amostra
3,00%	64
4,00%	61
5,00%	58
6,00%	55

Logo, o nível de significância adotado no trabalho foi de 5% e a amostra foi composta por 55 profissionais. Os demais profissionais não participaram do estudo pois não tinham interesse em fazê-lo ou por algum outro motivo que os impediram de estar presentes no momento da coleta de dados.

A amostragem foi do tipo não probabilística uma vez que não se conhecia a probabilidade de um elemento da população a ser escolhido para participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril e maio de 2013 e ocorreu a partir de um questionário estruturado, aplicado nas dependências da própria Secretaria Municipal de Saúde. Na ocasião, procedeu-se a leitura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), e somente após a assinatura do referido termo, iniciou-se a pesquisa.

Após a coleta, os dados foram organizados e digitalizados com auxílio do software Microsoft Office Excel 2007[®]. Foi realizada posteriormente uma análise estatística, utilizando-se o software R[®] versão 2.15.3. Para testar a existência de associação significativa entre as variáveis categóricas, foi utilizado o Teste Exato de Fisher (AGRESTI, 2002). Por fim, os dados foram interpretados por meio de análise descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características dos profissionais

Dos 55 participantes do estudo, foi possível verificar que 85,5% (n=47) são do sexo feminino. Este resultado coincide com outros estudos da literatura, como o de Montenegro (2010) em que há um predomínio de mulheres nas ações de saúde. Verifica-se que a participação da mulher como força de trabalho tem aumentado consideravelmente, nas diferentes atividades humanas, principalmente na área da saúde. Acredita-se que uma das responsáveis pela tendência a feminilização das profissões de saúde no Brasil seja a mudança na situação econômica que vem ocorrendo nas últimas décadas. Há tempos atrás, a força de trabalho feminina não era requerida na incrementação financeira da família, porém, com menores salários e mudanças culturais a situação vem se modificando (MOIMAZ *et al*, 2003).

Já em relação faixa etária, observou-se um elevado percentual de adultos jovens, tendo em vista que 81,8% (n=45) dos sujeitos estão na faixa etária entre 25 a 49 anos.

Atuação Profissional

Verificou-se que dos 55 sujeitos da pesquisa, 1,8% (n=1) atuam somente no departamento da vigilância em saúde (DVS); 18,2% (n=10) na seção de vigilância sanitária (DVS/VISA); 20% (n=11) na seção de vigilância epidemiológica (DVS/VIIEP) e 60% (n=33) nos pontos de apoio (DVS/VIIEP/PA) dos agentes de endemias.

Em relação ao cargo que ocupam, do total de participantes, o maior percentual, é agente de combate a endemias (n=32; 58,2%) (Tabela 02). Tal fato se deve à necessidade de um maior número de profissionais para a execução de atividades concernentes ao combate às endemias, este tipo de trabalho demanda visitas domiciliares em todas as residências, necessitando assim de muita força de trabalho, como exemplo para o controle vetorial da dengue.

Quanto ao vínculo de trabalho, 61,8% (n=34) dos sujeitos são contratados (Tabela 02). Os contratos que são firmados com estes profissionais não garantem os mesmos direitos que aqueles que estão no regime estatutário. Na maioria das vezes, a contratação é feita por prazo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público, como em caso de epidemias. Esta contratação pode ocorrer por meio de processo seletivo simplificado ou cargo em comissão. Logo, estes profissionais são transitórios, o que pode acarretar prejuízos à efetivação das ações de vigilância em saúde, tendo em vista que no momento que os mesmos estão aptos a executar o trabalho, por meio da qualificação e da experiência, estes acabam sendo dispensados do serviço, o que acarreta maior rotatividade profissional.

Este estudo se contrapõe ao de Bastos *et al.* (2011) realizado com profissionais de vigilância sanitária, em que a maioria destes ingressaram no serviço por meio de concurso público. O concurso público é uma exigência prevista na Constituição de 1988 e promove garantias de direitos sociais aos servidores públicos, tais como aposentadorias, assistência à saúde, licenças para interesses particulares, bem como confere estabilidade e efetividade com o cargo para o qual foi aprovado.

Entre os profissionais entrevistados, 70,9% (n=9) possuem uma carga horária de 40h/semana e 41,8% (n=23) têm de um a três anos de atuação no departamento de saúde, seguido de 40,0% (n=22) que tem de quatro a onze anos de atuação (Tabela 02).

O estudo de Bastos *et al.* (2011) também encontrou uma significativa proporção de trabalhadores com menos de três anos de trabalho, aproximadamente metade do grupo, o que reforça ainda mais a constante rotatividade profissional neste serviço.

Tabela 02: Variáveis relacionadas à atuação profissional em vigilância em saúde.

	Variáveis	Nº	%
Local Atual de Trabalho	DVS	1	1,8%
	DVS/VISA	10	18,2%
	DVS/VIEP	11	20,0%
	DVS/VIEP/PA	33	60,0%
	Total	55	100,0%
Cargo \ Função	Assistente técnico administrativo	3	5,5%
	Auxiliar de enfermagem	3	5,5%
	Auditor Fiscal de Vigilância Sanitária	4	7,3%
	Outros	13	23,6%
	Agente de combate a endemias	32	58,2%
	Total	55	100,0%
Vínculo Empregatício	Celetista Ocupante de Função Pública ¹	1	1,8%
	Cargo em comissão	1	1,8%
	Estatuário	19	34,5%
	Contratado	34	61,8%
	Total	55	100,0%
Faixa Salarial	10 a 20 Salários Mínimos	1	1,8%
	4 a 10 Salários Mínimos	5	9,1%
	2 a 4 Salários Mínimos	11	20,0%
	Até 2 Salários Mínimos	38	69,1%
	Total	55	100,0%
Tempo de atuação no dpto de vigilância em saúde	Menos de 1 ano	3	5,5%
	De 12 a 19 anos	3	5,5%
	Há mais de 20 anos	4	7,3%
	De 4 a 11 anos	22	40,0%
	1 a 3 anos	23	41,8%
	Total	55	100,0%

Observou-se que 69,1% (n=38) dos profissionais entrevistados ganham até dois salários mínimos (Figura 1) e 81,5% (n=44) possuem apenas um emprego. Para verificar a existência de associação significativa entre estas variáveis, foi realizado o Teste Exato de Fisher, existindo associação significativa (p-valor < 0,000), uma vez que existe uma tendência de haver um maior percentual de profissionais com faixa salarial acima de dois salários mínimos na secretaria de saúde atuando em mais de um emprego. Tal fato demonstra que a má remuneração na área de vigilância em saúde tem levado os profissionais a buscarem outros empregos para melhorarem a renda.

¹ Ocupantes de empregos públicos regidos pela CLT em exercício há mais de 5 anos à data da promulgação da atual Constituição federal - direito à estabilidade no serviço público e serem submetidos ao Regime Jurídico Único dos servidores civis e ocupar cargo compatível com as atividades exercidas.

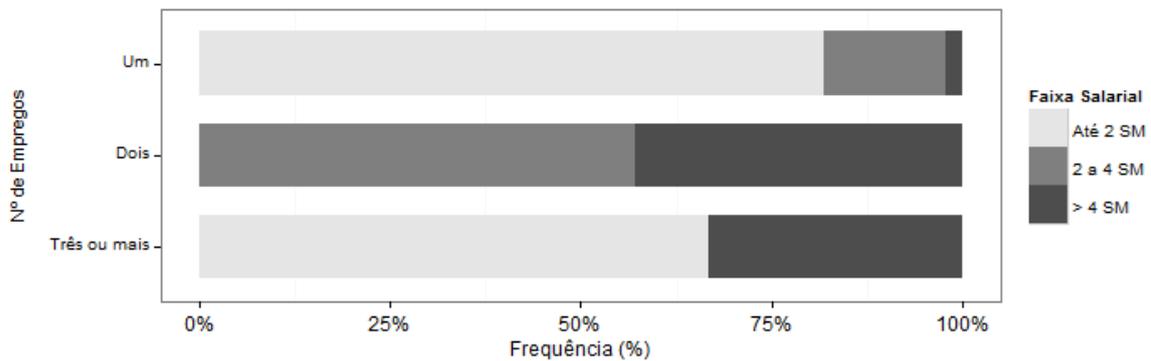


Figura 1: Número de empregos entre a faixa salarial.

Na Figura 2, estão expressas as áreas de atuação dos profissionais da vigilância em saúde, em que pode ser destacado que 67,3% (n=37) atuam em VIEP, 58,2% (n=32) atuam em controle de endemias; 34,5% (n=19) atuam em zoonoses e 16,4% (n=9) atuam em VISA. Levando-se em consideração que todas as áreas citadas acima, exceto a VISA, estão inseridas na seção de vigilância epidemiológica, verifica-se que há um número maior de profissionais neste setor. Isso se deve ao elevado número de programas estaduais e federais que estão relacionados à esta área, com maior incremento de recursos financeiros.

Anteriormente, as ações de vigilância em saúde do trabalhador eram exercidas por um profissional da vigilância sanitária, porém esta deixou de exercer tais atividades e no período do estudo, segundo informações de alguns servidores, a vigilância em saúde do trabalhador estava inserida em outro departamento o que pode ser explicado por não existir participantes que atuavam na área na amostra estudada. Por ser uma área em expansão e compartilhada com o Ministério do Trabalho e Emprego, a saúde do trabalhador ainda encontra grandes dificuldades em sua inserção na área de saúde.

Destaca-se que a vigilância ambiental, pelo fato de estar interligada à zoonoses e ao controle de endemias, possui uma participação maior de profissionais dentro do departamento. Já as áreas de promoção à saúde e análise de situação de saúde ainda contam com número reduzido de profissionais.

É importante lembrar que as ações de promoção são executadas em sua maioria pela Atenção Primária à Saúde e, juntamente com a análise de situação de saúde ainda estão em constante processo de consolidação nas ações de Vigilância em Saúde.

Ressalta-se que as áreas de promoção à saúde e vigilância em saúde do trabalhador muitas vezes não estão inseridas na vigilância em saúde, podendo ser encontradas em diferentes áreas da saúde, o que impacta na dificuldade de desenvolvimento de ações

integradas com os demais componentes, conforme preconizado nas Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde.

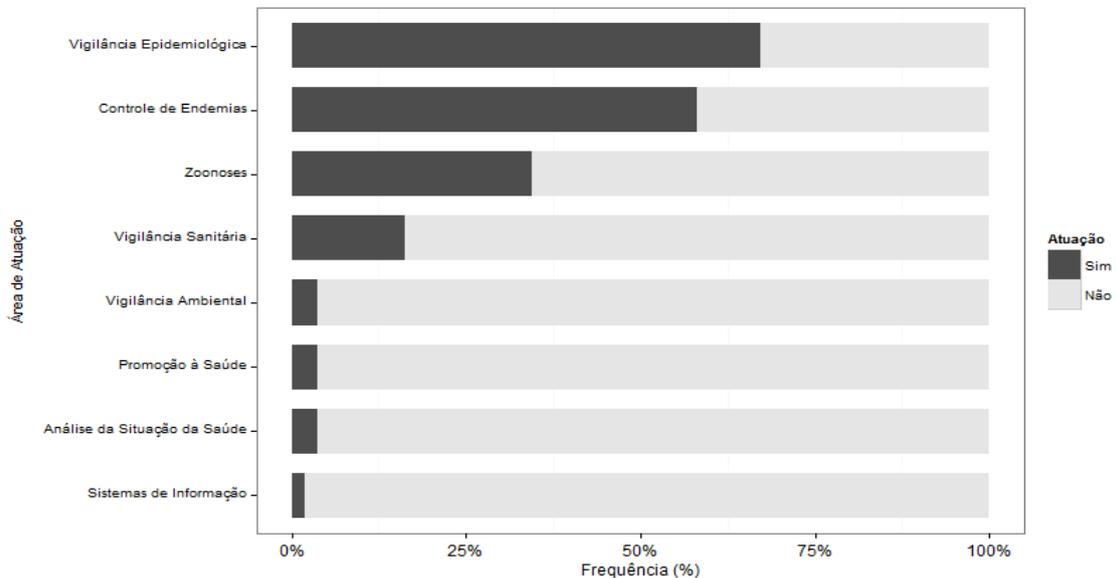


Figura 2: Áreas de atuação dos profissionais de vigilância em saúde.

Formação e desenvolvimento profissional

Em relação à escolaridade, 41,8% (n=23) dos profissionais entrevistados possuem apenas o ensino médio, seguido 29,1% (n=16) que possuem nível superior e de 27,3% (n=15) que concluíram o ensino técnico. Dos que possuem curso superior, 75% (n=12) fizeram especialização e 6,25% (n=1), mestrado (Tabela 03).

Estes resultados revelam que é predominantemente baixa a escolaridade dos profissionais de vigilância em saúde entrevistados. Tal fato ocorre devido à existência de cargos que exigem somente o ensino médio, como os de fiscal sanitário e agente de combate de endemias. Essa situação pode estar relacionada à falta de incentivo para que os profissionais deem continuidade à formação e, muito provavelmente, as falhas ou a própria inexistência de planos de carreiras que valorizem o desenvolvimento dos trabalhadores. No entanto, foi observado que os profissionais que possuem nível superior preocupam em se especializar. Tal fator é positivo para o serviço de vigilância em saúde.

Tabela 03: Variáveis relacionadas à formação e desenvolvimento profissional dos trabalhadores de vigilância em saúde.

