



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA ANIMAL TROPICAL

ANÁLISE DO PERFIL DE FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E INTEGRAÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DA VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DOS MUNICÍPIOS DA I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO (I GERES-PE)

WÊSLEY NATAM MARTINS ALMEIDA

RECIFE

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA ANIMAL TROPICAL

**ANÁLISE DO PERFIL DE FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E INTEGRAÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DA VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DOS MUNICÍPIOS DA I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO (I GERES-PE)**

WÊSLLEY NATAM MARTINS ALMEIDA

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal Tropical, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência Animal Tropical.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim

RECIFE

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal Rural de Pernambuco
Sistema Integrado de Bibliotecas
Gerada automaticamente, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A447a Almeida, Wésley Natam Martins
Análise do perfil de formação, qualificação e integração dos profissionais de vigilância e atenção primária em saúde dos municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES-PE) / Wésley Natam Martins Almeida. - 2020.
111 f. : il.
- Orientador: Daniel Friguglietti .
Inclui referências, apêndice(s) e anexo(s).
- Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal Tropical, Recife, 2020.
1. Vigilância em Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Qualificação profissional. 4. Educação continuada. I. , Daniel Friguglietti, orient. II. Título

CDD 636.089

**ANÁLISE DO PERFIL DE FORMAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E INTEGRAÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DA VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
DOS MUNICÍPIOS DA I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE
PERNAMBUCO (I GERES-PE)**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal Tropical, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência Animal Tropical.

Dissertação elaborada por:

WÊSLEY NATAM MARTINS ALMEIDA

Aprovada em 28 de Agosto de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Daniel Frigugletti Brandespim

Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE

ORIENTADOR

Prof. Dr. José Wilton Pinheiro Junior

Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE

MEMBRO TITULAR

Prof^a. Dr^a. Albanita Gomes da Costa de Ceballos

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

MEMBRO TITULAR

À todos que lutam pela saúde pública.
À minha família.
DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À minha família amada, Mamãe, papai, Wêdja e Dobby, obrigado por me incentivar, me ensinar a ser crítico, justo, honesto e lutar pelos meus sonhos. Obrigado por todo amor de sempre!

Ao meu orientador e amigo, Daniel Brandespim, que é um exemplo para mim como pessoa e como professor. Obrigado por sempre me apoiar, acreditar na minha capacidade, me incentivar, me ajudar e por lutar junto comigo por um SUS mais equânime, universal e integral; você é igual canção de Tom e Elis, maravilhoso!

A Lucas Ribeiro, por toda garra e contribuição na coleta dos dados.

À Viviane Pina e a todos os profissionais da I GERES, que nos receberam e tornaram possíveis que o projeto pudesse tomar forma, sair do papel e tornar-se tudo isso, obrigado por acreditarem na ideia e por terem agido como intermediários junto aos municípios.

A cada profissional de saúde que doou seu tempo para a realização desta pesquisa, muito obrigado. Eu espero muito que a vida possa retribuir a vocês todo esforço e energia que vocês colocam diariamente na saúde pública, mesmo com tantas limitações e desgaste, mesmo com essa conjuntura política triste na qual nos encontramos; muito obrigado por deixarem minha pesquisa tão especial!

Aos professores do PPGCAT que me fizeram repensar inúmeras vezes sobre a didática de um programa de pós-graduação e as dificuldades que o ensino superior ainda enfrenta no Brasil.

Agradeço a todas as gracinhas que o PPGCAT me proporcionou conhecer, principalmente Hugo, Larissa, Sofi, Wagner, Kassia, Dani e Winny. Vocês trouxeram algo de muito bom, uma vibe maravilhosa na minha vida que talvez vocês nem saibam. Com certeza as idas às aulas eram melhores por saber que encontraria com vocês. Meus PGLBisCATinhas!!!

Agradeço as professoras Joselice e Paulette pela oportunidade de cursar a disciplina de Didática do Ensino Superior na Fiocruz-PE. Com certeza eu levarei cada livro, cada reflexão e cada crítica para cada aula que um dia eu possa ministrar.

À minhas companheiras do Nasf-AB Camaragibe, Ana Perez, Dayane, Tamires, Regina, Giselly, Mirela, Amanda e Larissa, por tudo que vivemos durante esse tempo, escutando minhas lamúrias, entendendo meus estresses, me fazendo refletir e me resignificar em cada conversa; amo vocês!

Aos meus amigos que estão sempre do meu lado me dando forças, seja nas risadas, nas noitadas, nos conselhos, nos cuidados e nas angústias durante a escrita dessa dissertação. De uma coisa eu tenho certeza: vocês não aguentam mais tantas lamúrias! Hahaha... Obrigado, amo vocês: Gesika, Fred, Pedro, Cleylton Jadson, Marcos, Fábio, Aurinha, Camila e Mateus.

Por fim, e não por ser fim, mas por saber que a nova jornada já começou, agradeço a Deus, por me manter firme mesmo com todas as rasteiras da vida, por sempre me proporcionar momentos singulares e por todo o saber que me permite construir. Que eu possa continuar a caminhar e, com isso, absorver e levar o melhor, para continuar o fim dos ciclos e a chegada dos recomeços.

“A educação faz sentido porque as mulheres e homens aprendem que através da aprendizagem podem fazerem-se e refazerem-se, porque mulheres e homens são capazes de assumirem a responsabilidade sobre si mesmos como seres capazes de conhecerem.”

(Paulo Freire)

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO	15
ABSTRACT	16
1. INTRODUÇÃO	17
2. REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1. Avanços e desafios para a consolidação de um SUS integrado	19
2.2. A regionalização, a Vigilância e a Atenção Primária em Saúde como fortalecedoras na rede de Atenção à Saúde	23
2.2.1. Vigilância em Saúde no Brasil: processo histórico e organizacional	25
2.2.2. Atenção Primária em Saúde no Brasil: processo histórico e organizacional	29
2.2.3. Desafios da integração Vigilância e Atenção Primária em Saúde	33
2.3. Qualificação dos profissionais de saúde para o fortalecimento da integração entre Vigilância e Atenção Primária em Saúde	35
2.3.1. Profissional para a saúde: os movimentos de mudança na formação e no trabalho em saúde	35
2.3.2. Construção das equipes de saúde: políticas de contratação e planos de cargos, carreiras e salários	38
3. OBJETIVOS	40
3.1. Objetivo geral	40
3.2. Objetivos específicos	40
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
5. CAPÍTULO I: ARTIGO I	57
Formação e qualificação de profissionais de saúde de municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco	57
6. CAPÍTULO II: ARTIGO II	81
Práticas de qualificação e integração entre profissionais de saúde no Estado de Pernambuco	81
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
8. APÊNDICES.....	102
9. ANEXOS	108

