

ARTIGO

<https://doi.org/10.22239/2317-269x.01027>

Características dos Recursos Humanos e desafios no trabalho de coordenadores de Vigilância em Saúde no interior de Pernambuco

Characteristics of Human Resources and challenges in the Work of Surveillance coordinators of Health in the Inland of Pernambuco

RESUMO

Cleber Vinicius Brito dos Santos^{1,*}
Daniel Friguglietti Brandespim^{II}

Introdução: A formação e qualificação dos recursos humanos em saúde afetam, diretamente, a qualidade dos serviços ofertados à coletividade. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de formação dos coordenadores de Vigilância em Saúde do interior de Pernambuco e identificar as principais fragilidades e potencialidades no cotidiano dos processos de trabalho. **Método:** A produção de informações ocorreu por meio de entrevista com auxílio de instrumento semiestruturado. **Resultados:** Os resultados revelaram uma variedade de fragilidades nos recursos humanos da Vigilância em Saúde na região, entre elas, a deficiência na formação acadêmica dos trabalhadores, condições de trabalho deficientes e ausência de recursos financeiros. Por outro lado, como ponto positivo, foi identificada uma grande oferta de ações de Educação Permanente em Saúde. **Conclusões:** Sugere-se aos gestores em saúde, a busca por alternativas que atendam à situação dos profissionais atualmente inseridos no sistema e minimizem os efeitos da formação deficiente, assim como a necessidade de discussões para revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, fomentando a formação de profissionais para a promoção em saúde, além de distribuição adequada e melhorias na alocação de recursos para a Vigilância em Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Vigilância Ambiental; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária

ABSTRACT

Introduction: The professional qualification of human resources in health affects directly the quality of the services offered to the community. **Objective:** This study aimed to characterize the formation of managers of health surveillance in the inland of Pernambuco State, Brazil and identify the main fragilities and potentialities in the daily processes of work. **Method:** The data was collected by interview using a semi structured questionnaire. **Results:** The results revealed a variety of problems in human resources in health surveillance in the region, like the absence or incompatible education level, poorly work conditions and precarious financial resources. On the other hand, some positive points, was identified a good offer in actions of permanent education in health. **Conclusions:** Should find alternatives that meet the situation of professionals into the system and minimize the effects of lack of training and inadequate training, as well as the necessity to discuss the review of the national curricular guidelines of health sciences courses, promoting educational institutions to train professionals for health surveillance, as well promote the better distribution of financial resources.

^I Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), Recife, PE, Brasil

*E-mail: cleber.vini@yahoo.com.br

Recebido: 21 ago 2017
Aprovado: 9 maio 2018

KEYWORDS: Health Professionals; Human Resources in Health; Environmental Surveillance; Epidemiological Surveillance; Health Surveillance



INTRODUÇÃO

A saúde, reconhecida e proclamada como direito fundamental da pessoa humana, é necessidade essencial de todos os indivíduos e coletividades¹. No Brasil, somente no final da década de 1980, com a constituição cidadã e as leis orgânicas da saúde, a saúde passou a configurar como um direito de todos e dever do estado^{2,3,4}.

A qualidade dos serviços de saúde é resultado de diversos fatores, sendo crescente o consenso entre os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as suas esferas, que a formação e qualificação dos recursos humanos afetam, diretamente, a qualidade dos serviços oferecidos à coletividade^{5,6}.

No Brasil, as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador possuem distintos graus de desenvolvimento e institucionalização. As duas primeiras foram originadas anteriormente à criação do SUS. Já a vigilância em saúde do trabalhador foi instituída pós Constituição de 1988, com o próprio SUS, e a vigilância ambiental é ainda a mais recente⁷.

Posteriormente, em 2003, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e, após 2006, os recursos financeiros que eram destinados às Vigilâncias passaram a compor o bloco financeiro “Vigilância em Saúde”⁸.

A Vigilância em Saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui abordagens individuais e coletivas dos problemas de saúde⁹.