Escolaridade	E. Fundamental	1	1,8%
	Mestrado	1	1,8%
	Ensino Superior	3	5,5%
	Especialização	12	21,8%
	Ensino Técnico	15	27,3%
	E. Médio	23	41,8%
	Total	55	100,0%
Classificação das Instituições	Pública	4	28,6%
	Privada	10	71,4%
	Total	14	100,0%
Área de Formação	Ciências Sociais Aplicadas	1	7,1%
	Ciências Biológicas	3	21,4%
	Ciências Humanas	3	21,4%
	Ciências da Saúde	7	50,0%
	Total	14	100,0%
Última participação nos cursos de capacitação	Estou participando atualmente	1	1,8%
	Há dois anos	2	3,6%
	No último ano	11	20,0%
	Há mais de dois anos	18	32,7%
	Nunca participei	23	41,8%
	Total	55	100,0%
Estes cursos atenderam as necessidades profissionais?	Não	2	3,6%
	Parcialmente	7	12,7%
	Sim	13	23,6%
	Não se aplica	33	60,0%
	Total	55	100,0%
Modalidade de ensino dos cursos	Educ. profissional semi-presencial ou à distância	4	7,3%
	Educ. profissional presencial	15	27,3%
	Não se aplica	36	65,5%
	Total	55	100,0%

Ao serem questionados sobre a última participação em cursos de capacitação na área de atuação, a maioria deles (41,8%) disse que nunca participou, o que é algo preocupante, tendo em vista que os atuais problemas relacionados à vigilância em saúde demandam a necessidade de formação de trabalhadores com níveis mais elevados de educação geral e de qualificação profissional, mais capacitados a atuar em saúde coletiva e comunitária, de modo a melhorar o desempenho das atividades e obter uma atenção mais adequada e condizente com as reais necessidades da população (COTTA, 2006).

Estes resultados contrapõem àqueles encontrados por Correa (2012), realizado com enfermeiros em Cuiabá. Neste estudo, 88,6% dos entrevistados declararam ter participado de pelo menos um curso de capacitação ou atualização com carga horária superior a 40 horas nos últimos cinco anos.

Verifica-se a clara necessidade de um plano de educação permanente para estes profissionais, visto que se percebe que aproximadamente metade dos profissionais não foi treinada para as ações que executam. Ressalta-se, neste sentido a importância da implementação de estratégias relacionadas à política nacional de educação permanente no tocante à vigilância em saúde, de forma a desencadear uma melhoria na autonomia intelectual, no domínio do conhecimento técnico-científico; na capacidade de planejamento, gerenciamento do tempo e espaço de ação, maior exercício da criatividade, trabalho em equipe e consciência da qualidade e das implicações éticas.

Com respeito ao questionamento, se os cursos atenderam às necessidades profissionais, verificou-se que o maior percentual foi de atendimento às necessidades (23,6%), porém 16,3% dos sujeitos declararam o não atendimento ou atendimento parcial às necessidades, o que pode refletir em práticas menos eficientes das equipes, já que os treinamentos não foram suficientes para a melhoria das ações desenvolvidas. É importante que os cursos/treinamentos sejam mais bem estruturados; planejados didaticamente e preferencialmente executados por instituições de ensino e pesquisa, de forma a garantir um melhor entendimento e aproveitamento do tempo para que estes possam atuar nas necessidades reais dos profissionais que executam diretamente as ações.

Quanto à existência de disciplinas, nas matrizes curriculares, que abordaram temas relacionados à vigilância em saúde, independente da escolaridade, 40% (n=22) dos sujeitos relataram a inexistência destes temas nas disciplinas cursadas. Em relação a esta variável, se observa que vários profissionais, principalmente os de ensino médio que atuam em VS não possuem formação adequada para atuarem na área, por não possuírem contatos prévios com temas relacionados. Ressalta-se ainda que as abordagens realizadas para o ensino médio e até mesmo para o ensino superior na área de saúde se encontram bastante incipientes, o que leva à necessidade de processos contínuos de educação permanente.

Para os que possuem escolaridade de nível superior, 71,4% (n=10) dos que responderam tal questionamento, se graduaram em instituições privadas, o que pode ser explicado pela predominância de escolas privadas na região, pela facilidade de ingresso e de conciliação do trabalho com os estudos. Destes profissionais, somente 50% (n=7) possuem formação na área de ciências da saúde. Tal fato demonstra a defasagem de profissionais com formação específica em saúde. Apesar da necessária constituição de equipes com profissionais de diversas áreas, o pouco número de profissionais com formação em saúde pode representar um problema para a execução das ações que demandam maior conhecimento técnico específico.

Em relação à modalidade dos cursos que os sujeitos participaram, o maior percentual foi de educação profissional presencial – 27,3% (n=15). A tendência que se percebe, no entanto, é que se aumentem os cursos à distância, devido à facilidade de acesso da maior parte dos profissionais.

Quanto à participação em cursos na área de atuação por iniciativa própria, 12,7% (n=7) participaram e 87,3% (n=48) não. Tal resultado pode ter ocorrido devido às dificuldades que os profissionais têm em executar ações por conta própria, tendo em vista, por exemplo, o dispêndio de recursos financeiros, já que os salários já são defasados conforme descrito anteriormente. Além disso, se não houver estímulo para a realização dessas ações educacionais, provavelmente será gerada uma acomodação por parte dos profissionais.

Para verificar a existência de associação significativa do tempo de atuação no departamento de vigilância em saúde com a escolaridade e o vínculo empregatício, foi possível verificar que houve associação significativa (p-valor=0,030) entre o vínculo empregatício e o tempo de atuação no departamento de saúde, uma vez que existe uma tendência de haver um maior percentual de contratado quando o tempo de atuação no departamento de vigilância em saúde está entre 4 a 11 anos e um menor percentual de contratados quando o tempo de atuação no departamento de vigilância em saúde é maior que 20 anos (Tabela 4).

Tabela 4: Tabela de contingência e Teste Exato de Fisher entre o tempo de atuação no departamento e as variáveis escolaridade e vínculo empregatício

Variáveis	Tempo de atuação no dpto de vigilância em saúde								P-valor	
	<= 3		4 a 11		> 12		Total			
Escolaridade	E.Fundamental e Médio	12	46,2%	10	45,5%	2	28,6%	24	43,6%	0,510
	Ensino Técnico	7	26,9%	7	31,8%	1	14,3%	15	27,3%	
	Ensino Superior	1	3,8%	2	9,1%	0	0,0%	3	5,5%	
	Especialização e Mestrado	6	23,1%	3	13,6%	4	57,1%	13	23,6%	
	Total	26	100,0%	22	100,0%	7	100,0%	55	100,0%	
Vínculo Empregatício	Estatuário	10	38,5%	4	18,2%	5	71,4%	19	34,5%	0,030
	Contratado	16	61,5%	18	81,8%	2	28,6%	36	65,5%	
	Total	26	100,0%	22	100,0%	7	100,0%	55	100,0%	

Verificou-se que o número de profissionais com ensino médio e fundamental decresce com o aumento do tempo, demonstrando que ou os profissionais melhoraram sua formação com o tempo ou há uma tendência de permanecerem por pouco tempo no trabalho. A primeira afirmação é confirmada pelo aumento do número de profissionais com pós-graduação com mais tempo de serviço. Os de formação superior parecem ter ingressado em um período de

tempo menor, o que pode ser explicado pela falta de profissionais com formação específica no mercado ou pela falta de vagas para estes profissionais em um espaço de tempo superior a 11 anos.

Como já era esperado, percebe-se que os profissionais contratados permanecem menos tempo no serviço em relação aos estatutários e que o ingresso de contratados tem sido maior que de concursados nos últimos onze anos. Isso se deve ao reduzido número de concursos públicos que foram realizados e ao fato de que o ingresso para a atuação em determinados cargos se faz somente por meio de processo seletivo simplificado e o vínculo se faz com contrato de trabalho. Isso leva ao aumento de funcionários com vínculo precário, impactando no desenvolvimento das ações.

Além disso, verificou-se que o número de estatutários decresceu com o tempo, o que nos leva a pensar que existe uma alta rotatividade até mesmo de profissionais efetivos, tendo em vista questões como má remuneração, discutidas anteriormente.

Ao serem questionados se os sujeitos se consideram capacitados para as ações que desenvolvem, 78,2% (n=43) disseram que sim e os demais se consideram parcialmente capacitados (Tabela 05). Verificou-se que mesmo diante da reduzida participação em cursos de capacitação ou atualização profissional, a maioria dos trabalhadores de VS se consideram capacitados. Tal fato pode ser explicado, tendo em vista os treinamentos repassados por colegas de trabalho que já atuavam anteriormente ou até mesmo pela capacitação por iniciativa própria, tendo em vista que muitos profissionais recorrem a essa prática.

Tabela 05: Variáveis “Capacitação para as ações que desenvolve e consideração do conhecimento em VS” e “Como você considera seu conhecimento em vigilância da saúde”.

Se considera capacitado para as ações que desenvolve?	Sim	43	78,2%
	Parcialmente	12	21,8%
	Total	55	100,0%
Como você considera seu conhecimento em vigilância da saúde?	Insuficiente	1	1,8%
	Regular	12	21,8%
	Bom	32	58,2%
	Muito Bom	7	12,7%
	Excelente	3	5,5%
Total	55	100,0%	

Já em relação ao conhecimento de vigilância em saúde, 58,2% (n=32) dos profissionais entrevistados disseram ter bom conhecimento em relação à vigilância da saúde e 21,8% (n=12), regular (Tabela 05). Este resultado nos leva a refletir sobre a importância de uma formação mais abrangente na área e não somente de ações educacionais pontuais que levem em consideração somente a parte prática do trabalho. É necessário que sejam inseridos

nos currículos da área de saúde disciplinas que abordem a VS de forma mais específica, já que se observa um foco maior somente na epidemiologia.

Ao se verificar a existência de associação ou não da área de atuação com relação ao conhecimento que os profissionais consideram ter sobre Vigilância da Saúde não foi encontrada nenhuma associação significativa. Dessa forma, tem-se que o conhecimento que os profissionais consideram ter sobre vigilância da Saúde não se modifica, significativamente, dependendo de sua área de atuação.

Para verificar a existência de associação da área de atuação com o fato de estar capacitado para as ações que desenvolve, foi realizado o teste exato de Fisher. Dessa forma, verificou-se que o nível de capacitação do profissional para as ações que desenvolve está associado, significativamente, com as áreas de atuação: VIEP, VISA, Vigilância Ambiental, Controle de Endemias e Zoonoses sendo que os profissionais das áreas de atuação VIEP, Controle de Endemias, Zoonoses e VISA se sentem mais capacitados que os profissionais das demais áreas de atuação, enquanto que os profissionais da área de Vigilância Ambiental, se sentem, em sua maioria, parcialmente capacitados se comparados com as outras áreas.

Diante disso, é importante que haja uma melhoria nas ações educacionais de vigilância ambiental para que os trabalhadores estejam mais bem preparados para a atuação nessa área. Um fator a ser considerado é a valorização de profissionais com formação na área ambiental para atuarem com essas ações de vigilância, já que estes possuem um foco maior no meio ambiente e suas inter-relações, o que contribuiria muito para a melhoria do trabalho nessa área da VS.

Foi observado que o nível de escolaridade e a última participação nos cursos de capacitação por iniciativa própria influenciam, significativamente, no fato do profissional se julgar capacitado para as ações que desenvolve, sendo que: os profissionais que possuem ensino fundamental e médio se sentem mais capacitados do que os demais profissionais, enquanto que os profissionais com especialização e mestrado se sentem, em maioria, parcialmente capacitados em relação aos demais; os profissionais que realizaram cursos por iniciativa própria em até dois anos se sentem parcialmente capacitados, enquanto os que nunca realizaram algum curso ou realizaram cursos há mais de dois anos se sentem capacitados nas ações que desenvolve (Tabela 06).

Tabela 06: Tabela de Contingência e Teste Exato de Fisher entre o fato do profissional se julgar capacitado para as ações que desenvolve com as variáveis: Escolaridade, Tempo de atuação no departamento de saúde, Última participação em cursos de capacitação, Participação em cursos por iniciativa própria em sua área de atuação, Houve disciplina que abordaram temas relacionados à Vigilância de Saúde.

Variáveis	Capacitado para as ações que desenvolve?						P-valor	
	Sim	Parcialmente	Total	Sim	Parcialmente	Total		
Escolaridade	E.Fundamental e Médio	23	53,5%	1	8,3%	24	43,6%	0,001
	Ensino Técnico	13	30,2%	2	16,7%	15	27,3%	
	Ensino Superior	2	4,7%	1	8,3%	3	5,5%	
	Especialização e Mestrado	5	11,6%	8	66,7%	13	23,6%	
	Total	43	100,0%	12	100,0%	55	100,0%	
Tempo de atuação no dpto de saúde	Menos de 3 anos	21	48,8%	5	41,7%	26	47,3%	0,740
	De 4 a 11 anos	16	37,2%	6	50,0%	22	40,0%	
	Há mais de 12 anos	6	14,0%	1	8,3%	7	12,7%	
	Total	43	100,0%	12	100,0%	55	100,0%	
Última part. nos cursos de capacitação	Até 2 anos	7	16,3%	7	58,3%	14	25,5%	0,015
	Há mais de 2 anos	15	34,9%	3	25,0%	18	32,7%	
	Nunca participei	21	48,8%	2	16,7%	23	41,8%	
	Total	43	100,0%	12	100,0%	55	100,0%	
Part. de cursos por iniciativa própria em sua área de atuação?	Sim	6	14,0%	1	8,3%	7	12,7%	1,000
	Não	37	86,0%	11	91,7%	48	87,3%	
	Total	43	100,0%	12	100,0%	55	100,0%	
Houve disc. que abordaram temas relacionados à saúde?	Sim	23	57,5%	6	54,5%	29	56,9%	1,000
	Não	17	42,5%	5	45,5%	22	43,1%	
	Total	40	100,0%	11	100,0%	51	100,0%	

O fato dos profissionais de ensino fundamental e médio se julgarem mais capacitados pode ser explicado pelo conhecimento que os mesmos adquirem durante a prática profissional junto à comunidade, algo que pode fazer com que sintam mais aptos a atuarem do que se tivessem estudado mais sobre o assunto. Além disso, estes resultados nos permitem supor que a falta de cursos de capacitação leva os profissionais a pensarem que o trabalho executado está sendo feito de maneira correta e que eles estão capacitados.

Quanto aos profissionais de nível superior, pode-se inferir que as instituições não os preparam satisfatoriamente para a atuação em vigilância em saúde ou que estes sujeitos não fazem cursos de especialização/mestrado na área de atuação.