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
REVISÃO DE LITERATURA	
Figura 1. Dimensões do modelo de colaboração tetradimensional	22
Figura 2: Mapa das Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco (GERES-PE)	24
CAPÍTULO I	
Figura 1. Características de vínculo trabalhista dos profissionais de saúde das áreas de Vigilância em Saúde e Nasf-AB dos municípios de Recife, de outros municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR), e de outros municípios da I GERES-PE, 2020	63
Figura 2. Características de vínculo dos profissionais de saúde com o trabalho, por área, de municípios da I GERES-PE, 2020	63
CAPÍTULO II	
Figura 1. Dimensões teóricas usadas para análise da qualificação dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB e categorias empíricas identificadas a partir da fala dos participantes	86
Figura 2. Gráfico de Kiviat demonstrando os níveis de colaboração interprofissional dos profissionais de saúde da vigilância em Saúde e Nasf-AB de municípios da I GERES-PE, 2020	87

LISTA DE TABELAS

	Pág.
REVISÃO DE LITERATURA	
Tabela 1. Dimensões e indicadores do modelo de colaboração tetra dimensional	23
CAPÍTULO I	
Tabela 1. Número e Percentual de profissionais de saúde por município e área de atuação, na I GERES-PE, 2020	62
Tabela 2. Características de trabalho dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020	64
Tabela 3. Características de graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020	65
Tabela 4. Características das formas de pesquisa realizadas por profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020	66
Tabela 5. Características de qualificação dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020	69
Tabela 6. Sugestão dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, à I GERES-PE para melhoria na qualidade da formação para atuação no trabalho, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020	70
Tabela 7. Frequência absoluta (FA) e frequência relativa (FR) de formação e qualificação profissional e análise de sua associação com a realização de pós-graduação Lato sensu e Stricto sensu, entre profissionais da Vigilância em Saúde e Nasf-AB de municípios da Vigilância em Saúde e Nasf-AB de municípios da I GERES-PE, 2020	70
Tabela 8. Frequência absoluta (FA) e frequência relativa (FR) de formação e qualificação profissional e análise de sua associação com a realização de repasse da coordenação e atividades integradas, entre profissionais da Vigilância em Saúde e Nasf-AB de municípios da I GERES-PE, 2020	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
Art.	Artigo
AC	Análise de Conteúdo
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASACE	Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CE	Ceará
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIVS	Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSA	Conferência Nacional de Saúde Ambiental
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DENERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DS	Distrito Sanitário
eAB	equipe de Atenção Básica
eACS	equipe de Agentes Comunitários de Saúde
EaD	Educação a Distância
EC	Educação Continuada
eNasf	equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSB	equipe de Saúde Bucal
eSF	equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Emergência em Saúde Pública
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FA	Frequência Absoluta
FR	Frequência Relativa
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública

Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GERES-PE	Gerência Regional de Saúde de Pernambuco
GM	Gabinete Ministerial
GTVS	Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde
HAM	Hospital Aggeu Magalhães
IN	Instrução Normativa
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
N	Número
NAISF	Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAREPS	Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PCCS	Planos de Cargos, Carreiras e Salários
PE	Pernambuco
PEPS-PE	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco
Pet-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Pits	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PPI-ECD	Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
Projeto-UNI	Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Renast	Rede Nacional de Atenção integral à Saúde do Trabalhador
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RMR	Região Metropolitana do Recife
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Sinvas	Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SP	São Paulo
SUCAM	Superintendência de Campanhas
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Vigisus	Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Visat	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VS	Vigilância em Saúde
UFRPE	Universidade Federal Rural de Pernambuco

RESUMO

Este estudo objetivou analisar o perfil de formação, qualificação e as ações de integração dos profissionais de saúde que atuam na Vigilância em Saúde (VS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) de municípios que compõem a I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES-PE), no período de junho de 2019 a junho de 2020. Pesquisa de caráter quali-quantitativo, por meio da utilização de questionário com variáveis que incluíam informações sobre características étnicas, formação, qualificação e integração entre os respectivos profissionais. Para análise qualitativa, foram utilizados cálculos estatísticos; a análise qualitativa foi realizada pelo método de Análise de Conteúdo (AC) do tipo temático-estrutural, a partir da abordagem teórica que Castro (1993) adota para explicar as dimensões da qualificação, e de um recorte do modelo de colaboração interprofissional adotados por D'Amour et al. (2008) e classificação quanto ao nível de colaboração existente, sendo os seguintes níveis: colaboração ativa (3), colaboração em desenvolvimento (2) e colaboração potencial ou latente (1). Estudo de caráter voluntário, onde participaram 349 profissionais de saúde de 14 municípios da I GERES-PE que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Observou-se que 59,60% (208/349) dos participantes da pesquisa se consideram como de cor preta e parda e 75,64% (264/349) são do sexo feminino. 82,72% (292/353) dos profissionais possuem graduação na área de Ciências Biológicas e da Saúde e 55,30% (193/349) realizaram curso de especialização *Lato sensu*; além disso, 71,35% (249/349) relataram a necessidade de educação permanente/continuada, 18,18% (40/220) solicitaram temas na área de Políticas de organização do SUS e 16,82% (37/220) Políticas gerais de organização da atenção à saúde. Através das dimensões e indicadores de colaboração interprofissional, observou-se que estes profissionais estão no nível 2 de colaboração, o que significa “em desenvolvimento”, demonstrando que as mudanças estão ocorrendo e que é necessário fortalecimento no conhecimento dos objetivos, ferramentas de comunicação e os mecanismos de liderança constituindo-se em ações contínuas e acessíveis para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Qualificação Profissional; Educação Continuada.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the profile of training, qualification and the integration actions of health professionals who work in Health Surveillance (VS) and Extended Nucleus of Family Health and Primary Care (Nasf-AB) of municipalities that make up the I Management Regional Health Department of Pernambuco (GERES-PE), from June 2019 to June 2020. Qualitative and quantitative research, using a questionnaire with variables that included information on ethnic characteristics, training, qualification and integration between respective professionals. For qualitative analysis, statistical calculations were used; the qualitative analysis was carried out by the method of Content Analysis (CA) of the thematic-structural type, based on the theoretical approach that Castro (1993) takes to explain the dimensions of the qualification, and from a section of the interprofessional collaboration model adopted by D 'Amour et al. (2008) and classification as to the level of existing collaboration, with the following levels: active collaboration (3), collaboration in development (2) and potential or latent collaboration (1). A voluntary study, involving 349 health professionals from 14 municipalities of I GERES-PE who met the established inclusion criterious. It was observed that 59.60% (208/349) of the survey participants consider themselves to be black and brown and 75.64% (264/349) are female. 82.72% (292/353) of the professionals have degrees in the area of Biological and Health Sciences and 55.30% (193/349) took a Lato sensu specialization course; in addition, 71.35% (249/349) reported the need for permanent / continuing education, 18.18% (40/220) requested topics in the area of SUS organization policies and 16.82% (37/220) General health care organization policies. Through the dimensions and indicators of interprofessional collaboration, it was observed that these professionals are at level 2 of collaboration, which means "under development", demonstrating that changes are taking place and that it is necessary to strengthen the knowledge of objectives, communication tools and the leadership mechanisms constituting continuous and accessible actions for health professionals.