O Pacto pela Saúde, criado em 2006 pelo MS com o objetivo de superar os entraves que se acumularam no SUS, ressalta em sua dimensão de Gestão, uma preocupação no tocante a educação na saúde¹⁰. Prioriza a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ao considerá-la como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores no setor. Porém, Matta e Morosini¹¹ afirmaram que a efetivação dessa política é um desafio e depende de uma estreita relação entre os atores envolvidos nesse processo, entre eles, o MS por formular a política nacional de desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde; as Instituições de Ensino Superior por oferecerem o espaço de formação teórica, no qual os estudantes adquirem os conhecimentos que vão ser aplicados nas instituições de saúde; as Secretarias Estaduais de Saúde, que têm um papel inarredável de constituir a Rede de Gestão e de Atenção em Saúde, e desta forma, identificar necessidades de formação, mobilizar a capacitação em serviço e a produção e disseminação de conhecimento ascendente; e, por fim, os municípios, por serem responsáveis, a partir da descentralização, por gerir a saúde da população por si próprios.

De acordo com Miranda, Carvalho e Cavalcante¹², a partir do gradual processo de implantação e descentralização intergovernamental do SUS, são requeridas novas competências e responsabilidades para a gestão governamental, como, por exemplo, a competência da gestão em organizar e utilizar os sistemas de

monitoramento e avaliação de informações propícias para subsidiar processos decisórios, de planejamento e de prospecção logística. Os autores ainda enfatizam a lacuna na produção de estudos e pesquisas direcionados a processos e práticas de monitoramento e avaliação orientados para a gestão governamental em saúde, particularmente no âmbito municipal.

Ações recentes de reorientação da formação profissional vêm sendo delineadas em instâncias loco-regionais do SUS, como os Colegiados de Gestão Regional, relacionando-se mais efetivamente ao processo de regionalização e descentralização da política nacional de saúde, contribuindo para uma melhoria na qualidade dos recursos humanos dos trabalhadores em saúde¹³, entretanto não há produção científica na área que caracterize o perfil dos profissionais vinculados à Vigilância em Saúde.

Peduzzi¹⁴ assinalou as lacunas científicas no campo da abordagem de recursos humanos no trabalho em saúde, visto que tal investigação é necessária para adensar e consolidar a abordagem do Trabalho e Educação na Saúde, além de enfatizar que tais abordagens são promissoras no sentido de proporcionar o conhecimento para o fortalecimento e consolidação das práticas de saúde no SUS.

Dessa forma, questionamos se os coordenadores de Vigilância em Saúde apresentam formação acadêmica e/ou qualificações necessárias para atender às exigências que lhes competem, além das principais dificuldades que afetam seus processos de trabalho, para que as informações possam incitar a discussão entre a comunidade acadêmica e gestores e gerar, conseqüentemente, em melhorias na oferta de serviços aos usuários do SUS, visto que não há relatos na literatura sobre o tema em questão, analisando os desafios dos processos de trabalho dos coordenadores de Vigilância em Saúde, tratando-se de um estudo inédito. Acredita-se, portanto, devido aos escassos dados de pesquisas anteriores, que os profissionais da Vigilância em Saúde possuem formação acadêmica deficitária, podendo isso afetar a qualidade do serviço prestado.

Esse estudo teve por objetivo caracterizar e analisar a formação acadêmica e qualificação profissional, bem como identificar as dificuldades encontradas pelos coordenadores de Vigilância em Saúde no interior de Pernambuco, Brasil.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa. A produção de informações ocorreu por meio de entrevista individual e aplicação de um instrumento semiestruturado, seguindo-se a metodologia proposta por Minayo¹⁵, que foi adaptada aos objetivos do estudo. A entrevista era composta por questões fechadas (ou estruturadas) e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo entrevistador. Buscou-se, além da descrição do caso individual, a compreensão das especificidades dos grupos e a garantia da comparabilidade das especificidades loco-regionais.



Os sujeitos de pesquisa foram os coordenadores da Vigilância em Saúde dos 21 municípios da região do Agreste Meridional do Estado de Pernambuco que compõem a V Gerência Regional de Saúde (V Geres) do Estado de Pernambuco, Brasil.

O questionário foi organizado em três blocos temáticos, com as seguintes variáveis: bloco I - Formação: questões relativas à formação profissional (escolaridade, curso de graduação e pós-graduação, participação em cursos de curta e média duração e ações de educação permanente em saúde); bloco II - Questões referentes ao serviço (tipo de vínculo trabalhista, tempo de vínculo, carga horária, atuação em mais de uma coordenação de vigilância, duplicidade de vínculos trabalhistas) e bloco III - Questões relacionadas às condições de trabalho (maiores problemas enfrentados e que afetam o desempenho do serviço).