Observou-se a existência de associação significativa entre o conhecimento em vigilância em saúde e a variável “Participação de cursos em sua área de atuação por iniciativa própria”. Isso demonstra que os profissionais que realizaram cursos em sua área de atuação por iniciativa própria tendem a considerar que seus conhecimentos sejam muito bons ou excelentes (Tabela 07).

Tabela 07: Tabela de Contingência e Teste Exato de Fisher para o conhecimento que se considera ter em vigilância de saúde com a variável “Participação de cursos, por iniciativa própria, em sua área de atuação”

Variáveis		Como você considera o Conhecimento em Vig. Saúde								P-valor
		Ins. e Reg		Bom		MB e Exc.		Total		
Part. de cursos, por iniciativa própria, em sua área de atuação?	Sim	0	0,0%	3	8,3%	4	40,0%	7	12,7%	0,021
	Não	13	100,0%	29	80,6%	6	60,0%	48	87,3%	
	Total	13	100,0%	32	88,9%	10	100,0%	55	100,0%	

Não foi encontrada associação significativa entre a variável classificação das instituições com o conhecimento em VS e o fato de estar capacitado para as ações que desenvolve, ou seja, o tipo de instituição não influencia em nenhuma das duas variáveis citadas acima.

Para verificar a existência de associação da variável “Como você considera seu conhecimento em Vigilância de Saúde” e “Capacitado para as ações que desenvolve” entre “Área de Formação”, foi realizado o teste Exato de Fisher, não sendo significativa para nenhuma das variáveis, ou seja, a área de formação não influencia no conhecimento em vigilância de saúde e no fato do profissional se julgar capacitado para as ações que desenvolve.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que os profissionais do departamento de vigilância em saúde do município estudado são caracterizados, em sua maioria, por sujeitos do sexo feminino; jovens; que atuam principalmente na área de vigilância ambiental (controle de endemias e zoonoses) e epidemiológica; contratados temporariamente; com vínculo de 40 horas semanais; baixa escolaridade e remuneração.

Observou-se também reduzido número de profissionais de nível superior com formação específica na área de saúde e que apesar da escassez de ações educativas muitos profissionais, em especial os de nível médio, se consideram capacitados para o trabalho que executam. Fato que não ocorre para os profissionais de nível superior, que se sentem menos capacitados para as ações que desenvolvem e isso faz com que, conseqüentemente, estes procurem por cursos de capacitação por iniciativa própria. Além disso, grande parte desses profissionais relatou a inexistência de conteúdos de vigilância em saúde na sua formação e não participam de atividades regulares de capacitação continuada.

Estes achados revelam a importância de uma melhoria na gestão dos recursos humanos da vigilância em saúde, no sentido de reduzir a precarização do vínculo de trabalho; promover a realização de concursos públicos de forma regular e com vagas destinadas a profissionais de saúde; alocar recursos financeiros para ações de educação permanente na área, no sentido de subsidiar as atividades executadas pelos trabalhadores por meio dos instrumentos de gestão; promover incrementos no salário e melhorar o plano de carreiras, com valorização de cursos na área de saúde, para que haja um incentivo aos servidores que continuam seus estudos.

No tocante à formação profissional, é preciso que as instituições de ensino promovam uma inclusão de disciplinas na área de vigilância em saúde, para que os profissionais, ao ingressarem no mercado de trabalho estejam preparados para atuarem na área. Neste sentido, a integração ensino-serviço se torna uma excelente estratégia para a inserção de estudantes na vigilância em saúde, o que pode promover a troca de experiências e a melhoria da execução e integração das ações.

REFERÊNCIAS

AGRESTI, A. **Categorical data analysis**. New York: Wiley, 2002.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, 2004. p. 375-80,

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 2215-2228, jul. 2010.

BASTOS, A. A.; COSTA E. A.; CASTRO, L. L. C. Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador (Bahia, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.16, n.5, p. 2391-2400, 2011.

BOLFARINE, H.; WILTON, O.B. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005. 274 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 278 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Distrito Federal, 2010. 108 p.

CORREA, Á. C. P. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 171-80, jan. – mar., 2012.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3., p. 7-18, 2006.

COTTA, R. M. M. et al. Obstáculos e desafios da saúde pública no Brasil. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 1, p. 25-32, 2002.

HULLEY, S.B.; et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MOIMAZ, S. A. S. et al. A força do trabalho feminino na Odontologia, em Araçatuba – SP. **J. Appl. Oral Sci.**, Bauru, v.11, n. 4, 2003

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, 2010. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Desempenho em equipes de saúde – manual**. Rio de Janeiro: Opas; 2001. 144 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde**. Brasília: Opas, 2002. 36 p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. da G. L. C. Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. In: **14 Brasil. MS. FUNASA. CENEPI. Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica**. Anais, Brasília, 1993, p.93-144.

4 ARTIGO 2: Percepções de trabalhadores de vigilância em saúde sobre a formação e o desenvolvimento profissional

THE EMPLOYEES OF HEALTH SURVEILLANCE PERCEPTIONS CONCERNING TO TRAINING AND PROFESSIONAL DEVELOPMENT

RESUMO

É importante identificar as concepções com que os profissionais operam para trabalharem na perspectiva da vigilância em saúde ao intervirem sobre os problemas de saúde. O objetivo deste estudo é conhecer as percepções dos trabalhadores de vigilância em saúde de um município do Centro Leste de Minas Gerais sobre a formação e o desenvolvimento profissional. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa e foi realizado com profissionais do departamento de vigilância em saúde de um município do Centro-Leste de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2013, por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um roteiro com perguntas norteadoras e gravadas (áudio). A amostra foi composta de 20 profissionais. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011), para a análise dos resultados que consistiu em três fases: preparação, tabulação quantitativa e categorização. Elaborou-se uma síntese dos resultados, confrontando os diálogos entre as categorias empíricas e os estudos da literatura. Os resultados incluíram as seguintes categorias empíricas: prevenção de riscos e doenças para a saúde da população (entendimento de vigilância em saúde); conhecimento adquirido por meio da capacitação e atualização dos profissionais para a melhoria do trabalho na área de atuação (importância das ações educacionais); desconhecimento da gestão quanto a vigilância em saúde e inexistência de recursos financeiros (dificuldades); interesse do servidor em se capacitar (facilidades); atuação dos agentes de endemias, educação em saúde para a população, imunização, vigilância sanitária nos estabelecimentos e curso básico de vigilância em saúde (levantamento dos temas). Conclui-se que os profissionais de vigilância em saúde deste estudo possuem o entendimento de que vigilância em saúde se relaciona à prevenção de riscos e doenças para a saúde da população e que este conhecimento demonstra ser incipiente. Foram relatados diversos temas

de importância para que sejam abordados no âmbito da educação permanente e ressalta-se que a maioria dos sujeitos demonstra interesse em participar de ações educacionais e as consideram extremamente importantes para a efetivação da vigilância em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: vigilância em saúde, percepções, formação, desenvolvimento profissional.

ABSTRACT

It's important to identify the conceptions in which the professionals use to work with health surveillance as they interfere in health problems. The aim of this study is to understand the perceptions of workers health surveillance in a city in eastern Minas Gerais center on training and professional development. It is an exploratory descriptive study with a qualitative approach accomplished with professionals from the department of health surveillance in a Middle East city in Minas Gerais. The data collection occurred based on semi structured interview in which was used a script with guiding questions recorded by a (tape) recorder in April and May in 2013. The sample was compound by 20 professionals. It was used the analysis of content technique, according to Bardin (2011), to analyze the results which consisted in three stages: preparation, quantitative tab and categorization. It was developed an outcome synthesis comparing the dialogues between the empiric categories and the literature studies. The outcomes included the following empiric categories: prevention of risks and diseases to the population health (understanding about health surveillance); knowledge acquired through training and updating of professionals to job improvement in their working field (importance of educational actions); Ignorance concerning to health surveillance management and lack of financial resources (difficulties); Server interest in training (facilities); endemic agents performance, health education for the population, immunization, health surveillance in the establishments and a basic course about health surveillance (coming up with the themes). It is concluded that the professional health surveillance in this study have the understanding that health surveillance relates to the prevention of risks and diseases to the health of the population and that this knowledge proves to be incipient. Been reported several important topics to be addressed in the context of lifelong learning and emphasizes that most

subjects showed interest in participating in educational activities and consider extremely important for the achievement of public health surveillance.

KEY-WORDS: Health surveillance, perceptions, training, professional development.

INTRODUÇÃO

O processo de implantação do SUS trouxe modificações para a organização das práticas de atenção e de gestão do sistema de saúde, mediante a formulação e ampliação de propostas de novos modelos assistenciais, envolvendo a diversificação dos serviços de saúde, os novos processos de qualificação dos trabalhadores e a natureza do trabalho em saúde (COSTA E MIRANDA, 2008).

Essa modificação no modelo de atenção passa, então, a ser orientada pela adoção de medidas centradas nas ações de vigilância em saúde (VS) e prevenção de agravos que comporta o modelo epidemiológico do coletivo, por meio da participação popular na formulação e implementação das políticas de saúde, de equidade da atenção, de universalidade do atendimento, de integralidade da assistência e, acima de tudo, pela superação da histórica dicotomia existente entre atividades assistenciais e preventivas (CARVALHO *et al.*, 2001).

A VS, como uma ferramenta de priorização das ações em saúde, permite monitorar o estado de saúde da população em relação aos agravos que foram e são objeto de prevenção e controle. Trata-se de um conjunto de atividades destinadas a obter as informações necessárias para se conhecer a situação epidemiológica em questão, detectando ou prevendo as alterações prováveis dos condicionantes focalizados e orientando a aplicação de medidas preventivas, mantendo-as ou modificando-as, com o propósito de atingir os melhores resultados possíveis em termos de efetividade e impacto na população (FORATTINI, 2004).

Nesse sentido, a VS mantém o eixo comum pautado na epidemiologia como saber tecnológico. A epidemiologia pode ser utilizada como instrumento para a elaboração de políticas, planejamento local, definição de prioridades e avaliação em saúde, como na reorganização dos processos de trabalho produtivo e reorientação programática das ações, tendo como base político-sanitária a vigilância e promoção da saúde (PAIM, 2003).

Os trabalhadores da saúde são atores importantes que podem imprimir às ações direções determinadas pelo âmbito técnico, ético e político, uma vez que esses profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades em saúde da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na vigilância em saúde.

Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na década de 80, a empregabilidade nos serviços públicos de saúde era de aproximadamente, 265.956 trabalhadores de nível superior. Em 2005, com o SUS já implementado, esse número passou para 1.448.749, demonstrando ser o maior empregador da área da saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS (2002), há necessidade de melhorias no serviço prestado à população pelos trabalhadores de saúde, tendo como base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho. Ressalta-se ainda, a importância da inserção de abordagens pontuais de VS nos processos de formação, além de melhoria das ações educacionais voltadas para o desenvolvimento de profissionais inseridos nos serviços para que haja a efetivação da VS enquanto modelo de atenção à saúde.

Em um estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretarias de Saúde - CONASS (2004) o sobre a “Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em municípios com população superior a 100 mil habitantes”, sob coordenação da Rede Observatório de Recursos Humanos, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ (2004), foram apontadas três áreas críticas, na seguinte ordem de prioridade: estrutura (carência de pessoal qualificado; falta de recursos financeiros; estrutura física ruim; ausência de um sistema de informação adequado; situação hierárquica ruim da área etc.), gestão (remuneração insuficiente; precarização; limites da lei de responsabilidade fiscal; insensibilidade governamental para o setor; ausência de planejamento, programação e diagnóstico; ausência de concurso etc.) e desenvolvimento (falta de recursos para desenvolvimento; ausência de política, programa e planejamento de desenvolvimento; fragmentação de atividades; ausência de envolvimento do setor de recursos humanos; indefinição dos fluxos de capacitação; ausência de envolvimento da gestão e da gerência) (BRASIL, 2006).

Tendo em vista tais aspectos, verifica-se que o SUS enfrenta desafios relativos tanto a aspectos quantitativos e de distribuição e fixação de profissionais, como qualitativos, ambos referenciados à formação profissional. As questões que hoje são objeto de debates e de intervenções governamentais, relativas à formação e qualificação profissional, representam a

desarticulação acumulada na implementação de políticas sociais envolvendo os setores educacional e de prestação de serviços na área da saúde (HADDAD et al, 2010).

Ermel e Fracolli (2006) destacam a importância das relações dialógicas no sentido de identificar as concepções com que os profissionais operam para trabalharem na perspectiva da VS ao intervirem sobre os problemas de saúde.

Diante disso, esse estudo objetivou conhecer as percepções dos trabalhadores de vigilância em saúde de um município do Centro Leste de Minas Gerais sobre a formação e o desenvolvimento profissional.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa que se baseou na realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais do Departamento de Vigilância em Saúde (DVS) de um município do Centro Leste de Minas Gerais. Este departamento está situado na secretaria municipal de saúde e é composto de duas seções: vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Utilizou-se um roteiro com perguntas norteadoras (Apêndice D).

Inicialmente, foi realizado um teste piloto em um município próximo ao da coleta de dados, de modo a validar este instrumento, sendo utilizado um formulário criado pelos pesquisadores (Apêndice E) e preenchido pelos sujeitos da pesquisa. Este formulário foi analisado posteriormente, o que resultou em alterações no instrumento de coleta de dados.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), conforme Protocolo: 040/12 (Anexo 1).

A coleta de dados realizada nos meses de abril e maio de 2013, no próprio local de trabalho, com uma amostra de 21 profissionais que atuavam na Secretaria Municipal de Saúde e nos pontos de apoio dos agentes de endemias (PA). A participação foi condicionada ao aceite do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, individualizadas e gravadas (áudio) por meio da utilização de um gravador.

A seleção dos entrevistados ocorreu por amostragem intencional e orientada pelo critério de entrevistar pessoas de diferentes categorias profissionais, estruturada de forma

heterogênea, ou seja, contendo representantes de todos os níveis de escolaridade, de diferentes cargos e que atuam nas diversas áreas da vigilância em saúde.

Uma entrevista foi excluída devido a problemas inerentes ao áudio da mesma, sendo analisadas, portanto 20 entrevistas.