Keywords: Health Surveillance; Primary Health Care; Professional Qualification; Continuing Education.

1. INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil, a partir da criação de um sistema universal, o Sistema Único de Saúde (SUS), sofreu fortes mudanças nas décadas de 1980 e 1990. Desde então vem sendo pensadas estratégias no intuito de realizar sua consolidação, amparado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de 1990^{1, 2, 3, 4}.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS, que diz respeito direto à forma de organização dos serviços, com o envolvimento dos saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando construir a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de efetivar o cuidado. Nesse sentido, a integralidade busca a não fragmentação da atenção à saúde, a interação entre os saberes técnicos e práticos dos diversos sujeitos e articulação de equipes multiprofissionais^{5, 6}.

O modelo hegemônico traz a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos. No intuito de substituir as práticas desse conceito hegemônico de saúde, o Ministério da Saúde adotou medidas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), de maneira a possibilitar que o acesso ao serviço aconteça de forma universal e a garantia de uma atenção integral e integrada ao longo do tempo⁷.

A APS, ou Atenção Básica (AB), é definida como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem, além dos cuidados preventivos e de promoção da saúde, o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde, entre outras, a partir de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária⁸.

Ainda, na perspectiva de organização e consolidação do sistema, foi criado em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), hoje denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), com o objetivo de aumentar o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade e integralidade do serviço^{7, 9}.

A vigilância em saúde abrange as ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas, constituída pela vigilância e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; vigilância da

situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária e tem por objetivo a observação e análise permanente da situação e dos eventos relacionados à saúde, articulando-se em um conjunto de ações para a proteção e promoção da saúde, destinadas a controlar determinantes e condicionantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção¹⁰.

Segundo a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), devem ser garantidos os processos de trabalho integrados entre a Vigilância e Atenção à Saúde, considerando o planejamento, a análise de situação de saúde e a avaliação dos riscos e vulnerabilidades do território¹⁰.

Nessa trajetória, a educação na saúde para a formação e qualificação dos profissionais de saúde vem sofrendo atualizações ao longo dos tempos, com o objetivo de adequar o ensino para práticas de assistência mais pertinentes à realidade da sociedade e epidemiologia da população, na perspectiva da APS de qualidade¹¹.

Siqueira¹² (2001) e Costa e Souto¹³ (2001) demonstraram as limitações da formação na área da vigilância, destacando a importância de um processo contínuo e sistemático para a melhoria do conhecimento técnico e eficácia das ações de saúde.

Tendo em vista esse contexto e considerando a escassez de dados sobre a formação, qualificação e integração dos trabalhadores da Vigilância em Saúde e Nasf-AB dos municípios da I GERES-PE, torna-se necessário o estudo de tais informações no intuito de incentivar e fortalecer o planejamento e a integralidade das ações nos serviços de saúde ofertadas e realizadas por estes profissionais, e ainda contribuir com os gestores de saúde, além da instância de controle social e trabalhadores, na implementação de ações, com ênfase na educação permanente, que objetivem melhorar a qualidade e a resolubilidade tanto na AB, como na Vigilância em Saúde nos municípios da I GERES-PE.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Avanços e desafios para a consolidação de um SUS integrado

O estudo da natureza, da sociedade e das organizações, que tem como base para seu entendimento a ciência mecanicista ou cartesiana torna-se importante por caracterizar uma realidade objetiva e governada pelas leis da física e das matemáticas exatas¹⁴.

Segundo Morin¹⁵ (2011), o pensamento mecanicista ou cartesiano tinha o objetivo de desvelar a simplicidade na multiplicidade e na desordem dos fenômenos, provocando um novo olhar em relação às ciências, separando-as em disciplinas cada vez mais especializadas e fechadas em si mesmas. Desta forma, houve as disjunções do ser humano, com seu estudo biológico preso ao departamento de Biologia; as subjetividades e os anseios poéticos nos setores da Literatura; outras dimensões do ser em seu aspecto religioso, econômico, social, psíquico realocados em divisões nas Ciências Humanas¹⁶.

A lógica cartesiana provocou ruptura das comunicações entre o conhecimento científico e as reflexões filosóficas e como consequência, as aptidões naturais de contextualização e integração dos saberes foram perdidas^{15, 16}.

Minayo e Torres¹⁴ (2013) relataram que o modelo mecanicista entrou em crise nos primeiros anos do século XX, mesmo com todo o desenvolvimento tecnológico que ele proporcionava. Observando as limitações da ciência mecanicista, constatou-se que sua utilização seria melhor aproveitada para analisar fenômenos isolados àqueles em que há interação de um número grande de elementos ou processos e envolvem noções como totalidade e organização¹⁷.

Ante a ciência mecanicista ou cartesiana, nascem as Teorias dos Sistemas e da Complexidade, que propõem o rompimento das barreiras entre as disciplinas e a não fragmentação das ciências^{17, 18}. O paradigma complexo e o pensamento sistêmico foram importantes propostas de formação do conhecimento para a discussão do processo saúde-doença e a integração das disciplinas como fator que pode interferir nesse processo.

A partir destas teorias, surgem termos como interdisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade. Araújo¹⁹ (2014) define interdisciplinaridade como o ‘fazer dialogar’, relacionando as contribuições das

diferentes áreas de conhecimento, a partir de uma ressignificação de conceitos na Ciência da Informação; a multiprofissionalidade é definida como a justaposição das disciplinas, em que existe uma temática em comum; e a transdisciplinaridade é caracterizada pela relação de saberes, produção de conhecimento, formação e práticas que são realizadas entre áreas denominadas “diferentes colégios”²⁰.

A Reforma Sanitária brasileira foi um movimento criado e incentivado pela sociedade civil, que tomou força nas décadas de 70 e 80, com o objetivo de construir um sistema de saúde integral, universal e equânime como direito do cidadão e dever do Estado. Com este movimento, a grande vitória política ocorreu na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, quando a instância de participação, com participação massiva da presença popular, conseguiu a deliberação de propostas importantes que seriam incluídas na Constituição Federal de 1988 e na regulamentação da lei do Sistema único de Saúde (SUS)^{1, 2, 21, 22}.

O SUS constitui então, uma das maiores políticas de inclusão social do Brasil, visto que a organização dos serviços de saúde antes do SUS se dava a partir da separação da população em duas categorias: àquelas que portavam a carteira do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que dava acesso a uma assistência de forma curativa; e àquelas que tinham a oferta de serviços de saúde de forma inadequada por atendimento público, ou filantrópico ou serviços privados²².

Com a Lei Orgânica da Saúde, e partir das Normas Operacionais Básicas (NOB) e dos programas de efetivação do SUS, o Ministério da Saúde impulsionou o sistema de saúde, principalmente no que diz respeito a universalização do acesso, através da descentralização das ações e programas, bem como há conquistas quanto a participação social. Porém são menos evidenciados os avanços relacionados a equidade do cuidado e a integralidade da atenção²³.