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro de 2015 e abril de 2016, com contato inicial via telefone e e-mail para agendamento de visita. Caso não fossem localizados na primeira tentativa de contato, eram realizadas mais duas tentativas, antes de serem excluídos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em áudio, posteriormente transcritas e os áudios descartados.

Os dados obtidos foram digitados em um banco de dados no Excel, que foi posteriormente exportado para o *Statistical Package for Social Sciences for Windows Version 23*¹⁶ e submetidos à análise descritiva.

A pesquisa foi realizada com a anuência da Secretaria Estadual de Saúde, devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Universidade de Pernambuco, por meio do Parecer nº 48031315.4.0000.5207, e respeitando-se os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde., previamente à entrevista e ao preenchimento do questionário, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entrevistados e a situação distinta dos coordenadores de Vigilância em Saúde

No total, aceitaram participar do estudo 26 (26/28) coordenadores de Vigilância em Saúde de 14 (14/21) municípios, tendo alguns abdicado de participar devido à ocorrência constante de reuniões técnicas e cursos de capacitação relacionados à epidemia de chikungunya, dengue e zika que acometia Pernambuco no período da pesquisa.

Cabe ressaltar que, em 78,57% (11/14) dos municípios visitados, não havia um serviço estruturado de Vigilância em Saúde do Trabalhador, e nos municípios onde ela se faz presente, não havia um coordenador exclusivo para a gerência, ficando a vigilância do trabalhador sob a responsabilidade dos coordenadores das outras vigilâncias, em razão do processo inicial de funcionamento da Vigilância em Saúde do Trabalhador na região.

Formação profissional

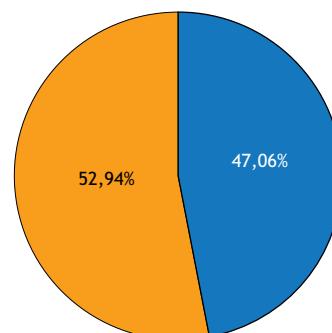
Em relação à formação acadêmica dos profissionais, observou-se que 61,54% (16/26) dos coordenadores possuíam ensino superior completo e, desses, 53,07% (9/16) realizaram algum curso de pós-graduação, na área de atuação (por exemplo: Saúde Coletiva, Saúde Pública e Epidemiologia), conforme Tabela 1. Os resultados desses dados estratificados por município estão exibidos na Figura. No que se refere à área de formação, 81,20% (13/16) são formados em cursos de ciências da saúde e 18,80% (3/16) são formados em cursos de outras áreas (por exemplo: Marketing, História e Pedagogia).

No que se refere à realização de cursos de curta e média duração e atividade de educação permanente, 96,10% (25/26) dos

Tabela 1. Caracterização da formação profissional dos coordenadores de Vigilância em Saúde da V Gerência Regional de Saúde (Geres), Pernambuco, 2016.

Variáveis	Nº	%
Escolaridade		
Ensino médio completo	8	30,77
Ensino superior incompleto	2	7,69
Ensino superior completo	16	61,54
Pós-graduação		
Saúde coletiva	3	17,76
Saúde pública	4	23,55
Epidemiologia	2	11,76
Não realizou	7	47,05
Cursos curta duração		
Sim	25	96,10
Não	1	3,90
Quando realizou o último		
< 1 ano	18	72,00
1-5 anos	7	28,00
Fomento para curso		
Próprio	3	12,00
Secretaria Municipal/Estadual	22	88,00

Fonte: Os autores.



■ Municípios com todos os coordenadores com ensino superior completo
■ Municípios com pelo menos um coordenador sem ensino superior

Fonte: Os autores.

Figura. Distribuição dos municípios em relação ao nível de formação dos coordenadores de Vigilância em Saúde, V Gerência Regional de Saúde (Geres), Pernambuco, 2016.



entrevistados relataram participar de cursos de capacitação, atualização, participar de congressos, entre outras atividades, sendo que a maioria (72,00%) desses relatou ter participado de pelo menos uma das atividades a menos de um ano, dos quais, em 88,00% dos casos, os cursos foram realizados ou financiados pelas Secretarias Municipal ou Estadual de Saúde (Tabela 1).

Estes dados refletem a execução de uma política local de educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão, como preconizado nas Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, em que a integração entre a Vigilância em Saúde 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 local⁹.