Para a análise, foi utilizada a técnica proposta por Bardin (2011) - Análise de conteúdo, de forma a interpretar os significados das falas dos sujeitos, que contemplou as seguintes etapas:

1) *Fase de preparação*, na qual os participantes foram nomeados por siglas, de acordo com os cargos ocupados. Cada sujeito recebeu uma sigla da seguinte maneira: a primeira letra era P de participante; as quatro letras seguintes se referiam ao local de atuação e os números que acompanhavam as siglas, representaram o número de sujeitos que atuavam no mesmo local (Figura 3).

Letra inicial	Local de Atuação	Sigla final
P	Vigilância epidemiológica VI EP	PVIEP1 PVIEP2 PVIEP3 PVIEP4 PVIEP5 PVIEP6
P	Vigilância Sanitária VISA	PVISA1 PVISA2 PVISA3 PVISA4 PVISA5 PVISA6 PVISA7 PVISA8
P	Pontos de apoio dos agentes de combate a endemias PA AE	PAAE1 PAAE2 PAAE3 PAAE4 PAAE5
P	Vigilância em saúde VGSA	PVGSA1

Figura 3: Siglas relacionadas à identificação dos participantes do estudo.

Posteriormente, as falas foram transcritas na íntegra, de próprio punho, segundo os temas enfocados. Após a transcrição, foi feita uma releitura do material e organizados os relatos em determinada ordem, pressupondo um início de classificação e organização dos dados com a formação de diversos “corpus” ou recortes dos textos, separando-os tendo em vista as perguntas que foram feitas para os sujeitos (unidades de contexto).

Em seguida, as falas foram organizadas em quadros, de acordo com cada unidade de contexto relacionada (criadas por meio das perguntas feitas para os participantes).

2) *Fase da tabulação quantitativa*, na qual foram inicialmente determinadas as unidades de registro (UR), sendo consideradas palavras ou frases selecionadas por meio da utilização da ferramenta “Localizar” do Microsoft Office Word[®]. Foram utilizados também prefixos de palavras, pelo fato de existirem variações da formação, mas possuírem o mesmo sentido. As palavras foram marcadas no texto do início ao final de cada UR observada. Estas UR foram organizadas de acordo com a frequência com que eram localizadas nos relatos. Houve uma seleção para que as respostas em que houve “fuga” do assunto não fossem consideradas. Utilizou-se a estatística descritiva, possibilitando que os dados fossem organizados em tabelas, de forma a obter uma visão global e quantificada das falas por meio de uma adaptação da metodologia proposta por Oliveira (2008).

As UR ou temas foram registrados na coluna 1 do Apêndice E, através de códigos, e na coluna 2 com seus respectivos nomes. Procedeu-se à análise temática das UR: quantificação dos temas em número de UR, para cada entrevista, que foi registrado nas colunas 3 e, ao final, totalizado nas colunas 4 e 5 (Apêndice E).

3) *Fase de categorização*: a análise categorial do texto foi realizada a partir da determinação dos temas e da sua quantificação. As categorias foram definidas de acordo com o aparecimento dos temas, agrupando-os segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise. Para o desenvolvimento da análise categorial, calculou-se, opcionalmente, as frequências relativas e passou-se ao agrupamento dos temas formando as categorias na coluna 9, quantificando as categorias nas colunas 10 e 11 (Apêndice F).

Foram tratados e apresentados em forma de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de falas significativas para cada categoria ou, ainda, em forma de tabelas seguidas de descrições cursivas e outros.

As categorias foram construídas levando em consideração os seguintes critérios: homogeneidade (não se misturam *alhos com bugalhos*); exaustividade (esgotam a totalidade do texto); exclusividade (um mesmo elemento não pode ser classificado em duas categorias diferentes); objetividade (codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais);

adequação ou pertinência (adaptadas ao conteúdo e ao objetivo do estudo); importância quantitativa dos temas e importância qualitativa dos temas; importância quantitativa dos temas em termos de: total de unidades de registro no conjunto da análise (todas as entrevistas) e distribuição das unidades de registro por entrevista; importância qualitativa dos temas para o objeto de estudo: o tema é fundamental para compreender o objeto de estudo? O tema revela alguma faceta do objeto de estudo que interessa ao pesquisador? O tema desvela alguma dimensão do referencial teórico adotado?

Logo, as categorias empíricas sintetizaram as unidades de registro extraídas do texto, agregaram os significados existentes no texto em sub-conjuntos e comportaram a maior parte do material analisado.

Na análise final dos dados, foi elaborada uma síntese dos resultados, confrontando os diálogos entre as categorias empíricas e os estudos encontrados na literatura, com retorno ao objeto de estudo: as categorias representaram a reconstrução do discurso a partir de uma lógica impressa pelos pesquisadores, portanto expressaram uma intencionalidade de rerepresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os profissionais se distribuíram da seguinte forma: um (5%) chefe de departamento de vigilância em saúde; cinco (25%) que atuavam nos pontos de apoio dos agentes de endemias; seis (30%) na seção de vigilância epidemiológica e oito (40%) na seção de vigilância sanitária.

Os resultados foram expressos segundo cinco categorias analíticas criadas por meio do roteiro norteador e inseridas na Figura 4, através de siglas em que as três primeiras letras representavam a categoria e as duas posteriores se referiam aos temas e unidades de significação criados: UC1 – unidade de contexto 1 (entendimento de vigilância em saúde); UC2 – unidade de contexto 2 (importância das ações educacionais); UC3 – unidade de contexto 3 (dificuldades a ocorrência de ações educacionais); UC4 (facilidades); UC5 – Temas importantes a serem abordados em ações educacionais).

1 Código do tema	2 Temas e unidades de significação	4 Total de UR	5 Número Total de Corpus analisados	6 Nº de Corpus/ Total de UR	7 Número de UR/ Tema	8 % de UR/Tema	9 Categorias	10 Nº de UR/Categoria	11 % de UR/Categoria
UC1T1	Saúde da população	26	11	0,4	26	45,6	Prevenção de riscos e doenças para a saúde da população	57	73,1
UC1T2	Risco	8	6	0,8	8	14,0			
UC1T3	Prevenção de doenças e agravos	23	10	0,4	23	25,6			
UC2T1	Capacita	28	12	0,4	28	13,7	Conhecimento por meio da capacitação e atualização dos profissionais para a melhoria do trabalho na área de atuação.	69	83,9
UC2T2	Atualiza	10	7	0,7	10	4,9			
UC2T3	Profissio	8	6	0,8	8	3,9			
UC2T4	Melhor	10	9	0,9	10	4,9			
UC2T5	Área	7	5	0,7	7	3,4			
UC2T6	Conhecimento	6	5	0,8	6	2,9			
UC3T1	Gest	20	6	0,3	20	33,9	Conhecimento - Desconhecimento: Gestor/Gestão/Secretaria	34	57,6
UC3T2	Conhec	8	7	0,9	8	13,6			
UC3T3	secret	6	4	0,7	6	10,2			
UC3T4	Treina	10	5	0,5	10	16,9	Inexistência de Recursos para treinamentos que são pedidos	25	42,4
UC3T5	Recursos	9	7	0,8	9	15,3			
UC3T6	Ped	6	4	0,7	6	10,2			
UC4T1	Procurar informações sobre cursos, buscar, correr atrás	5	5	1	5	8,5	Interesse do profissional	1	8,3
UC4T2	Interesse, vontade, pedir, querer	7	6	0,9	7	11,9			
UC5T1	Agente em campo	5	4	0,8	5	8,5	Agente em campo	1	20,0
UC5T2	Educação à população	7	4	0,6	7	11,9	Educação à população	1	14,3
UC5T3	Questões de vacinas	5	4	0,8	5	8,5	Imunização	1	20,0
UC5T4	Procedimentos estéticos /carboxietrapia	2	2	1,0	2	3,4	Vigilância Sanitária: estabelecimentos	1	12,5
UC5T5	Estabelecimentos de saúde	2	2	1,0	2	3,4			
UC5T6	Fiscal inspeção	2	2	1,0	2	3,4			
UC5T7	Específico pra Vigilância Sanitária	2	2	1,0	2	3,4	Vigilância em saúde	1	33,3
UC5T8	Vigilância como um todo	3	3	1	3	5,1			

Figura 04: Quadro com as categorias empíricas.

Entendimento sobre vigilância em saúde dos profissionais

O entendimento sobre VS esteve relacionado à seguinte categoria empírica: prevenção de riscos e doenças para a saúde da população.

De um modo geral, o entendimento sobre vigilância em saúde relacionou-se à instituição de medidas sobre o indivíduo e o meio ambiente para o controle de doenças transmissíveis, conforme se colocam as bases da “vigilância epidemiológica clássica”, o que vai de encontro com os estudos de Faria (2007). Este fato pode ser atribuído às raízes históricas da vigilância epidemiológica no Brasil, em que esta se centra na prevenção e no controle das doenças transmissíveis, além do controle e saneamento do meio ambiente.

“Então é um vigiar, vigiar a epidemiologia das ocorrências, dos agravos, das doenças, de onde vêm, como que a gente vai intervir em tempo real para conter. Então é um trabalho constante de vigilância do... dos ambientes de trabalho, do comércio, dos pontos de estética, do adoecimento.” (PVIEP1)

Pôde-se verificar ainda que o entendimento dos profissionais sobre a vigilância em saúde tendia a se relacionar mais à área de atuação do profissional e que não existia um conhecimento abrangente acerca do tema. Tal fato pode ter ocorrido, devido à heterogeneidade da amostra estudada, levando-se em consideração que os sujeitos atuavam em diferentes áreas, sendo observado, por meio disso uma desarticulação das ações de vigilância em saúde, o que pôde ser notado até mesmo pela separação em setores dentro da secretaria de saúde. Este pode ser um dificultador para o desenvolvimento de ações de forma articulada.

Pode-se citar, por exemplo, que os sujeitos que atuavam nos pontos de apoio de agentes de endemias relataram que a vigilância estava associada às orientações dadas aos moradores:

“Olha, é instruir o morador, o que que ele tem que fazer pra poder evitar qualquer tipo de doença.” (PPAAE4)

“Olha, o nosso... eu falo pelo nosso trabalho, a gente tem que ta sempre ciente do que é o nosso trabalho, que é... é ta orientando nossos moradores quanto a prevenção... das doenças... não só da dengue.” (PPAAE2)

“Vigilância em saúde é uma forma de ta garantindo a qualidade de saúde da população.” (PPAAE5)

Alguns participantes que atuavam na seção de vigilância epidemiológica possuíam um conhecimento um pouco mais abrangente acerca da vigilância em saúde. Tal fato pode ter ocorrido tendo em vista que a maioria das ações de vigilância em saúde estão interligadas à competência dessa seção no departamento estudado, uma vez que essa seção abarca a

vigilância epidemiológica, ambiental, situação de saúde e ambiental. Além disso, conforme Paim (2003), a VS mantém o eixo pautado na epidemiologia como saber tecnológico.

“Vejo mesmo como.. Uma forma, assim, de você diagnosticar através de dados que você recebe né, fazer um levantamento diagnóstico do seu perfil do que você recebe e trabalhar ali em cima com medidas corretivas e de ações preventivas dos... dos agravos.” (PVIEP2)

Vale ressaltar que este depoimento denota para uma “vigilância ampliada” com integração de ações de assistência e informação em saúde gerada nos serviços, o que vai de encontro à proposição teórica de Waldman (1993) sobre a vigilância em Saúde pública. Este autor defende que a vigilância procede à análise de situações de saúde e de condições de vida de grupos populacionais, ampliando-se a investigação, assim como a elaboração de banco de dados e a monitorização de agravos, para além das doenças transmissíveis.

Já os profissionais de vigilância sanitária tenderam a relacionar o entendimento de VS com as situações de risco. Tal fato pode ser explicado até mesmo pela atuação destes profissionais que exercem ações que visam à eliminação, diminuição ou prevenção de riscos à saúde, relacionados a produtos, serviços de interesse da saúde e ambientes, inclusive o do trabalho (BRASIL 2010):

“Vigilância em saúde para mim é o acompanhamento dos riscos a que os cidadãos estão expostos. Tanto de doenças quanto de, aliás, basicamente de doenças mesmo... riscos à saúde de todos...” (PVISA5)

“Olha, eu acho que a vigilância em saúde em si, nada mais é do que ações voltadas pra proteção, né recuperação da saúde, principalmente você é... analisando as situações de risco... né, eu acho que a vigilância em saúde como um todo... seja, seja a nível de meio ambiente, de vigilância epidemiológica, da sanitária, de saúde do trabalhador, de promoção da saúde, de vigilância da situação de saúde, eu acho que você tem que pensar, primeira coisa é com relação à questão do risco. Você tem que desenvolver ações pra você minimizar risco, seja indiferente essas, né... essas micro, essas micro áreas dentro da vigilância em saúde...” (PVISA7)

Na área de vigilância sanitária o risco assume papel de categoria principal, pois é o fio condutor que orienta as práticas sobre cada um dos objetos e/ou processos sob sua responsabilidade (LEITE, 2007). Segundo Costa (2004), o risco sanitário refere-se à possibilidade, perigo potencial, ameaça de danos ou agravos à saúde.

De maneira geral, foi possível verificar que existe um desconhecimento da maior parte dos sujeitos quanto à vigilância em saúde, existindo diversas concepções que na maioria das

vezes tenderam a se relacionarem ao conceito de prevenção de doenças, conforme a categoria empírica criada.

Isso nos leva a pensar também sobre a formação dos trabalhadores que atuam na área, tendo em vista que a inexistência de ações educacionais ou a ocorrências destas de forma pontual tem levado os profissionais a terem um conhecimento fragmentado acerca das próprias ações que executam.

Importância, dificuldades e facilidades das ações educacionais

Em relação à importância das ações educacionais para o trabalho desenvolvido na vigilância em saúde a categoria empírica criada foi relacionada ao conhecimento adquirido por meio da capacitação e atualização dos profissionais para a melhoria do trabalho na área de atuação.