A estruturação do SUS através de políticas públicas saudáveis são estratégias com o intuito de promover saúde, criar ambientes saudáveis, reorganizar os serviços de saúde e fortalecer as ações comunitárias e a corresponsabilidade do usuário²⁴. Neste sentido, as políticas de Vigilância em Saúde (VS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) surgem como norteadoras para a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS.

Kalichman e Ayres²⁵ (2016) destacam a integralidade como um dos princípios do SUS mais desafiador para sua concretização, provavelmente pela complexidade em sua construção conceitual e operacionalização.

A integralidade é assumida a partir das políticas públicas, desenhadas especificamente para o aprimoramento dos serviços de saúde, reestruturação das políticas existentes, ações e serviços, a partir de questões que envolvam determinados grupos populacionais²⁶.

Alves²⁷ (2017) e Silva et al.²⁸ (2018) descrevem a integralidade como o resultado da interação democrática entre os profissionais responsáveis pela oferta de cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção e diferentes práticas terapêuticas, enxergando os usuários do SUS em todas as suas dimensões, a partir de uma compreensão biopsicossocial e também espiritual, para além da doença.

As ações de educação em saúde, com o objetivo de promover reflexões capazes de provocar mudança de hábitos é um dos destaques para a concretização da integralidade. Para a sua sustentação é necessário estabelecer ações intersetoriais e interdisciplinares de assistência, prevenção e promoção da saúde, necessitando de um trabalho em equipe transdisciplinar, levando em consideração os saberes formais e não-formais. Deste modo, é necessário investir na formação do profissional de saúde com a visão de exercer o princípio da integralidade²⁷.

Mattos²⁹ (2009) divide a integralidade em três conjuntos de sentidos, que resumiria os conceitos acima descritos: abrangência de serviços e das práticas de saúde, organização das práticas de saúde e as práticas profissionais de saúde.

Vários autores relatam desafios para a prática da integralidade: distanciamento entre o que é formulado e o que é efetivamente realizado quanto as propostas ou políticas formuladas; resistência quanto as práticas profissionais e institucionais em conjunto com poderes e ideologias sólidas e inflexíveis; centralização ou verticalização de propostas e políticas; fragmentação da gestão do cuidado; formação de trabalhadores e conseqüente prática fragmentada; enfoque curativista do modelo hegemônico^{25, 30, 31, 32, 33}.

Considerando os conceitos de integralidade e os desafios para sua prática, principalmente na APS e na VS, a colaboração interprofissional é apresentada como uma estratégia para ampliar a efetividade e resolutividade dos serviços³⁴.

D'Amour et al.³⁵ (2008) elaboraram um modelo de colaboração tetra dimensional, tendo como marco teórico a Teoria da Ação Coletiva, relacionada a Sociologia Organizacional e à Análise Estratégica, considerando a integralidade como uma modalidade de organização de serviços que requer o desenvolvimento de práticas baseadas na colaboração. Este modelo de colaboração foi desenvolvido a partir de um

estudo sobre colaboração interprofissional em um sistema de APS e permite ser utilizado para estimular o desenvolvimento da colaboração interprofissional e interorganizacional, bem como serve para analisar as modalidades de colaboração entre os agentes em diferentes níveis do sistema. O modelo se estrutura em quatro dimensões, com indicadores para cada uma delas e as setas, que indicam a interdependência entre as dimensões e como estas influenciam entre si (Figura 1)³⁵.

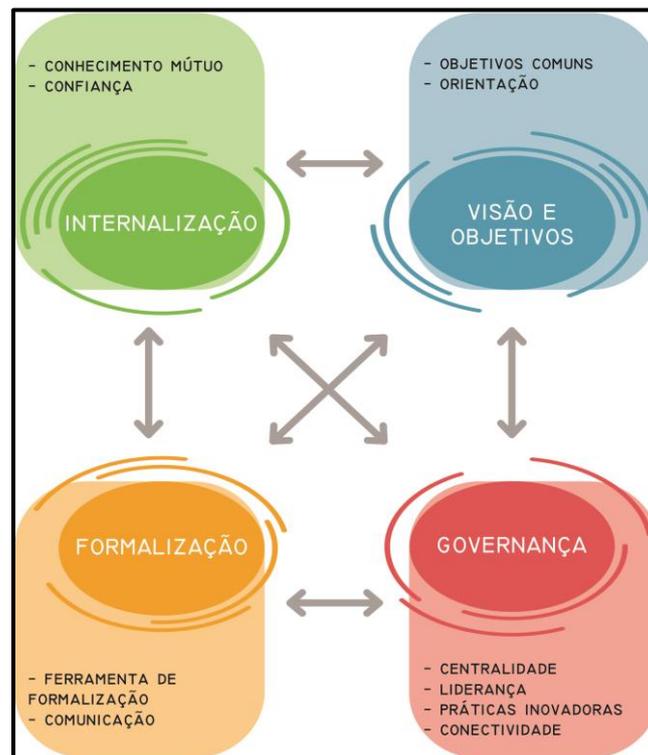


Figura 1. Dimensões do modelo de colaboração tetra dimensional.

Fonte: Adaptado de D'Amour et al.³⁵ (2008).

As dimensões Internalização e Visão e objetivos compartilhados envolvem relações entre indivíduos. A primeira, diz respeito à consciência sobre a importância do trabalho do outro e da interdependência entre os membros da equipe, levando em consideração importantes sentimentos, o de pertencimento e o de confiança. A segunda refere-se à existência de objetivos comuns e a sua apropriação pelas equipes, quando estes reconhecem as motivações e múltiplos interesses e as expectativas existentes através da colaboração. As dimensões Formalização e Governança envolvem as relações do ambiente organizacional. A Formalização tem o papel de esclarecer as expectativas, definir as responsabilidades e valorizar os mecanismos definidos pelos profissionais para estabelecer comunicação. Já a Governança é a dimensão que

considera o direcionamento e o apoio aos profissionais para implementar inovações que proporcionem as práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais. Os indicadores de cada dimensão foram descritos na Tabela 1³⁵.

Tabela 1. Dimensões e Indicadores do modelo de colaboração tetra dimensional.

Dimensão	Indicador	Descrição
Internalização	Conhecimento mútuo	Prática do conhecimento pessoal e profissional entre os envolvidos.
	Confiança	Relaciona a segurança nas competências e habilidades dos demais para assumir responsabilidades.
Visão e objetivos	Objetivos comuns	Identificar, se apropriar e compartilhar os objetivos comuns.
	Orientação	Refere-se à existência e o reconhecimento de motivos divergentes com foco na valorização e na priorização dos interesses dos usuários tanto na prática do trabalho quanto na relação entre os profissionais
Formalização	Ferramentas de formalização	Direcionada a partir de pactuação de fluxos e responsabilidades nas atribuições de cada profissional.
	Comunicação	Construção e utilização dos mecanismos adequados para a troca de informação entre profissionais.
Governança	Centralidade	Relacionada com o direcionamento e realizado pelos gestores para a criação e implementação dos processos colaborativos.
	Liderança	Responsável por proporcionar uma gestão coletiva, garantindo que as opiniões dos membros da equipe sejam ouvidas como fator de participação na tomada de decisão sobre o processo de trabalho.
	Práticas inovadoras	Realizada através do apoio institucional à promoção de novas práticas clínicas e sanitárias, seja na formação, nas condições estruturais ou de trabalho.
	Conectividade	Relacionado a proporcionar espaços de encontros para que os profissionais realizem discussões e construção de vínculos.