Observou-se que a formação acadêmica e/ou experiência profissional não foram pré-requisitos para a contratação e atuação dos coordenadores de Vigilância em Saúde em grande parte dos municípios, tendo em vista que a Portaria que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, não fazem referência à esta exigência relacionada a formação acadêmica e/ou experiência na área da saúde^{17,18} e também ainda não há uma política nacional clara e definida implantada no país para a formação dos profissionais que atuam na Vigilância em Saúde.

Portanto, atualmente, não há um consenso sobre os perfis curriculares exigidos para coordenadores de Vigilância em Saúde e uma definição pelo Ministério da Saúde de uma política nacional para os profissionais que atuam nos sistemas de vigilância, porém, de acordo com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH- SUS), o concurso público deve ser a única forma de ingresso de profissionais na carreira da saúde e no serviço público. Entretanto as Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde e a Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que define as diretrizes para execução e financiamento das ações em Vigilância em Saúde, deixam a cargo das prefeituras municipais a forma de contratação e uso do piso financeiro para contratação dos profissionais componentes da vigilância^{9,18}.

A flexibilidade jurídica reflete-se na contratação de profissionais por meio de cargos comissionados e indicações políticas, resultando na indicação de pessoas que não possuem a devida formação e preparação necessária para atuação em um cargo de coordenação de Vigilância em Saúde, seja esta ambiental, epidemiológica ou sanitária.

Os achados do nosso estudo também corroboram com o diagnóstico de recursos humanos realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no qual, além das profissões da área da saúde, existem trabalhadores com formações em diversas áreas do conhecimento, como, por exemplo, advogados, zootecnistas, pedagogos, engenheiros, físicos e geógrafos, entre outros, também em municípios como menos de 20.000 habitantes, como os

municípios visitados neste estudo, há um predomínio de trabalhadores de nível médio e apenas 50,3% dos profissionais com nível superior possuem algum tipo de especialização^{6,19}.

Vale ressaltar a importância dessa multi, inter e transdisciplinaridade das atividades e da formação das equipes de Vigilância em Saúde, que contribuem imensuravelmente para a produção teórica e técnica na área, com benefícios à saúde da população. Vide os exemplos do incidente com o Césio-137, em Goiânia-GO, e da hemodiálise, em Caruaru-PE, que revelou e elevaram aspectos antes não debatidos na construção das práticas da Vigilância em Saúde e, em particular, do sistema de vigilância sanitária como a inserção de diversas categorias profissionais²⁰.

Positivamente, destacam-se a disponibilidade e a rotina de encontros e cursos de média e curta duração oferecidos pelas esferas municipal e estadual, corroborando com as diretrizes da PNEPS, que objetiva a transformação das políticas institucionais, a melhoria na qualidade da atenção e da assistência em saúde e melhoria das relações nas e entre equipes de trabalho, e com as Diretrizes para a Gestão da Educação em Vigilância Sanitária e na Política de Educação Permanente do SUS. No entanto, tais políticas não têm como objetivo, substituir a formação a nível acadêmico e não devem se constituir como a única fonte de qualificação profissional dos gestores^{21,22,23,24}.

Situação de trabalho

No tocante ao vínculo profissional, apenas 30,80% dos coordenadores possuem vínculo há mais de 5 anos, sendo esses os únicos profissionais efetivos (Tabela 2). Sobre a jornada de trabalho, verificou-se que somente 7,70% deles têm vínculo inferior a 30 horas semanais, mas 38,45% coordenavam mais de uma vigilância e 11,54% atuavam em mais de um município (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização do vínculo profissional dos coordenadores de Vigilância em Saúde da V Gerência Regional de Saúde (Geres), Pernambuco, 2016.

Variáveis	Nº	%
Vínculo		
Contrato (temporário)	18	69,23
Efetivo (concurso)	8	30,77
Tempo de vínculo		
< 1 ano	6	23,08
1,5 ano	12	46,15
> 5 anos	8	30,77
Carga horária (horas/semana)		
15 h	2	7,70
30 h	9	34,61
40 h	15	57,69
Nº vigilâncias que coordena		
1	16	61,54
2	6	23,07
3	4	15,38
Duplicidade de vínculo (outros municípios)		
Sim	3	11,54
Não	23	88,46

Fonte: Os autores.