Observou-se que ao serem questionados quanto à importância dos treinamentos e capacitações, os sujeitos relatam que era de suma importância para atualização e nivelamento de conhecimento dos profissionais, tendo em vista a existência de profissionais de níveis de escolaridade diferentes, além do fato dessas ações trazerem impacto sobre o processo de aprendizagem das práticas de trabalho. Porém a maioria dos sujeitos relataram a inexistência dessas ações no trabalho desenvolvido e que as mesmas faziam falta:

“Acho que a importância dessas ações educacionais é de justamente atualizar todos os servidores e nivelar o conhecimento de todos. Porque a gente tem é... É... Profissionais de nível superior e nível médio. Então é pra nivelar o conhecimento. Hoje a gente sabe que não é suficiente, mas seria para nivelar o conhecimento de todos que trabalham na área...” (PVISA5)

“Ah, eu acho muito importante, porque quando, quanto mais a gente aprende, melhor a gente faz o trabalho da gente né... Só que tem muito tempo que a gente não tem...” (PPAAE4)

“(…) Deveria ter um treinamento constante... toda vez ou pelo menos que chegasse uma pessoa nova, mostrar para ela o que é a vigilância. Muitas vezes, entra uma pessoa nova, não sabe direito o que a vigilância faz, então devia mostrar isso para a gente...” (PVIIEP5)

“Olha, eu queria mesmo era pedir que fazem força mesmo para dar essa capacitação para a gente porque por mais que você tenha tempo no setor, você ainda precisa de ser capacitado... Porque todo dia uma coisa nova, sabe, e tudo nessa vida você pode melhorar, não é? E como você vai melhorar? Com uma capacitação né. Então você melhora o serviço com capacitação...” (PVISA2)

Ressalta-se que, para que os profissionais de saúde atuem como agentes de mudança no contexto da vigilância em saúde é necessário que haja uma perspectiva de formação continuada que promova uma renovação no setor.

Alguns profissionais de nível superior que atuavam com vigilância epidemiológica e sanitária elencaram a importância de inserção da vigilância em saúde nas matrizes curriculares dos cursos de saúde para que os profissionais ao saírem da universidade tenham um conhecimento mais abrangente da área:

“Às vezes na formação do profissional é de graduação a gente vê rapidamente, né. Não tem assim uma formação que te dê noção disso tudo. Quando é... eu vim trabalhar na sanitária, eu não tinha noção do que a sanitária fazia. Como eu tinha feito a especialização em controle de infecções, então a gente viu muito a questão de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, então eu tive uma melhor qualificação por causa da especialização. Mas se eu fosse trabalhar por... Pela só, somente pela graduação, eu não teria a base que eu tenho hoje para trabalhar na sanitária e na epidemiológica, apesar de hoje estar atuando na epidemiologia” (PVIEP2):

“É... Eu acho que inserir esses assuntos da vigilância em saúde na própria grade escolar, hoje eu vejo de suma importância. Mas eu não sei como que deveria ter esse envolvimento. Será que talvez teriam as secretarias de saúde colocando isso para a colocação, pro MEC, por exemplo? Então eu acho que o movimento deveria vim de quem realmente trata disso. (...) Então eu acho que essas informações de vigilância em saúde talvez seriam importantes sim para esses cursos todos da área de saúde até mesmo para aquele profissional quando ele estiver atuando independente de ser na vigilância sanitária ou qualquer área, saber que existe os indicadores que o Estado necessita, as questões da saúde pública que são relevantes... (...) Quais são as ações que o governo tem com essas informações que a gente trabalha que muitas vezes ele desconhece. Eles veem a vigilância sanitária mais como uma ação fiscalizadora. Elas não entendem que dentro desse processo existem outros fatores. (...) Porque todas essas ações geram um risco pro coletivo da população. E a gente fica atento somente aos quesitos que é o foco da profissão e não avalia esses outros aspectos que tem dentro da política de saúde pública. (...) O máximo que a gente via era a 8080 e a 8142...” (PVISA4)

“É... eu acho assim... o período as vezes é muito curto, eu vi vigilância, eu vi epidemiologia, não vi vigilância epidemiológica. Eu vi epidemiologia num período só. Então, eu acho que a gente vê na faculdade as doenças que são transmissíveis, os agravos... as notificações, se resume nisso. E a grade não estende para talvez seja interessante, não sei se já... Formei em 2004, já tem alguns anos. Eu não sei se hoje teve alguma reformulação na grade. Mas talvez o tema vigilância em saúde abordaria melhor do que só epidemiologia (PVIEP2)

A participante PVISA4 se referiu às Leis 8080/90 e 8142/90 que regulamentam o SUS. Os relatos descritos refletem o distanciamento existente entre o ensino na área de saúde, a realidade epidemiológica e os princípios do SUS, o que impacta em uma formação profissional distante da realidade (FEUERWERKER, 2002).

Neste sentido, os depoimentos demonstram a fragilidade das abordagens de vigilância em saúde e até mesmo de saúde pública nos currículos da área de saúde no Brasil. Essa deficiência relatada impacta no desenvolvimento de ações que estejam fundamentadas no conhecimento teórico, tendo em vista que os profissionais ingressam na vigilância em saúde de forma despreparada e passam a contar somente com treinamento prático muitas vezes ministrado pelos próprios colegas de trabalho.

Levando-se em consideração estes aspectos, podemos relatar uma estratégia inovadora no âmbito da educação formal que é a definição de um currículo integrado que articula dinamicamente ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. Este modelo supõe uma ruptura com as concepções tradicionais do ensino e, fundamentalmente, com as formas escolares academicistas desvinculadas da prática real e cotidiana de uma determinada profissão. Essa proposta é a que nos parece mais apropriada para atender à necessidade de integrar ensino e trabalho na formação de pessoal de níveis médio, elementar e superior pelas instituições de saúde, nas suas diversas categorias (DAVINI, 1999).

Essa integração ensino-serviço-comunidade constitui uma importante estratégia para a efetiva inter-relação entre teoria e prática, a qual deve também proporcionar reflexão acerca da realidade, fazendo com que o aluno elabore a crítica e busque soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados (CHIRELLI, 2002).

Sobressaíram duas categorias empíricas relacionadas às dificuldades existentes para a ocorrência de ações educacionais relacionadas à vigilância em saúde: o desconhecimento da gestão quanto à vigilância em saúde e inexistência de recursos financeiros.

O desconhecimento dos gestores e da gestão foi relatado no sentido de que há uma preocupação maior com a atenção terciária em detrimento da primária e da vigilância em saúde e a falta de visão destes com relação à educação para o trabalho:

“(...) a capacitação pessoal e interesse também do gestor público em conhecer todos os setores e saber da importância de cada um deles...” (PVIEP4)

“Com certeza porque o gestor nem sempre o gestor ele tem essa visão de educação. Têm muitos que, assim, é muito difícil a saúde primária da terciária, da secundária e da terciária. Então você tem gestores que chegam aqui com um foco mais para a terciária e a terciária é o que?! É atendimento, aparelho, é aparelho de última geração, é aquela tecnologia leve, é moderada e dura, né.” (PVISA3)

“Olha eu acho que é... talvez... por desconhecimento do que é vigilância em saúde, do que é vigilância sanitária né especificamente, pode ser que isso também contribua para que... não haja... não se... não... se disponibilizem recursos pra, pra treinamentos, e cursos, de capacitações..., entendeu? Dos servidores... Talvez por desconhecimento...” (PVISA7)

Já em relação à alocação de recursos financeiros para a realização de ações educacionais, foram vários os relatos dos participantes. Pôde-se verificar que a maioria dos sujeitos relataram a inexistência ou insuficiência de recursos para essas ações e as dificuldades do próprio servidor custear a participação em cursos e/ou treinamentos.

Os relatos apontam para o desconhecimento dos profissionais com relação à disponibilidade e o uso dos recursos, além disso, a responsabilização do profissional para realização de ações educativas, já que muitos precisam arcar por conta própria com a sua formação e o seu desenvolvimento profissional, mesmo diante do fato de que os profissionais capacitados geram melhores resultados para os serviços.

Verifica-se que muitas vezes os recursos financeiros são devolvidos aos cofres públicos, devido ao desconhecimento de gestores e servidores quanto à forma de aplicação destes recursos, o que acarreta prejuízos aos profissionais, no tocante à realização de ações educacionais, por exemplo.

“A alocação de recursos pra essa finalidade, porque pra você preparar, treinar, você teria que fazer... ou parceiros, mas você teria que ter o recurso na dotação orçamentária do município específica pra essa área... E a gente não... Eu desconheço que tenha.” (PVIEP3)

“Outra questão mesmo são os recursos. A gente ouve falar que tem os recursos, mas só que quem tá na ponta, muitas vezes não tem a governabilidade tal para estar de certa forma gastando aquele recurso (...) Outra coisa que eu coloco também é que se esse recursos proposto, se ele é suficiente para ta capacitando de forma adequada.” (PVISA1)

“(...) a dificuldade que eu tenho de procurar talvez fazer um curso é eu ter que desembolsar esse recurso de, por conta própria...” (PVISA4)

Ressalta-se que os gestores de saúde devem possuir requisitos fundamentais para sua atuação, tais como o conhecimento das diversas áreas de saúde e dos problemas inerentes às mesmas, a capacidade de buscar esse conhecimento através dos vários meios disponíveis e de gerir recursos, de modo racional, visando à eficiência do sistema

A Lei Orgânica de Saúde (Lei Nº 8080/90) define a responsabilidade das três esferas de governo na formulação e execução de uma política de recursos humanos em que um de seus objetivos seja a organização de um sistema de formação (todos os níveis, inclusive pós-graduação, além de programas de aperfeiçoamento permanente), e coloca os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, logo, locais de ensino-aprendizagem que expressam

a indissociabilidade dos papéis de gestão e formação no âmbito direto do SUS (CECCIM *et al.*, 2002).

Além disso, tendo em vista o Contrato Organizativo de ações Públicas (COAP), criado por meio do Decreto 7508/2011 que regulamenta as Leis 8080/90 e 8142/90, é definido que os gestores devem se comprometer em valorizar os trabalhadores da saúde e a desenvolver políticas de gestão do trabalho, visando democratizar as relações de trabalho, desprecarizar e humanizar o trabalho em saúde e promover a saúde do trabalhador no SUS. Essas políticas devem favorecer o provimento e a fixação dos trabalhadores pra suprir as necessidades da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Houve relatos de um profissional que existem dificuldades para que os servidores busquem por conta própria o desenvolvimento profissional. Nesse sentido, é importante destacar que como a busca pelo conhecimento é maior por iniciativa pessoal, usualmente os profissionais de nível superior têm maior acesso em relação aos de nível médio que, comumente, estão na ponta desempenhando as ações e possuem menos tempo, condições financeiras e estímulo para o aperfeiçoamento técnico-científico.

Estes relatos refletem a importância do componente gestão para o planejamento das ações educacionais de formação e desenvolvimento profissional, visto que essa ação precisa compor os instrumentos de gestão e assim garantir os recursos, que nem sempre são insuficientes.

Foram elencadas ainda outras dificuldades como a maneira com que os servidores encaram as ações educacionais, de forma imposta; a necessidade de serem feitas mais capacitações, não somente reuniões de equipe e o desestímulo gerado em participar de ações educacionais devido à inexistência do plano de carreira e a defasagem salarial:

“Eu acho que a gente ta precisando de mais cursos, mas é curso mesmo, não é assim, só juntar todo mundo lá, falar alguma coisa... (...) Não é fazer reunião não, é curso mesmo de capacitação, porque tem muita gente aqui que ta precisando mesmo” (PPAAE4)

“O que a gente percebe quando a gente leva uma capacitação, que ela é feita pelo serviço... Ela não é recebida como formação. Ela é recebida como uma situação imposta. É, e você não consegue trabalhar a educação permanente... Então às vezes apurar mais a questão da educação permanente como prática do dia-a-dia da equipe de saúde...” (PVIEP3)

“O que eu queria falar, que eu acho que a questão da educação, ela é muito importante, porque ela passa pela valorização do servidor, pela qualificação do servidor... Nós não, a gente não tem plano de carreira, nosso plano de carreira, ele é um plano de carreira, que, que não, que não proporciona estímulo nenhum, entendeu? Que não valoriza o servidor que estuda... Que trabalha... que faz outras

coisas... Tanto é que eu, por exemplo, eu já parei, quis fazer várias outras pós, eu parei, vou fazer pra que? Não... Não... a nível de município a gente não tem incentivo nenhum com os cursos que você faz... Em termos de melhora salarial, não... a gente não tem... e o nosso salário ta muito defasado...” (PVISA7)

Por meio destes relatos, é possível verificar que as políticas de desenvolvimento profissional são deficientes, de forma que são realizadas na grande maioria das vezes somente reuniões de equipe. Percebe-se ainda que, muitas vezes, os treinamentos não possuem clareza na definição de diretrizes e são feitos - salvo algumas exceções - de forma empírica, descontínua, assistemática, de qualidade técnica e eficácia muitas vezes discutível e sem uma proposta de consolidação da identidade dos profissionais que atuam na área (SOARES & LIMA, 1996).

Além disso, podemos inferir que a falta de uma política de desenvolvimento dos servidores compatível com um plano de cargos e carreira é um entrave importante no estímulo à formação e desenvolvimento profissional, pois isso na prática gera um processo de acomodação dos servidores.

O COAP define que os gestores ao elaborarem e reformularem planos de carreira, cargos e salários devem considerar as diretrizes nacionais nas normas vigentes (BRASIL, 2011).

No entanto, mesmo diante de vários relatos que apontaram as dificuldades, existiram sujeitos que informaram que podem ocorrer melhorias nas ações, tendo em vista os programas do governo:

“(...) eu acredito que com esse fortalecimento, eu acredito que vá melhorar, a tendência é melhorar... Porque agora está se falando em vigilância em saúde...” (PVISA7).

O fortalecimento referido pela participante se refere a um projeto, atualmente programa, que foi criado em 2011 pela Subsecretaria de Vigilância e Proteção da Saúde/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para a melhoria das ações de VS, intitulado “Programa de Fortalecimento da Vigilância em Saúde”, por meio de estratégias de integração com a atenção primária; estabelecimento de metas de indicadores relacionados aos seis componentes da VS, por meio de um processo de pactuação de elencos de ações; incentivo financeiro aos municípios participantes e estratégias de descentralização, a partir de um sistema regionalizado (MINAS GERAIS, 2012).