Fonte: Adaptado de D'Amour et al.³⁵ (2008).

2.2. A regionalização, a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária em Saúde como fortalecedoras na Rede de Atenção a Saúde

A NOB 01/1991 foi criada no intuito de instruir os entes federativos na implementação e funcionamento do SUS, fomentando a descentralização das responsabilidades³⁶. A partir deste caminho, foram aprovadas a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas)³⁷ 01/2001 e a Instrução Normativa nº 02/2001³⁸, com o objetivo de tornar a regionalização a estratégia para o funcionamento da saúde, culminando com o Decreto nº 7.508/2011³⁹ que cria as regiões de saúde em todo o Brasil, tornando o SUS hierarquizado e regionalizado, com o planejamento de saúde realizado de forma integrada entre diversos entes, e estabelecendo as Comissões

Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Tripartite (CIT). Em Pernambuco, através do Decreto 36.622/2011 institui-se a competência das Gerências Regionais de Saúde (GERES) do Estado, sendo este dividido em 4 macrorregiões e 12 GERES⁴⁰ (Figura 2).

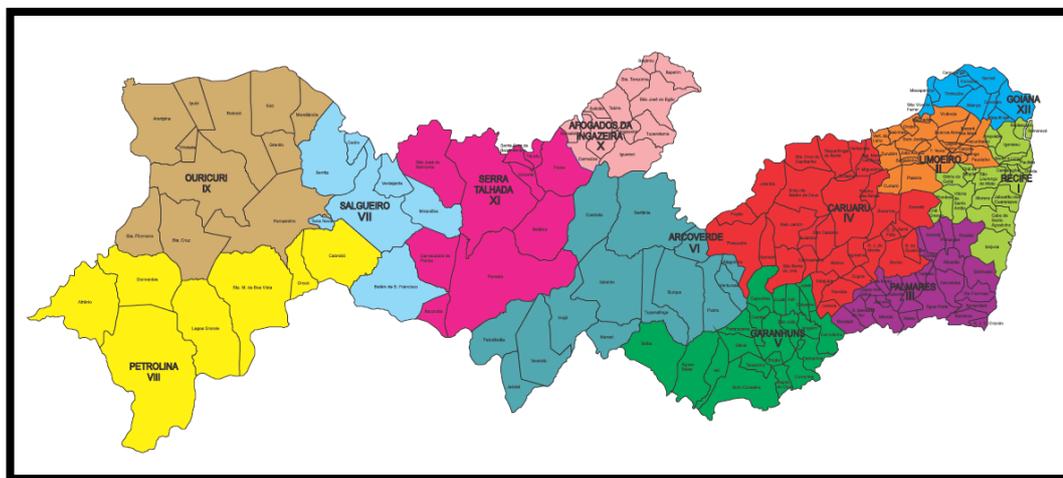


Figura 2: Mapa das Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco (GERES-PE).
Fonte: <http://segtes-pe.blogspot.com/>

No SUS, há uma hierarquização da atenção através de níveis crescentes de especificidades e complexidade. Esses níveis são classificados de acordo com a densidade tecnológica, que varia do nível de menor densidade (APS), ao de densidade intermediária (Atenção Secundária ou média) até o maior grau de densidade tecnológica (Atenção Terciária ou alta complexidade)⁴¹.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 4.279/2010 estabelecendo a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo esta ferramenta responsável por organizar as ações e serviços de saúde de acordo com a densidade tecnológica, objetivando a construção de um sistema integrado a partir de apoio técnico e de gestão⁴². Segundo Battesini et al.⁴³ (2018) a RAS possui uma estrutura que favorece a possibilidade de ampliação de acesso a população aos serviços de saúde próximos as suas residências, fortalecendo a integralidade.

Tanto a APS quanto a VS fazem parte da organização da RAS. A APS é a principal porta de entrada do SUS, atuando como coordenadora do cuidado, através de relações horizontalizadas com os demais serviços, com canais permanentes de comunicação e garantido a continuidade do cuidado dos usuários⁸. A inserção da VS na RAS foi reforçada a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 588/2018, que trata da PNV¹⁰, considerando um setor de importância na construção de

linhas de cuidado para a rede, com ações que visem identificar riscos e propor medidas para promoção e proteção à saúde, contribuindo também para a integralidade dos serviços.

2.2.1. Vigilância em Saúde no Brasil: processo histórico e organizacional

Por séculos, a expectativa média de vida era de 30 anos, causadas principalmente por doenças transmissíveis e desnutrição. Algumas tecnologias influenciaram no desenvolvimento das práticas na saúde pública quando, entre os séculos XIX e XX, os estudiosos passaram a compreender a etiologia das doenças, o desenvolvimento científico e tecnológico que ajudaram na detecção de agentes, avaliação dos ciclos epidemiológicos, prevenção e controle de doenças através de vacinas e controle vetorial⁴⁴.

No Brasil, a discussão para organização institucional da vigilância teve maior movimento a partir de 1941, com a realização da I Conferência Nacional de Saúde⁴⁵, que teve o objetivo de realizar um diagnóstico quanto a situação de saúde no Brasil, no intuito de buscar organizar os serviços estaduais de saúde.

Em 1975 foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), listando uma pequena quantidade de doenças de notificação compulsória. A partir da implementação do SNVE, parte das atribuições voltadas para o controle de doenças transmissíveis (Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU, Campanhas Contra Varíola, Tuberculose, Lepra, entre outras), que eram de responsabilidade do Governo Federal, passou para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), desenvolvendo atividades a partir de campanhas sanitárias, segundo a lógica de programas verticais. As doenças denominadas endemias (esquistossomose, tracoma, doença de Chagas, malária, etc.) ficaram sob responsabilidade da Superintendência de Campanhas (SUCAM), de administração direta do Ministério da Saúde, mas seguindo a mesma lógica de programa verticalizado^{46, 47}.

O artigo 200 da Constituição Federal de 1988¹, incorporado na Lei 8.080 de 1990², foi crucial para a transformação do modelo vertical da vigilância, visto que após a promulgação da Lei 8.080 de 1990, as ações das vigilâncias sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador foram incluídas no campo de atuação do SUS, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), em 1991, que constituiu-se na junção da

SUCAM e da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), objetivando assim descentralizar suas ações e serviços de saúde.

O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), também vinculado a Funasa, foi uma importante estratégia para o campo da vigilância epidemiológica no controle das doenças e agravos inusitados, estabelecendo o trabalho em conjunto para o fortalecimento de um sistema em rede integrado e transversal⁴⁸.