Resultados semelhantes aos verificados neste estudo já foram relatados no Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, no qual foi constatada a diversidade de vínculos e multiplicidade de escalas salariais entre municípios e estados, revelando a existência de servidores públicos estatutários, celetistas, terceirizados e servidores cedidos por outras instituições, trabalhando em jornadas de 20, 30 ou 40 horas semanais^{6, 19}.

Frequentemente se observam modalidades de vínculos que, além de precárias, se encontram fora dos limites legais, resultando em prejuízos na qualidade e continuidade da assistência oferecida, no comprometimento dos profissionais e integridade jurídica dos estados e municípios²⁵.

A estruturação dos Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no SUS, é a única saída para evitar a alta rotatividade, duplicidade de vínculo sobrecarga dos profissionais e, conseqüente insatisfação dos trabalhadores. Essa tem sido a principal causa de reivindicações de servidores, que ainda não foi alcançada graças a restrições fiscais e administrativas²⁶.

Além disso, mesmo com o evidente avanço da NOB/RH-SUS, recomenda-se a sua discussão e revisão. Apesar da sua importância como referencial de RH para o SUS, é evidente a impossibilidade de se estabelecer uma política única para todo o país, desconsiderando as diversidades loco-regionais existentes ao longo do país²⁷.

Principais dificuldades declaradas

A maior dificuldade citada pelos entrevistados foi o cumprimento de metas relativas a atividades de rotina, principalmente inspeções, devido, principalmente, à elevada demanda de tarefas. Foi dito que isso se deve principalmente à falta de veículos (92,30%) e oao baixo número de funcionários (80,77%).

O município é bom de trabalhar, as pessoas são prestativas e preocupadas, mas o que dificulta o serviço é a falta de carro, fica difícil visitar e dar assistência em áreas afastadas”;

Apesar da cidade ser pequena, as condições de trabalho são ruins, e mesmo com a boa vontade da gente, é complicado trabalhar, o número de funcionários é pequeno e com a falta de veículo fica impossível cobrir toda a cidade de forma igual”.

Nas diretrizes nacionais da Vigilância em Saúde, são definidos os destinos dos recursos do piso financeiro do componente da Vigilância em Saúde, por meio do qual parte dos recursos devem ser destinados para despesas de custeio, como material de consumo (e.g., por exemplo: peças e materiais para revisão e manutenção de veículos, equipamento de proteção individual e material de escritório) e para despesas de capital, como compra de veículos e outros equipamentos/materiais permanentes (e.g., por exemplo: computadores, fax, câmera fotográfica)⁹. O que, de acordo com os relatos, não vem sendo administrados de forma correta pelas Secretarias de Saúde, revelando falhas na gestão dos recursos destinados à Vigilância em Saúde.

Também foi relatado, por boa parte dos coordenadores (53,84%), um forte sentimento de desvalorização frente a outros trabalhadores da saúde, como os da atenção básica. A insatisfação salarial foi citada por todos os entrevistados, o que resultava, segundo eles, na procura de outros vínculos trabalhistas:

O salário é baixo para a quantidade de serviço e, para piorar, sou somente eu para as três vigilâncias, aí já viu, né? Trabalho por três e recebo por um!

Além da insatisfação salarial, os entrevistados também citaram como pontos negativos, a falta de respaldo político e, em certos casos, até interferência política, principalmente no que se refere a medidas punitivas e ao uso do poder de polícia:

Existe muita interferência política no município, vocês precisam ver como fica aqui em dias de feira de gado e de alimentos ou nas festas de São João...

Um novo modelo de gestão do SUS, de acordo com Campos et al.²⁸, deve diminuir a rotatividade, motivar os trabalhadores em suas atividades, evitar a duplicidade de vínculos e contratações inadequadas e melhorar o desempenho dos processos de gestão em todas as esferas⁷. Entretanto as dificuldades citadas, demonstram o quão distante esse modelo se encontra da realidade existente na área de estudo. Resultados semelhantes foram relatados em Santa Catarina, onde os profissionais citaram dificuldades e sugeriram melhorias no quadro de profissionais, materiais e recursos, além da valorização profissional, equiparação salarial, melhorias nas condições de trabalho e na estrutura física²⁹.