Em relação às facilidades para o desenvolvimento de ações educacionais para a vigilância em saúde, foi obtida a seguinte categoria empírica: interesse do servidor em se

capacitar. Os participantes relataram a disponibilidade e a vontade dos profissionais em adquirir conhecimento por meio de treinamentos e capacitações:

“(...) Quem gosta da área e procura é... Completar a sua educação para poder prestar o melhor serviço. Então a pessoa ser curiosa, ta sempre procurando informações a respeito da... da... disponibilização de cursos nessa área.” (PVGSA1)

“Porque os meninos, eles querem fazer... Eles tem disponibilidade e a gente também, às vezes fala assim, ah eu não vou tirar o pessoal do campo pra fazer essa capacitação, mas eu acho que é muito interessante, às vezes um dia que você perde em campo, você vai ganhar muito mais ali...” (PPAAE2)

“(...) o próprio profissional ele ta buscando isso. Aí às vezes ele custeia do próprio bolso, mas às vezes tem uma dificuldade de liberação, ainda assim existe algum tipo de liberação...” (PVIEP3)

“Eu acho que o facilitador é a vontade que o servidor tem em aprender... Sabe... porque a gente tem uma necessidade muito grande de... de... conhecimento, de correr atrás e de ta sempre... porque como eu te falei as ações cada dia mais complexas... Tem situações que a gente depara que você não... não você não acha em literatura como resolver (pausa) você não acha... sabe... não... não... é uma coisa... vigilância sanitária, vigilância em saúde, não é uma coisa pronta, falar assim, olha mediante tal situação, você tem que agir dessa maneira, não existe isso...” (PVISA7)

É possível verificar que os trabalhadores de saúde têm interesse em serem capacitados, já que esta é uma forma de motivação para o desenvolvimento das suas atividades. O estudo de Carneiro *et al.* (2012), realizado com agentes comunitários de saúde, relata também essa questão, ao afirmar que os profissionais geralmente demonstram grande interesse em aperfeiçoamento profissional, quanto mais treinamentos recebem, melhor informados ficam, podendo prestar orientações e informações mais atualizadas e completas à comunidade.

Temas que necessitam ser abordados em ações educacionais

Em relação às necessidades de capacitação, foram levantados pelos profissionais de vigilância em saúde vários temas. Estes temas foram separados de acordo com cada componente da vigilância em saúde, conforme a Tabela 08.

Tabela 08: Temas levantados pelos profissionais, relacionados à necessidade de ações educacionais em vigilância em saúde.

COMPONENTES DA VS	TEMAS RELACIONADOS
Promoção à saúde	promoção em geral
Vigilância Ambiental	agentes de campo (psicológico, preservação do meio ambiente, segurança); atuação dos supervisores de campo; animais peçonhentos; controle populacional de cães; leishmaniose; vigilância ambiental; controle de zoonoses (CCZ); controle de vetores; educação ambiental
Vigilância epidemiológica	notificação de doenças; imunização; doenças transmissíveis; emergências; verminose; vigilância epidemiológica
Vigilância Sanitária	Curso básico; farmácias; drogarias; consultórios; estabelecimentos de estética/carboxiterapia; estabelecimentos de saúde; preenchimento de autos; novas tecnologias; fiscal/inspeção; embasamento legal; FORMSUS
Vigilância em Saúde do Trabalhador	saúde do trabalhador em geral
Vigilância da Situação de Saúde	investigação de óbitos
Vigilância em saúde	curso básico de vigilância em saúde; educação à população

Em relação à vigilância ambiental foi criada a seguinte categoria empírica: atuação dos agentes de endemias, conforme pode ser verificado nas falas dos sujeitos:

“Olha.. em... em relação aos agentes da dengue, eu acho que seria, primeiro lugar, a preservação do meio ambiente, que eu sempre bato nessa tecla, porque? Porque às vezes a pessoa acha que ah... eu posso só eliminar essa... so... é... furar esse plástico, furar essa lata, posso deixar aqui, tem que orientar o morador a não ta deixando, assim a nossa parte a gente faz, que muitas vezes a gente chega, quando tem muita coisa, a gente prefere recolher, do que ta furando... (...) Eu friso sempre com eles, principalmente a questão de segurança deles, de estar mexendo com produto químico né? E químico, é químico, até uma dipirona que você toma demais, um dia não vai fazer efeito mais, vai te fazer mal, não só o (tenepol) que a gente usa, mas também de pulverização também... Né... a maioria é segurança deles... Segurança deles... porque não adianta nós preocuparmos a segurança da população e a nossa... (PPAAE2)

“Eu acho assim, porque o psicológico do agente precisa trabalhar porque não tem, ele não consegue, às vezes, passar por uma situação e manter a calma, ficar tranquilo ou... desde que seja daqui uma semana, certas, certas situações costumam persistir até uma semana, duas ou mais...” (PPAAE5)

As falas dos sujeitos refletem a necessidade de um preparo melhor dos agentes, de modo à obtenção de um trabalho mais eficiente, permitindo a eles a inserção na comunidade como educadores ambientais, já que a ausência de capacitações inviabiliza a aprendizagem de conhecimentos, atitudes e habilidades, ou seja, a aplicabilidade efetiva desses conhecimentos no ambiente de trabalho (KITZMAN E ASMUS, 2002).

Nesse sentido, a atuação dos agentes de endemias, ao informarem insistentemente os membros de uma comunidade, possibilita o empoderamento quando os levam à reflexão e à percepção das consequências de suas escolhas. No que se referem ao meio ambiente, essas

escolhas relacionam-se aos comportamentos adotados frente ao mesmo (OTTONE *et al.*, 2007).

Lira (2012) analisou a percepção de agentes comunitários e de endemias sobre a temática ambiental e obteve como resultado uma percepção ambiental deficiente destes trabalhadores em relação à preservação de ambiente saudável e sustentável. Essa percepção ambiental deficiente pôde ser atribuída ao meio ambiente ainda não lhes pertencer como objeto de responsabilidade.

Imergiu a categoria educação em saúde para a população, sendo relacionada à educação em saúde e ambiental, conforme pode ser verificado nos recortes das entrevistas:

“ (...) Eu acho que o que mais faria diferença é a gente começar a focar na, no nosso público alvo. Então porque que eu falo isso? Fazer umas oficinas mesmo, e fazer uns folders, alguma coisa informativa pra população pra falar assim: Se você vai abrir um estabelecimento, o que você precisa? Você precisa disso, disso, disso, fazer um checklist. (...) Então se você passa isso pra população, a população vai te ter como parceiro. Como já tem acontecido.” (PVISA3)

“(...) Então ter umas oficinas assim, nas associações de bairro, por exemplo. Pegando, cada dia nós vamos falar hoje disso. Pegar o público alvo, gestante... então vamos falar sobre a amamentação pra essas gestantes... pegar aquela caderneta, destrinchar aquela caderneta para aquele documento ser mesmo de acesso para aquela pessoa quando ela precisar. Seja mesmo uma consulta de cabeceira, ali mesmo. E na Vigilância a mesma coisa. Eu acho que se a gente dividir o saber, a gente vai conseguir que o contribuinte, que a população seja aliado e não nos vejam como punidores.” (PVISA3)

“Saúde da população. O que entende um pouquinho da alimentação, da imunização, de dengue... mas a saúde da população... das doenças... essas emergências... transmissíveis, essas que... verminose, coisas assim, que as pessoas não tem muito conhecimento e por essa falta de conhecimento elas não fazem uma ligação com a vigilância em saúde. Elas vêm a água, mas não vêm a água como transmissores de doença. Eles vêm o solo... a saúde do trabalhador mas não vejam com o que está ali, como que liga... A saúde do trabalhador, por exemplo só vê como acidentes de trabalho. Só. Não vê quais as doenças... O ambiente ali...” (PVISA5)

É possível identificar atualmente uma nova concepção de educação em saúde, voltada não apenas para a prevenção de doenças, mas para o empoderamento dos indivíduos para definirem os objetivos e lutarem por uma vida com mais saúde, enfoque que desvincula a saúde do modelo biomédico, hospitalocêntrico, do binômio saúde-doença. Nessa concepção, educação ambiental e educação em saúde fundem-se sob o mesmo objetivo – qualidade de vida, criada num processo participativo de corresponsabilidade, como bem coletivo (OLIVEIRA, 2001).

É necessário que os profissionais de vigilância estejam treinados para compreender o real sentido de educação ambiental e em saúde ao atuarem sobre os comportamentos

inadequados da população. Nesse sentido, cabe aos educadores em saúde a participação nas estratégias de comunicação com função educacional, exercendo o papel de educadores junto às comunidades, para discutirem os valores, métodos e objetivos das ações e promoverem comportamentos de saúde e sustentabilidade (SORRENTINO *et al.*, 2005).

Davies, Fahy e Taylor (2005) desenvolveram pesquisa sobre atitudes e ações de donas de casa em relação aos resíduos domésticos, fazendo um alerta interessante, ao abordarem os motivos da não incorporação de novos hábitos ambientais pelas donas de casa, apesar da atuação de agentes de treinamento. Contextualizaram que o comportamento humano, é resultado da interação de fatores sociais, culturais e locais, por um lado, bem como de valores individuais, por outro lado. Quando os valores culturais se deparam com valores individuais muito arraigados, a possibilidade de sucesso é mínima e vencer esse embate só será possível quando a informação estiver associada à exemplificação.

A imunização foi outra categoria empírica que imergiu por meio dos questionamentos quanto aos temas necessários das ações educacionais para os profissionais:

“A questão da imunização, ela tem que ser... Eu entendo que essa capacitação, ela tem que ser contínua...” (PVIEP3)

“(...) Seria interessante mesmo uma, uma reciclagem em... pra mim, pras pessoas que trabalham com vacina, uma reciclagem sobre vacina... Porque é muitas vezes a gente fica só tendo cursos em períodos de campanha... Então a campanha focaliza muito um tema só. Então, as vacinas anteriores acaba que ficam meio esquecidas mesmo. Meio esquecidas com o tempo né? Então ninguém, quem chega pra trabalhar comigo aprende o serviço porque a gente passa, o colega de trabalho passa, a gente orienta, mas vai começar a ter algum treinamento, focados em campanha. E em relação às vacinas já existentes a gente não tem esse treinamento.” (PVIEP2)

Tendo em vista que a imunização representa uma das medidas mais efetivas na prevenção de doenças, por reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, verifica-se a importância de melhoria nos treinamentos realizados para estes profissionais de vigilância em saúde que atuam na área de imunização.

Em um estudo desenvolvido por Oliveira *et al.* (2009) em Minas Gerais verificou-se que 62,9% dos sujeitos entrevistados que atuam com imunização nunca haviam participado de qualquer curso sobre vacinas e concluiu que a educação permanente na formação dos profissionais responsáveis pela imunização é uma iniciativa com o potencial de mudança necessária para que os profissionais possam assegurar a qualidade das vacinas disponibilizadas à população.

A VISA nos estabelecimentos foi uma categoria empírica que surgiu também entre os temas que necessitavam de ações educacionais, se relacionando a diversos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário e ações inerentes aos mesmos:

“(...) O que a gente mais está precisando é uma educação em... Como que fala? Embasamento legal, que é a gente colocar... (...) Se você vai recorrer, se é um estabelecimento de saúde, você pode recorrer ao seu código, você pode recorrer ao código do estado, você pode recorrer à RDC nº tal, mas assim, para isso ficar assim... Mais... Padronizado entre os fiscais... Porque tem alguns fiscais que eles colocam só assim: artigo 196 da constituição. Que fala de risco. Pronto, acabou. Mas eu acho que você tem que esmiuçar isso um pouco mais. Você tem que colocar o artigo federal, você tem que buscar uma RDC, buscar o Código Sanitário para você se embasar mais, até por questão de convencimento da pessoa, para a pessoa ver que aquilo está errado... Porque eu acho que ficou muito solto. Cada um procede de uma forma.” (PVISA3)

“(...) As legislações não acompanham a evolução dos procedimentos que hoje são feitos. Então assim hoje aquele estabelecimento não pendura a carne como feito antigamente. Então tem que ter uma refrigeração, tem que ter uma temperatura, tem que ter um transporte adequado, assim como há procedimentos de saúde e procedimentos estéticos como a gente se prepara para a carboxiterapia e a gente não acha embasamento nenhum na legislação para atuar. Então a gente até fez uma busca junto a ANVISA e ninguém conseguiu nos posicionar. Nem a própria ANVISA tem um funcionamento sobre isso. (...) E a gente sabe que determinados procedimentos que são realizados por profissionais não capacitados geram riscos... Porque são procedimentos invasivos.” (PVISA4)

“Eu particularmente, com relação à vigilância sanitária, eu acho que é... Preenchimento de auto...” (PVISA7)

Os depoimentos dos profissionais que atuam na área de VISA nos levam a entender que o campo de abrangência dessa área é muito extenso, o que necessita de equipes multiprofissionais, com perfis adequados, tendo em vista a formação profissional compatível com as especialidades a serem desempenhadas e providas de capacitação apropriada (LEFÈVRE *et al.*, 2005).

Verifica-se que a descentralização e a municipalização das ações, assim como a experiência em VISA, de uma forma geral, não são suficientes para resolver a questão da capacitação técnica para avaliar a organização e a execução de serviços específicos, os quais, inclusive, se encontram em constante desenvolvimento científico. Há necessidade de conhecimento e constante atualização, tanto dos serviços específicos quanto de recursos de avaliação, os quais não se esgotam no treinamento para a mera aplicação de roteiros específicos de inspeção.

Um aspecto importante foi citado pelos participantes e esteve relacionado à legislação em VISA. Ressalta-se que é relevante a existência de uma aproximação dos operadores do

direito ao Sistema de Saúde e dos profissionais de Vigilância ao Direito, visando práticas mais consistentes uma vez que a esses profissionais cabe interpretar e aplicar a lei e não raro elaborar normas complementares às leis. Seria relevante nos municípios, que fossem montadas estruturas de apoio jurídico a todos os serviços de vigilância sanitária para que houvesse um melhor respaldo para as ações executadas (COSTA, 2004).