A primeira Comissão interinstitucional de epidemiologia foi instituída em 1994 e dela teve origem o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS), responsável por assessorar a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para construir pactos que viabilizassem a descentralização das ações de prevenção e controle das doenças desenvolvidas no país⁴⁹.

A década de 90 foi marcada por muitas dificuldades em consequência das transferências de recursos para as ações de epidemiologia, que eram financiados pela pactuação entre Funasa, Secretarias Estaduais e Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de forma burocrática, que muitas vezes prejudicava a continuidade das ações e atividades; além disso, havia atrasos na organização e transferência da responsabilidade da Funasa à SES e SMS^{50, 51}.

Buscando fortalecer os sistemas municipais de vigilância epidemiológica, foi instituída a NOB-SUS 96, estabelecendo autonomia técnico-gerencial para que pudessem enfatizar as ações e atividades a partir dos problemas de saúde em sua área de abrangência⁵².

A Cenepi em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) tiveram um papel essencial na negociação para a descentralização das ações de epidemiologia, resultando na Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 1.399 de 1999, que regulamentou as competências de cada ente da federação, União, Estados e Municípios e a sistemática de financiamento fundo-a-fundo, criando o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD); na descentralização das ações de vigilância e controle de doenças a serem desenvolvidas por Estados e Municípios, expressas na Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), garantindo a continuidade das ações que já eram desenvolvidas⁵³.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), foi criada em 1999, apresentando a vigilância sanitária com a finalidade de promover a proteção da saúde da população, através do controle da produção e comercialização de produtos e serviços

submetidos à instituição, incluindo ambientes, processos, insumos e tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras. Nessa perspectiva, a vigilância sanitária ampliou seu campo de ação, antes voltado principalmente para o controle e punição^{54,55}.

O Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus) ocorreu no final dos anos 90, com financiamento do banco Mundial. A implementação deste projeto trouxe a reflexão entre ambiente e saúde, levando em consideração o território e suas interações dos riscos ambientais à saúde^{56,57}.

Desta forma, o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas) foi implementado em 2000, estruturado pelo MS e com a definição das competências da União, estados e municípios descrita pela Instrução Normativa (IN) da Funasa nº 01/2001⁵⁸.

A Saúde do Trabalhador é determinada pela própria Lei Orgânica da Saúde, determinando ações tanto no âmbito assistencial, como também na vigilância, informação, pesquisa e participação sindical². Deste modo, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) tem o objetivo de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade da população trabalhadora, por meio de ações integradas com diversos setores, para intervir nos agravos e seus determinantes, organizada por meio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest)⁵⁹.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída pela Portaria Nº 1.823/2012, estabelece que à direção estadual do SUS compete: “organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde...”. Enquanto referência normativa, a PNSTT constituiu um passo importante para orientar as ações e na área, contribuindo, principalmente, na busca de superar o distanciamento entre a produção de conhecimentos de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços⁶⁰.

O Brasil apresentando vários desafios, com uma situação de saúde complexa, problemas de causalidades variadas, decidiu que as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, que até então eram estruturadas em diferentes setores do MS, fossem incorporadas à um único órgão setorial, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a partir do Decreto 4.726 de 2003⁶¹.

A criação da SVS torna-se então, um marco histórico importante para o fortalecimento e reconhecimento da área de vigilância e controle das doenças, estabelecendo maior autonomia administrativa e financeira para dar continuidade e consolidar propostas ainda não implantadas. Além disso, potencializou a descentralização da VS nos estados e municípios, promovendo condições para o desenvolvimento progressivo de suas competências e atribuições na área, estabelecidos por meio da Portaria MS nº 1.172 de 2004⁶².

Com o objetivo de fortalecer a captação de notificações, prospecção, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes para a VS, foi instituído, em 2005, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)⁶³.

Em 2006 foi publicado pelo MS, o instrumento Pacto pela Saúde, considerado uma estratégia que permitia melhor regulação e operacionalização do SUS, com incentivos a integração e articulação entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental⁶⁴.

Ainda, com o apoio do GTVS e no intuito do fortalecimento do SUS, entre o período de 2007 e 2010, a SVS desenvolveu ações como a implementação do Programa “Mais Saúde”. Destas ações, destacam-se:

a) a rede nacional de alerta e resposta às emergências em saúde pública, a partir da implantação do CIEVS em todos os estados e municípios: a estruturação das Emergências em Saúde Pública (ESP) e Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) permitiu melhor organização da VS para identificação de pontos críticos e reflexão sobre os recursos a serem empregados, tornando mais oportuno o processo de decisão e a capacidade de resposta, como podemos observar nas epidemias de H1N1 e de Síndrome Congênita do Zika^{65,66}.

b) publicação da Portaria nº 3.252 de 2009, a partir de uma pactuação Bipartite e Tripartite, que estabeleceu pela primeira vez o conceito de VS em uma norma ministerial: em seu artigo 2º afirma que a VS “constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo vigilância epidemiológica, promoção da saúde, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária”⁶⁷.

c) instituiu o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), com dois componentes, Vigilância e Promoção da Saúde e Vigilância Sanitária: ambos apresentando Piso Fixo e Piso Variável⁶⁷.

Com o objetivo de melhorar a qualidade das ações de VS, foi instituído em 2013 o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). O programa é constituído de um conjunto de iniciativas do MS para garantir o acesso integral das ações e serviço de qualidade. O PQA-VS possui diretrizes que propõe um processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de VS, que envolvem a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas três esferas do Governo, expressos através de metas e indicadores pactuados⁶⁸.

O incentivo financeiro do PQA-VS, a ser instituído no piso variável terá valor máximo equivalente a 20% do valor anual do piso fixo; Ainda, é acrescido em 10% do incentivo recebido de acordo com a ordem de alcance de cada uma das 15 metas estabelecidas, com exceção para duas, a décima e décima primeira meta, que aumentam em 5% cada uma⁶⁹. Ou seja, para que o incentivo máximo seja alcançado, é necessário alcançar no mínimo 11 das 15 metas.

No processo de busca do aprimoramento da VS, alguns movimentos importantes da última década foram: a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA), que teve o objetivo de elaborar as diretrizes para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental, e incentivou debate e reflexões sobre as relações entre produção e consumo e seus impactos na saúde e no meio ambiente; a Portaria MS nº 1.378 de 2013 que cria o Grupo de Trabalho Tripartite com o objetivo de propor e elaborar a PNVS; a convocação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, realizada em 2018, na perspectiva de discutir e formular uma política de Estado a partir da designação da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde (CIVS); instituição da PNVS, por meio da Resolução nº 588 de 2018, que norteia o planejamento das ações de VS nas três esferas de governo, a partir da definição de responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias^{10, 70, 71, 72}.