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo, que partem de um assunto altamente complexo, exigem ampla reflexão e discussão, de forma a encontrar alternativas que melhor atendam à situação dos profissionais atualmente inseridos no sistema e da população que usufrui do serviço. A escassez no quadro de profissionais e a precarização das relações de trabalho repercutem diretamente no processo de consolidação do SUS e na assistência. Mudanças na composição da força de trabalho, nos processos de regulação e formação profissional, nas formas de contratação e remuneração, consistem em desafios para a avaliação e o acompanhamento das políticas de recursos humanos na saúde, como, por exemplo, a discussão de tais pontos nas Conferências Estaduais de Vigilância de Saúde, que já foram realizadas e, futuramente na Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, que será realizada em meados de 2018, visto que tais pontos não estão claros e nem definidos nas atuais Diretrizes da Vigilância em Saúde, dificultando a execução das ações descentralizadas, em sua práxis, nos municípios.

Após a análise, acredita-se que os profissionais da Vigilância em Saúde possuem formação acadêmica deficitária, o que pode afetar a qualidade do serviço prestado. A formação e educação de profissionais de saúde devem ser tratadas como um processo permanente, que se iniciando-se durante a graduação e sendo mantida durante a carreira profissional, por meio



de parcerias entre os serviços de saúde, as instituições de ensino superior, a comunidade e outros setores da sociedade civil.

Por fim, para enfrentar esses desafios e procurar soluções para as questões levantadas, sugere-se a inserção de fóruns de discussão de recursos humanos na agenda dos gestores, reconhecimento e revisão da NOB/RH-SUS, assim como a discussão do PCCS,

avaliando-se as diferentes estruturas e realidades estaduais e municipais existentes, como já vêm sendo realizadas, respectivamente, por meio das conferências estaduais e municipais de Vigilância em Saúde, nos últimos meses do ano de 2017, para posterior discussão a nível nacional, na Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas - ONU. Universal declaration of human rights. [acesso 6 fev 2017]. Disponível em: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 1988[acesso 22 jan 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União. 20 set 1990a.
4. Brasil. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial União. 31 dez 1990b.
5. Nogueira RP. Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Política de recursos humanos em saúde: seminário internacional. Brasília, DF: OPAS; 2002. p. 31-44.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass. Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Conass; 2007a. (Coleção Progestores: Para entender a gestão do SUS, 1).
7. Mendes TKA, Oliveira SP, Delamarque EV, Seta MH. Reestruturação da gestão das vigilâncias em saúde em Alagoas: a precarização da formação e do trabalho. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(2):421-43. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00109>
8. Seta, MH. A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes nacionais de vigilância em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial União. 23 fev 2006.
11. Matta GC, Morosini MVG. Atenção Primária à Saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, orgs. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2006. p. 308.
12. Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGCS. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. *Cien Saúde Colet*. 2012;17(4):913-20. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400013>
13. Dias HS, Lima LD, Teixeira MA. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cien Saúde Colet*. 2013;18(6):1613-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>
14. Peduzzi, M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. *Cien Saúde Colet*. 2013;18(6):1535-43. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600005>
15. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2008.
16. IBM Corp. IBM SPSS for Macintosh [computer program]. Version 23.0. Armonk: IBM; 2015.
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH - SUS). Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2005c.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos aos Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial União. 10 jul 2013.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Censo Visa 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005b.
20. Costa EA. Vigilância sanitária: contribuições para o debate no processo de elaboração da Agenda de Prioridades de Pesquisa em Saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 127-55.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
22. Ministério da Saúde (DF). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial União. 22 ago 2007b.



24. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Diretrizes para a gestão da educação em vigilância sanitária na política de educação permanente do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2011.
25. Seixas PHD. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde In: Ministério da Saúde (BR). Política de recursos humanos em saúde: seminário internacional. Brasília, DF: Opas; 2002. p. 100-13.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação geral da política de recursos humanos. Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
27. Cherchiglia ML, Belisário SA. Pressupostos para a Formulação de Políticas de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde, organizadores. Política de Recursos Humanos em Saúde: seminário internacional. Brasília, DF: Opas; 2002. p. 31-44.
28. Campos GWS, Minayo MCDS, Akerman M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009.
29. Trindade LL, Ferraz L, Ferraboli SF, Rubini B, Saldanha CT, Bordignon M et al. A formação profissional na orientação da assistência aos grupos vulneráveis na atenção básica. Rev Enferm UFSM. 2015;5(2):368-78. <https://doi.org/10.5902/2179769213738>

Conflito de Interesse

Os autores informam não haver qualquer potencial conflito de interesse com pares e instituições, políticos ou financeiros deste estudo.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.
Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.