Em relação à VS, foi construída a seguinte categoria: curso básico de vigilância em saúde, tendo em vista a necessidade de um curso mais abrangente que tenha como conteúdo a vigilância em saúde como um todo:

“É, eu acho que um treinamento seria importante, é ver a vigilância como um todo. Geralmente a gente tem treinamento específico, treinamento de vacina, treinamento de vetores, um treinamento que englobasse todo o setor, porque pelo menos pra mim, eu tenho dificuldade de enxergar a vigilância como um todo... tudo que faz... A gente só tem um pedacinho assim...” (PVIEP5)

Ressalta-se por meio da análise desta fala, a necessidade que os profissionais possuem de conhecer as diferentes áreas da vigilância em saúde, já que as ações são desarticuladas. Para tanto, um curso de formação específico em VS, seria de suma importância para que fosse possível obter um aprendizado mais amplo sobre a área, tendo em vista os mais diferentes componentes da VS, principalmente para aqueles profissionais que não possuem formação específica na área de saúde, como é o caso daqueles de nível médio e elementar.

CONCLUSÃO

Pelo exposto, é possível concluir com os resultados deste estudo que os profissionais de vigilância em saúde possuem o entendimento de que vigilância em saúde se relaciona à prevenção de riscos e doenças para a saúde da população. Este conhecimento, que demonstra ser incipiente, parece estar relacionado à área de atuação profissional de cada trabalhador, pelo fato de não apresentarem uma definição mais abrangente sobre o tema, ou que se aproxime com o conceito de vigilância em saúde que se conhece atualmente. Além disso, este conhecimento fragmentado pode estar interligado à falta de integração existente entre as áreas da vigilância em saúde, o que pôde ser claramente percebido com as falas dos sujeitos.

Foram destacados vários temas importantes para que sejam abordados no âmbito da educação permanente em VS, podendo ser citados: atuação do agente de endemias, educação

em saúde para a população, imunização, estabelecimentos de vigilância sanitária e vigilância em saúde de maneira geral.

Tendo em vista os diversos fatores relacionados pelos trabalhadores que interferem na formação e no desenvolvimento profissional em VS, torna-se necessário que haja uma melhoria na articulação das ações; promoção de treinamentos e capacitações, por meio da inserção nos instrumentos de gestão; abordagens sobre vigilância em saúde nas disciplinas dos cursos de formação; maior conhecimento e participação da gestão nos processos da vigilância em saúde; alocação de recursos financeiros para promover ações de educação profissional.

Estes achados demonstram a importância da qualificação profissional para a efetivação da vigilância em saúde, já que este é um ponto crítico para se transformar as práticas de saúde, principalmente pelo fato de que a VS amplia as responsabilidades dos serviços, para além do controle de danos e riscos e considerando os determinantes do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] Republica Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**, v. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 188 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996**: Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Distrito Federal, 2010. 108 p.

BRASIL, **Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 29 de Janeiro de 2013.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. **Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária**. Revista Panamericana Salud Publica, [S.l.], v. 31, n. 2, p. 115-20, 2012.

CARVALHO, B. G. et al. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma M. et al (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 27-59, 2001.

CECCIM, R. B. et al. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 7, p. 373-83, 2002.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. 202. 281 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

COSTA, E.A. **Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde**. 2ª ed. São Paulo: Sobravime; 2004. 494 p.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F.A.N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trabalho, educação e saúde**. saúde [online] [S.l.], v. 6, n. 3, p. 503-518, 2008.

DAVIES, A.; FAHY, F.; TAYLOR, D. Mind the gap! Householder attitudes and actions towards waste in Ireland. **Irish Geography**, v. 38, n. 2, p. 151-168, 2005.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. In: SANTANA, J. P.; CASTRO, J.L. de. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRRN, 1999. p. 281-289.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 40, n. 4, p. 533-539, 2006.

FARIA, L. S. **As práticas de vigilância na supervisão técnica de saúde do Butantã – São Paulo (SP): perspectivas para o alcance da vigilância à saúde**. São Paulo: USP, 2007. 211 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

FORATTINI, O.P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 405-408.

HADDAD, A.E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública [online]**, [S.l.], v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010;

KITZMANN, D. I. S.; ASMUS, M. L. Do Treinamento à Capacitação: A inserção da Educação Ambiental no setor produtivo. In: RUSCHEINSKY, A. et al. **Educação Ambiental: Abordagens Múltiplas**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LEFÈVRE F. et al. Social representation of health surveillance by the population of Águas de Lindóia: analysis of the perception of some considerable risks. **REVISA**, v. 1, n.1, p.22-30, 2005.

LEITE, H.J.D. **Vigilância sanitária em serviços de saúde: risco e proteção da saúde em serviços de hemodiálise.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. 128 f.

LIRA E.M.B.de **Análise da percepção de resíduos sólidos entre moradores e agentes de saúde no bairro alto do Mandu – recife, PE, Brasil.** Recife, 2012. 107 f.. Dissertação (Mestrado) – Gestão do Desenvolvimento Local Sustentável. Universidade de Pernambuco, Faculdade de Ciências da Administração de Pernambuco, Recife, 2012.

MINAS GERAIS. **Instrutivo para execução e avaliação das ações de vigilância em saúde:** projeto de fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte : SES-MG, 2012, 256p.

OLIVEIRA, D. L. L. C. **Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: reconceptualizing risky sex - what implications for health promotion?** Thesis (Doctoral in Health Education) - Institute of Education, University of London, London, 2001.237f.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.

OLIVEIRA, V. C. et al. Prática da enfermagem na conservação de vacinas. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 814-818, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde.** Brasília: Opas, 2002. 36 p.

OTTONE, E. (org). **Coesão social. Inclusão e sentido de pertencer na América Latina e no Caribe. Santiago do Chile:** Nações Unidas. 2007, 218 p

PAIM, J.S. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia, D. (org) **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 161-174.

SOARES, J. C. R. S; LIMA L. C. V. Reflexões sobre o SUS, seu modelo assistencial e a formação de recursos humanos de nível médio em vigilância sanitária. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. **Formação de pessoal de nível médio para a saúde:** desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.130-156.

SORRENTINO, M. et al. Educação ambiental como política pública. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 285-299, 2005.

WALDMAN, E. A. As concepções de vigilância como instrumento de saúde pública e a implantação do SUS. In: CARVALHO, D. M. et al. Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, 1993, Brasília. **Anais**. Brasília, DF: Centro Nacional de Epidemiologia, 1993. p. 45-51.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo, por meio da formulação de dois artigos científicos, permitiram conhecer o perfil dos profissionais de vigilância em saúde e analisar as percepções destes quanto à formação e o desenvolvimento profissional na área de VS. Foram levantadas diferentes questões, como a falta de treinamentos, o número reduzido de profissionais com formação superior em saúde, as fragilidades das matrizes curriculares que não contam com abordagens referentes à VS ou as possuem de forma pontual.

Foi relatado pelos profissionais certo distanciamento entre o ensino e a realidade epidemiológica, o que leva a uma deficiência na formação dos profissionais de nível técnico e superior por não haver disciplinas que abordem a VS. Torna-se necessária uma reformulação nos conteúdos das disciplinas dos cursos da área de saúde, de forma a abordarem de maneira mais abrangente a VS para que os profissionais que ingressarem nessa área possuam um conhecimento mais focado no controle dos determinantes, riscos e danos à saúde, por meio de uma abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde.

Os dados levantados apontam para a necessidade de um projeto de educação permanente para estes profissionais, uma vez que a VS possui um vasto cenário de práticas, o que interpõe uma necessidade constante de qualificação.

O levantamento das necessidades de ações educacionais para a VS, realizado com este trabalho, poderá desencadear um planejamento por parte dos gestores de saúde de diferentes esferas, de forma mais específica, diante das perspectivas dos próprios profissionais, tendo em vista a importância da qualificação dos trabalhadores para a atuação nessa área. Ressalta-se que os temas apontaram alguns componentes da VS, porém não foram destacados de forma evidente temas relacionados à vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde do trabalhador e promoção à saúde, já que estas áreas ainda estão desarticuladas e precisam de inserção junto à vigilância em saúde.

Ressalta-se ainda a importância deste estudo, no que tange à contribuição para a literatura científica, tendo em vista que poucos são os estudos referentes a essa temática. Recomenda-se que novas pesquisas sejam realizadas para verificar a incorporação da vigilância em saúde no contexto da formação e de desenvolvimento profissional. A articulação das ações de VS com vistas à sua efetivação será possível à medida que tenhamos

profissionais qualificados e que possuam conhecimentos necessários para compreender os diferentes aspectos de todos os componentes dessa área.

APÊNDICE A: Questionário

Questionário

Contribuição da formação e do desenvolvimento profissional para a efetivação da vigilância em saúde, segundo profissionais de saúde

Instruções: Por favor, preencha totalmente o questionário. A maioria das perguntas pode ser respondida marcando um X.

Data: ___/___/___

Número: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Telefone de Contato: _____

e-mail: _____

Local atual de trabalho² _____

Cargo/Função³ _____

1) SEXO:

(A) masculino.

(B) feminino.

2) FAIXA ETÁRIA:

(A) 18 a 24 anos

(B) 25 a 49 anos

(C) 50 anos ou mais

3) ESCOLARIDADE

Preencha as linhas referentes a todos os cursos que tenha concluído :

(A) Ensino fundamental.

(B) Ensino médio.

(C) Ensino Técnico.

Curso _____

Instituição _____

Ano de conclusão _____

(D) Ensino Superior.

Curso _____

Instituição _____

Ano de conclusão _____

(E) Pós-graduação lato sensu – Nível: Especialização (mínimo de 360 horas).

Curso _____

Instituição _____

Ano de conclusão _____

(F) Pós-graduação stricto sensu - Nível: Mestrado.

Curso _____

Instituição _____

² Incluir Departamento e Seção

³ Que consta em seu contra-cheque

Ano de conclusão _____
 (G) Pós-graduação stricto sensu - Nível: Doutorado.
 Curso _____
 Instituição _____
 Ano de conclusão _____

4) TIPO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO QUE VOCÊ POSSUI NESTA INSTITUIÇÃO:

- (A) Estatutário⁴
- (B) Celetista⁵
- (C) Celetista ocupante de cargo efetivo⁶
- (D) Contratado
- (E) Cargo em comissão (livre provimento)

5) FAIXA SALARIAL⁷ (COM ADICIONAIS, SE HOVER) RELACIONADA AO SEU CARGO ATUAL NESTA INSTITUIÇÃO:

- (A) Até dois salários mínimos
- (B) Dois a quatro salários mínimos
- (C) Quatro a dez salários mínimos
- (D) Dez a vinte salários mínimos
- (E) Acima de vinte salários mínimos

6) NÚMERO DE EMPREGOS QUE VOCÊ POSSUI:

- (A) Um.
- (B) Dois.
- (C) Três ou mais.

7) TEMPO DE ATUAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:

- (A) Menos de um ano.
- (B) Um a três anos.
- (C) De 4 a 11 anos.
- (D) De 12 a 19 anos.
- (E) Há mais de 20 anos.

8) QUAL (AIS) SUA (S) ÁREA (S) DE ATUAÇÃO ROTINEIRA NESTA INSTITUIÇÃO?

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| (A) Vigilância Ambiental | (H) Promoção à Saúde |
| (B) Controle de endemias | (I) Análise da situação de saúde |
| (C) Zoonoses | (J) Outras _____ |
| (D) Vigilância Epidemiológica | _____ |
| (E) Sistemas de informação | _____ |
| (F) Vigilância à Saúde do Trabalhador | |
| (G) Vigilância Sanitária | |

⁴ Servidor nomeado para cargo de provimento efetivo

⁵ Servidor sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT

⁶ Ocupantes de empregos públicos regidos pela CLT em exercício há mais de 5 anos à data da promulgação da atual Constituição federal - direito à estabilidade no serviço público e serem submetidos ao Regime Jurídico Único dos servidores civis e ocupar cargo compatível com as atividades exercidas.

⁷ Considerar Salário Mínimo referente a 2013 – R\$ 678,00

09) ÚLTIMA PARTICIPAÇÃO EM CURSOS DE CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO (RELACIONADOS À SUA ÁREA DE TRABALHO ATUAL NESTA INSTITUIÇÃO):

- (A) No último ano.
- (B) Há dois anos.
- (C) Há mais de dois anos.
- (D) Nunca participei de nenhuma capacitação.
- (E) Estou participando atualmente.

10) EM REFERÊNCIA À QUESTÃO ANTERIOR, PREENCHA A TABELA ABAIXO RELACIONADA AOS CURSOS QUE PARTICIPOU (OU ESTÁ PARTICIPANDO) NOS ÚLTIMOS 5 ANOS:

Curso/Área	Carga Horária	Instituição que ministrou

11- ESTES CURSOS ATENDERAM AS SUAS NECESSIDADES PROFISSIONAIS?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Parcialmente
- (D) Não se aplica⁸

12) MODALIDADE DE ENSINO DOS CURSOS QUE JÁ PARTICIPOU (PÓS-GRADUAÇÃO OU CAPACITAÇÕES/TREINAMENTOS RELACIONADOS À SUA ÁREA DE TRABALHO ATUAL NESTA INSTITUIÇÃO):

Obs.: Marque todas as modalidades que você já participou

- (A) Educação profissional presencial
- (B) Educação profissional semi-presencial
- (C) Educação à distância
- (D) Não se aplica⁹

13) VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE CURSOS OU EVENTOS RELACIONADOS À SUA ÁREA DE ATUAÇÃO (NESTA INSTITUIÇÃO) POR INICIATIVA PRÓPRIA E COM SEUS PRÓPRIOS RECURSOS?

- (A) Sim. Cite os cursos: (Acrescentei)

⁸ Caso não tenha realizado nenhum curso/ capacitação / treinamento em sua área de trabalho atual.

⁹ Caso nunca tenha participado de nenhum curso / capacitação / treinamento em sua área de trabalho atual.