2.2.2. Atenção Primária à Saúde no Brasil: processo histórico e organizacional

Durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em 1978, foi formulada a Declaração de Alma-Ata, importante para construção da Atenção

Primária à Saúde (APS), reforçando a integração entre os sistemas de saúde locais e a participação da comunidade e a relação entre as questões econômicas, sociais e ambientais com a saúde^{73, 74}.

Alfradique et al.⁷⁵ (2009) retratam a APS como uma estratégia que reorienta a atenção à saúde e busca promover a superação da fragmentação do cuidado. No início da década de 1990, em alguns estados do Nordeste do Brasil, surgiu o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como uma estratégia para melhorar as condições de saúde da população, através de ações consideradas simples, mas com grande impacto por serem desenvolvidas e assimiladas dentro das comunidades por integrantes das mesmas. Com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) viu-se uma oportunidade de promover mudança no modelo de atenção à saúde, ampliando o objeto de trabalho, antes voltado apenas para o indivíduo, e agora incluindo a família e o meio social em que vivem⁷⁶.

Segundo Albuquerque⁷⁷ (2003), com a experiência bem sucedida advinda do PACS, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF). Com a expansão do programa, foi criado o Piso da Atenção Básica (PAB), em 1996, permitindo o financiamento com repasse fundo-a-fundo⁷⁸.

As potencialidades do PSF foram reconhecidas e este passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), em decorrência da capacidade de orientação e organização do sistema de saúde, contribuindo para a mudança do modelo assistencial biomédico e hospitalocêntrico⁷⁹.

Deste modo, a ESF se configura como um modelo assistencial em que as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo e o seu contexto familiar, social, econômico e cultural, bem como a realização das ações de Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde⁸⁰.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi criada a partir da Portaria MS nº 648/2006, com reformulação recente pela Portaria MS nº 2.436/2017, que reconhecem a ESF como modelo substitutivo e de reorganização da APS sendo operacionalizada por equipes multiprofissionais mínimas compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, denominada equipe Saúde da Família (eSF), em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em um território definido^{8, 81}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, em 2008, um relatório em comemoração aos 30 anos da Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados Primários, intitulado “Atenção primária em saúde, mais necessária que nunca”, onde reafirma

através de evidências, como a eficácia, eficiência e equidade advindas da reorganização da rede de serviços primários em saúde e aponta a necessidade de reflexão para ampliação do modelo de APS^{82, 83}.

Recentemente, Gomes et al.⁸⁴ (2020) observaram a cobertura da ESF no Brasil, estimada em 69,9%, até agosto de 2019, com 56.695 eSF, equipes de Atenção Básica (eAB) e equipes de ACS (eACS).

Esse modelo de organização trouxe a reflexão de uma atenção à saúde voltada ao cuidado dos problemas mais comuns e frequentes da população; alcançar melhores resultados no controle das doenças crônicas e de suas complicações; na promoção de ações para a prevenção de doenças e incapacidades, assim como na diminuição da solicitação de exames desnecessários e na racionalização dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção, reduzindo a procura direta aos atendimentos dos níveis secundários e terciários⁸⁵.

A ESF e outras políticas focais do MS conseguiram reduzir os índices de doenças infectocontagiosas e parasitárias, que constituíam uma das maiores causas de óbitos na população transformando os perfis epidemiológicos de forma diferenciada, acompanhada pela transição demográfica e nutricional⁸⁶.

Nesse contexto, novos problemas de saúde pública foram emergindo, como a violência, o uso de álcool e outras drogas, a subnutrição e a obesidade, os problemas relacionados à saúde mental e ao processo de envelhecimento, que indicam a necessidade de reflexão das estratégias para a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, não só relacionados à enfermidades transmissíveis⁸⁷.

A inserção multiprofissional na ESF proporcionou a oportunidade de desenvolver experiências práticas para a APS como os relatados nas cidades de Santos⁸⁸ – SP, de Sobral⁸⁹ e Quixadá⁹⁰ – CE, e de Camaragibe⁹¹ – PE.

Essas experiências tinham como modelo proposto os conceitos, metodologias e arranjo organizacional norteadores do apoio matricial e equipe de referência. O apoio matricial objetiva oferecer suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial especializada às equipes de referência⁹². A equipe ou profissional de referência são os responsáveis por conduzir o caso, seja ele individual, familiar ou comunitário e a equipe ou apoiador matricial são núcleos de conhecimentos distintos daqueles formados pelos profissionais de referência, buscando realizar o emprego da clínica ampliada e da integração dialógica, proposta pela interdisciplinaridade^{92, 93}.

Esse movimento provocou ao MS a buscar um modelo multiprofissional na APS, com a publicação interministerial MS e Ministério da Educação (MEC) nº 2.117/2005 e a Lei nº 11.129/2005 que cria as Residências em área profissional de saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde^{94, 95}; a Portaria do MS Nº 1065/2006 criando o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), mas sem muita implantação no País, culminando com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, pela Portaria MS nº 154/2008⁹,⁹⁶.

O Nasf foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da APS, composto por uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento para a orientação de práticas relacionadas à melhoria da qualidade de vida e saúde⁹.

As atividades do Nasf são desenvolvidas em conjunto com os profissionais da ESF, de forma compartilhada e colaborativa, através do apoio matricial, em pelo menos duas dimensões, a clínico-assistencial, que está envolvida com ações clínicas direta com os usuários, e a técnico-pedagógica, que age através de ações educativas com e para as equipes⁸.

Com o objetivo de enfrentar os problemas que afetam a qualidade das ações na APS, o MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de encontrar soluções que priorizem e qualifiquem o atendimento em saúde⁹⁷.

O PMAQ-AB está organizado em quatro etapas que se complementam, formando um ciclo de monitoramento dos resultados e aperfeiçoamento: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A primeira fase consiste na etapa formal do programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores, firmados entre as equipes de APS e os gestores municipais, num processo que envolve pactuações local, regional e estadual e a participação social^{97, 98}.

A segunda fase do PMAQ-AB é realizada através do desenvolvimento do conjunto de ações pactuadas, com o intuito de promover mudanças da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado; sendo desenvolvida em quatro estratégias: a Autoavaliação, Monitoramento, Educação permanente e Apoio institucional. A terceira fase consiste na avaliação externa, onde se realiza um conjunto de ações para constatar

o reconhecimento dos esforços e resultados das equipes de APS e dos gestores municipais na promoção da qualificação da APS, enquanto a quarta fase constitui no processo de recontractualização, que ocorre após a certificação das equipes de APS⁹⁷.

Durante os últimos anos, a PNAB foi revisada duas vezes, a primeira em 2011, pela Portaria MS nº 2.488, e a segunda em 2017, pela Portaria MS nº 2.436, em que ampliam o escopo da APS através da inclusão das equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNasf), e reafirmação da ESF como prioritária para consolidar a atenção à saúde, devendo ser esta o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e responsável por ampliar as ações intersetoriais, sendo o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)^{8,99}.