(B) Não

14) EM SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL (ENSINO MÉDIO, SUPERIOR, PÓS-GRADUAÇÃO) HOVERAM ABORDAGENS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Parcialmente

15) VOCÊ SE CONSIDERA CAPACITADO PARA AS AÇÕES QUE DESENVOLVE?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Parcialmente

16) CASO TENHA REALIZADO AÇÕES EDUCACIONAIS, COMO VOCÊ CONSIDERA O CONHECIMENTO ADQUIRIDO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NESTE PROCESSO?

- (A) Insuficiente
- (B) Regular
- (C) Bom
- (D) Muito bom
- (E) Excelente

APÊNDICE B: Formulário de avaliação do questionário



Título do Projeto:

Contribuição da formação e do desenvolvimento profissional para a efetivação da vigilância em saúde, segundo profissionais de saúde

Pesquisadora Responsável:

Aline Grazielle Fernandes

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri



Formulário de avaliação do questionário

Participante:

Item de verificação	Modificações sugeridas	
Identificação Questão 1 a 16	Em caso de sugestão de adequação	
	Onde se lê:	Sugere-se:

APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Contribuição da formação e do desenvolvimento profissional para a efetivação da vigilância em saúde, segundo profissionais de saúde”**, a ser realizada para cumprir com os requisitos exigidos no processo de formação do curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), que será desenvolvida pela discente ALINE GRAZIELE FERNANDES sob a orientação do Professor MILTON COSME RIBEIRO, sendo o Departamento de Vigilância em Saúde (DVS)/Secretaria Municipal de Saúde deste município escolhido para o desenvolvimento da mesma.

A sua participação não é obrigatória sendo que a qualquer momento da pesquisa você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com a Secretaria Municipal de Saúde.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a percepção de profissionais de saúde quanto à contribuição da formação e do desenvolvimento profissional para a consolidação das ações de vigilância em saúde em um município do Centro Leste de Minas Gerais. Já os específicos são: traçar o perfil de formação e desenvolvimento dos profissionais de vigilância em saúde; conhecer a compreensão de vigilância em saúde dos profissionais; identificar a importância e os desafios da formação e desenvolvimento profissional para a consolidação das ações de vigilância em saúde e levantar as necessidades dos profissionais de ações educacionais em vigilância em saúde. Caso você decida aceitar o convite, será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: 1) Responder a um questionário estruturado com perguntas relacionadas a dados sócio-demográficos e de formação/desenvolvimento profissional; 2) Entrevistas semi-estruturadas, por meio de um roteiro com perguntas norteadoras, sendo as respostas gravadas para que não sejam perdidas suas falas já que posteriormente será feita uma análise de conteúdo. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente duas horas.

Os riscos diretos relacionados à sua participação nessa pesquisa podem ser vinculados à sua identificação como entrevistado e ao conteúdo das informações prestadas, podendo acarretar em constrangimentos com a equipe do DVS. Contudo, a fim de eliminarmos qualquer possibilidade dessa ocorrência, você não será identificado pelo nome, função ou cargo. Dessa maneira, serão utilizados termos como “Participante 01”, “Participante 02”, e assim sucessivamente, garantindo o sigilo dos mesmos.

Ressalta-se que, tanto os procedimentos de coleta de dados quanto os métodos para atenuar os riscos que a pesquisa poderá oferecer ao entrevistado, estão em consonância com Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº. 196, de 10 de outubro 1996, que trata dos aspectos éticos da pesquisa na área da saúde.

Os benefícios serão relacionados à ampliação da compreensão do perfil de formação e desenvolvimento profissional, reflexão e debate científico e proposta de criação de estratégias de intervenção para a melhoria dos conhecimentos e atuação destes profissionais de modo a promover a integralidade das ações, fortalecendo a VS como modelo de atenção à saúde no Brasil.

Informamos que não será divulgado o nome do município e que os dados serão utilizados exclusivamente para essa pesquisa. Os resultados da mesma poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Qualquer gasto financeiro da sua parte será ressarcido pelo responsável pela pesquisa. Não está prevista indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do coordenador do projeto e pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação, agora ou em qualquer momento.

Orientador: Milton Cosme Ribeiro

Pesquisadora: Aline Grazielle Fernandes

Endereço: Rua dos Cravos, 122 A – Bairro São Pedro. Itabira - MG

Telefone: (31) 8609-1891

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: _____

Assinatura do sujeito da pesquisa: _____

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba –
Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240 Ramal 1366 - Coordenadora Profa. Agnes Maria Gomes Murta; Secretaria (Dione de Paula) - Email: cep.secretaria@ufvjm.edu.br ou cep@ufvjm.edu.br

APÊNDICE D: Roteiro guia das entrevistas

Roteiro guia das entrevistas

Contribuição da formação e do desenvolvimento profissional para a efetivação da vigilância em saúde, segundo profissionais de saúde

Data: ___/___/___
Número: _____

- 01) Apresentação;
- 02) Motivo da entrevista;
- 03) Falar a data e hora;
- 04) Pedir o entrevistado que se apresente: nome, cargo/função, atividades que desenvolve.
- 05) Iniciar a conversa:
 - 1) O que você entende por vigilância em saúde?

 - 2) O que você tem a dizer sobre a importância das ações de educação profissional (ensino médio, superior, pós-graduação e cursos relacionados ao trabalho) para a atuação em vigilância em saúde?
 - Contribuição para os processos de trabalho que você ou o departamento desenvolve.
 - Dificuldades e facilidades para a ocorrência das ações educacionais.

 - 3) Quais os temas que devem ser abordados em ações educacionais (capacitações/treinamentos), tendo em vista as suas necessidades ou do departamento?

APÊNDICE E: Formulário de avaliação do roteiro guia das entrevistas

Título do Projeto:

Contribuição da formação e do desenvolvimento profissional para a efetivação da vigilância em saúde, segundo profissionais de saúde

Pesquisadora Responsável:

Aline Grazielle Fernandes

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**Formulário de avaliação do roteiro guia das entrevistas****Participante:**

Item de verificação	Modificações sugeridas	
<p>Questão 1</p> <p>O que você entende por vigilância em saúde?</p>	Em caso de sugestão de adequação	
	Onde se lê:	Sugere-se:

Item de verificação	Modificações sugeridas	
---------------------	------------------------	--

<p>Questão 2</p> <p>A seu ver, qual a importância de ações educacionais para os profissionais de vigilância em saúde para a melhoria das ações desenvolvidas?</p>	Em caso de sugestão de adequação	
	Onde se lê:	Sugere-se:
<p>Questão 3</p> <p>Tendo em vista os processos de trabalho que você desenvolve, quais as suas necessidades ou do departamento de formação ou capacitação profissional?</p>	Em caso de sugestão de adequação	
	Onde se lê:	Sugere-se:

ANEXO 1: Protocolo 040/12 (CEP/UFVJM)

	Comitê de Ética em Pesquisa	
---	------------------------------------	---

PARECER CONSUBSTANCIADO	Nº de protocolo no Comitê:
X PROJETO DE PESQUISA	040/12
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	

I - Identificação

- Título do projeto:** Contribuição da formação e do desenvolvimento profissional para a efetivação da vigilância em saúde, segundo profissionais de saúde
- Pesquisador responsável:** Aline Grazielle Fernandes/Nutricionista (especialista)
- Instituição responsável pela realização:** UFVJM
- Instituição/Local onde se realizará:** Secretaria Municipal de Saúde de município do Centro Leste do Estado de Minas Gerais
- Área de Concentração:** Saúde – 4.06
- Data de entrada no CEP:** 23/04/12; ressubmissão em 01/10/12; apresentação da declaração da instituição coparticipante, como definido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (carta CONEP 0212/10), em 23/01/2013.

II - Objetivos:

Objetivo Geral: Analisar a percepção de profissionais de saúde quanto à contribuição da formação e do desenvolvimento profissional para a consolidação das ações de vigilância em saúde (VS) em um município do Centro Leste de Minas Gerais.

Objetivos específicos:

- Traçar o perfil de formação e desenvolvimento dos profissionais de VS;
- Conhecer a compreensão de VS dos profissionais;
- Identificar a importância e os desafios da formação e desenvolvimento profissional para a consolidação das ações de VS;
- Levantar as necessidades dos profissionais de ações educacionais em VS.

III- Sumário do projeto:

- Descrição e caracterização da amostra:** Foi realizada uma pesquisa prévia, por e-mail, em novembro de 2011, junto ao Departamento de Vigilância em Saúde, para obtenção do número de profissionais que trabalham naquele local. A partir da obtenção dessa informação foi definido que o universo da pesquisa será composto por cerca de 90 profissionais de saúde. Serão considerados somente aqueles atuantes no momento, ou seja, os profissionais em férias ou em licença serão excluídos. Serão selecionados inicialmente 25 entrevistados e, posteriormente, será utilizado o critério de saturação dos dados, ou seja, a coleta de dados será interrompida quando houver reincidência das informações. A participação dos envolvidos será aceita após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. As características dos participantes (sexo, faixa etária, etc.) serão determinadas durante o trabalho de campo.
- Critérios de inclusão e exclusão:** Adequado. Serão considerados profissionais de saúde atuantes no momento da coleta e excluídos os profissionais que estejam em férias ou licença.
- Adequação da metodologia:** Adequada. Este estudo seguirá uma abordagem qualitativa. Com base no objetivo geral, tratar-se-á de um estudo exploratório-descritivo que visará aprimorar os conhecimentos e descobrir as intuições de pessoas com experiências a cerca do problema a ser pesquisado; descrever as características dessa população e estabelecer relações entre as variáveis. Já com relação ao delineamento envolverá: - pesquisa bibliográfica por meio da busca de referências de livros e manuais do Ministério da Saúde; artigos científicos, dissertações e teses provenientes de bancos de dados virtuais, tais como, Lilacs, Scielo, Periódicos Capes, entre outros. Serão selecionados a partir de palavras-chave ou por serem considerados relevantes para o estudo; - Levantamento/ Estudo de campo por meio da realização de entrevistas com interrogação direta das pessoas cujas percepções se deseja conhecer; - Pesquisa participante por meio da interação entre pesquisadores e pesquisados.
- Adequação das condições:** Adequado. O estudo será realizado no Departamento de Vigilância em Saúde (DVS) situado na Secretaria Municipal Saúde (SMS) de um município sede de uma microrregião de saúde do Centro Leste do Estado de Minas Gerais. As reuniões, aplicação dos questionários e as entrevistas serão realizadas no auditório da Secretaria Municipal de Saúde, em dois turnos, devido ao horário de trabalho dos profissionais e a capacidade do local. A opção por esse local se deve à facilidade de acesso aos sujeitos da pesquisa. Durante as entrevistas será solicitada a não interferência de terceiros, por meio de aviso na porta do auditório e solicitação para que os aparelhos celulares dos envolvidos sejam desligados.
- Justificativa do uso do placebo (caso haja):** não se aplica
- Justificativa da suspensão terapêutica (wash out):** não se aplica
- Estrutura do protocolo:** O protocolo foi apresentado de forma completa, contendo a carta de encaminhamento, folha de rosto preenchida corretamente, projeto em CD e digitado, link do lattes do pesquisador e TCLE.
- Análise de riscos e benefícios:** Adequada. Os autores descrevem os riscos e benefícios no corpo do texto e no TCLE com linguagem adequada. Os **riscos** diretos relacionados à participação dos sujeitos nesta pesquisa podem ser vinculados à sua identificação como entrevistado e ao conteúdo das informações prestadas, podendo acarretar em constrangimentos com a equipe do departamento de vigilância em saúde. Contudo, a fim de eliminar qualquer

Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM- Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Rodovia MGT 367, Km 583, nº. 5000, Alto da Jacuba, CEP 39100000 – Diamantina MG – Brasil (38) 3532.1240 – <http://www.ufvjm.edu.br/pesquisa/cep.html>

possibilidade dessa ocorrência, o sujeito não será identificado pelo nome, função ou cargo. Dessa maneira, serão utilizados termos como "Participante 01", "Participante 02", e assim sucessivamente, garantindo o sigilo dos mesmos. Os **benefícios** serão relacionados à ampliação da compreensão do perfil de formação e desenvolvimento profissional, reflexão e debate científico e proposta de criação de estratégias de intervenção para a melhoria dos conhecimentos e atuação destes profissionais de modo a promover a integralidade das ações, fortalecendo a VS como modelo de atenção à saúde no Brasil.

Adequação do consentimento e forma de obtê-lo: Adequado. A autora realizará uma visita prévia à Secretaria Municipal de Saúde para contato com a coordenadora do Departamento de Vigilância Sanitária, para apresentar a pesquisa e agendar duas reuniões, em turnos alternados, para a participação dos profissionais do departamento. As reuniões comporão a primeira etapa da pesquisa e terão a finalidade de expor os objetivos e solicitar, aos que aceitarem participar, a assinatura do TCLE e que respondam ao primeiro questionário.

Informação adequada quanto ao financiamento: Os autores descrevem o orçamento de forma adequada. "Por não ter fontes de financiamento de órgãos de fomento, o projeto será realizado com recursos do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde (cota institucional e de bancada) e, quando necessário, com recursos dos próprios pesquisadores para os itens não custeáveis pelo programa".

Lista de centros (para estudos multicêntricos): não se aplica

Outros:

V - Pendências:

VI- Observações:

1. Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE, pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável, e pelo pesquisador que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

VII - Motivos da não aprovação

VIII- Parecer Consubstanciado do CEP:

- APROVADO.** Receberá parecer e certificado do Comitê.
- PENDENTE.** Certificado do Comitê sujeito à resolução das pendências em tempo previsto.
- NÃO APROVADO.** Receberá apenas o parecer do CEP. Submeterá novo projeto ao Comitê.

Observações ao pesquisador:

Para projetos aprovados

- 1) Somente estará autorizado o início da pesquisa, após aprovação do protocolo pelo CEP.
- 2) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- 3) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- 4) O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- 5) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- 6) Relatório final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo, em 29 de julho de 2013.. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

IX- Data da reunião do CEP: 29 de janeiro de 2013.

Thais P. Peixoto Machado

Profª. Drª. Thais Peixoto Gaiad Machado
Coordenadora do CEP UFVJM