2.2.3. Desafios da integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde

Segundo a OMS⁸² (2008), a fragmentação dos serviços de saúde é um dos principais obstáculos para a obtenção de resultados efetivos em sistemas de saúde diversos. No Brasil, as práticas de saúde eram planejadas e executadas de forma fragmentada e no intuito de superar essa situação o SUS foi criado, orientado pelo princípio da integralidade^{29,100}.

Paim¹⁰¹ (1999) afirma que a integralidade é importante para a reversão da fragmentação no sistema de saúde a partir de um conjunto de ações: interdisciplinaridade das técnicas, interação entre multiprofissionais no trabalho em equipe e garantia de qualidade resolutiva da assistência, tanto como eficácia técnico-científica quanto como adesão e intercomunicação na relação direta entre os diversos profissionais e destes com os usuários dos serviços.

Ainda é notório algumas práticas recentes, como no estudo de Mattos (2004)²³, onde as críticas recorrentes encontradas nas ações de APS são ligadas à centralidade no atendimento da enfermidade e não na pessoa e a falta de diálogo entre os profissionais de saúde. Essas limitações do modelo biomédico que acabam impedindo ações voltadas à prevenção de doenças e agravos e à promoção da saúde³².

A VS, também como modelo de reorganização das práticas de saúde, tem o objetivo de analisar a situação de saúde de uma população para organizar, recomendar e executar práticas mais adequadas para o enfrentamento de problemas existentes a partir

de ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos inseridos no cotidiano das eSF¹⁰².

É necessária uma organização dos setores da APS e VS para a construção de uma integração no seu processo de trabalho, com a finalidade de promover a integralidade do cuidado e melhores resultados, preservando as especificidades dos setores e compartilhando suas tecnologias⁷¹.

Paim¹⁰³ (2009) identifica que a integralidade das ações, a interdisciplinaridade das técnicas, a interação entre multiprofissionais no trabalho em equipe e a intercomunicação na relação direta entre diversos profissionais estão diretamente ligadas aos resultados que reduzem as fragilidades para o sistema da gestão em saúde.

O Ministério da Saúde, como o intuito de promover integração entre a APS e a VS, produziu uma série de publicações entre os anos 2002 a 2018. Em 2002, foi lançado o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que fundamentou a integração como base conceitual das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, destacando a importância de ações conjuntas dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) com os ACS^{104, 105, 106}.

É primordial que a organização desses serviços se constitua nos princípios da regionalização e hierarquização, realizando a delimitação de um território formado a partir de agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da eSF e a área de abrangência da UBS¹⁰⁷.

Por meio da Portaria MS nº 1.007/2010, foram definidos os critérios de regulamentação da incorporação do ACE na APS, com o objetivo de fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às eSF, com o intuito de potencializar a atuação integrada da APS e VS, no território de ação, que é o mesmo para ambas¹⁰⁸. Ainda assim, alguns desafios são apontados para o desenvolvimento de atividades integradas, relacionadas a necessidade de investimento em educação permanente como forma dialógica para a troca de experiências e técnicas, bem como investimento em materiais de trabalho, Equipamento de Proteção Individual (EPI) e fardamento¹⁰⁹.

Em 2017, com a reformulação da PNAB pela Portaria MS nº 2.436 e a criação da PNVS pela Resolução CNS nº 588/2018, ambas as publicações são convergentes na contextualização da importância da integração entre APS e VS para a integralidade do cuidado na comunidade^{8, 10}.

Dias, Silva e Almeida (2012)¹¹⁰ citam em seu estudo a dificuldade dos profissionais da APS em desenvolver algumas ações de VS, como as de vigilância

ambiental e de saúde do trabalhador, se destacando como um grande desafio, ao mesmo tempo em que indicam a superação desta dificuldade através do apoio da gestão, utilizando-se de estratégias e metodologias que possibilitem a integração e a troca de experiência, como o apoio matricial.

Embora a apresentação do Conasems em uma oficina macrorregional do Nordeste, em 2010, sobre a incorporação do ACE nas eSF traz a discussão sobre o apoio matricial como ferramenta de integração, apenas é documentado em 2018, através da PNVS, que diz que as ações de vigilância, tendo como centro ordenador a APS, lançará mão do apoio matricial como medida para assegurar o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde, bem como à promoção e assistência^{10, 111}.

2.3. Qualificação dos profissionais de saúde para o fortalecimento da integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde

2.3.1. Profissional para a saúde: os movimentos de mudança na formação e no trabalho em saúde

Nas últimas três décadas ocorreram mudanças na organização da saúde, no mundo do trabalho e na educação, alavancadas pelas revoluções nos campos econômico, político, social e cultural a nível mundial, afetando diretamente o processo de formação profissional. A visão de um SUS com prestação de serviços amplamente tecnificados, com usuários enxergados apenas por padrões biológicos e o hospital como o nível principal na hierarquia de trabalho está presente na formação. A reforma universitária brasileira foi construída através de um longo processo de discussão para apresentar um novo formato para o ensino educacional superior, que trouxesse respostas diferentes a estes modelos hegemônicos¹¹².

O processo de ensino-aprendizagem das várias fases da educação, incluindo a qualificação e o desenvolvimento de habilidades profissionais, vem contribuindo na preparação de recursos humanos e no fortalecimento da capacidade de trabalho e deve ser compreendida como um conjunto de práticas que levam em consideração os valores, crenças, atitudes, envolvimento social, conhecimentos formais e informais e conseguem desenvolver uma sociedade que reflita no processo de preservar ou melhorar as condições e a qualidade de vida¹¹³.

Essas modificações constantes no paradigma da educação, que envolvem não somente as bases conceituais, mas também as formas estruturais e organizacionais objetivam proporcionar a superação da fragmentação e promover práticas dialógicas, com cenários de educação interprofissional em saúde¹¹⁴.

A reorganização das práticas de atenção e gestão à saúde, propostos pelo novo modelo de assistência no SUS necessitava de adoção de medidas que auxiliassem novos processos de qualificação dos trabalhadores da e para a saúde. Diante disso, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 200, inciso III, e a Resolução CNS nº 225/1997 atribuem ao SUS ordenar os recursos humanos e auxiliar na formação dos profissionais para a saúde^{1, 115}.

Com a modificação do modelo de atenção, as práticas passam a ser orientadas pela vigilância à saúde e prevenção de doenças e agravos, atuando através da população na formulação e implementação de políticas públicas, buscando a equidade da atenção, a universalidade do atendimento e a integralidade do cuidado para reverter a dicotomia existente entre atividades assistenciais e preventivas^{116, 117, 118, 119, 120}.

Eventos importantes como as Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) surgiram no intuito de discutir os entraves na implementação das políticas para o setor. Em 1993, foi realizada a segunda CNRHS, com proposições referentes a importância da articulação das instituições de ensino e serviços de saúde, no intuito de reverter fatores que levavam a precarização do trabalho¹²¹.

Ceccim, Armani e Rocha¹²² (2002) e Ceccim e Feuerwerker¹²³ (2004) descrevem alguns documentos que relacionam a qualidade da atenção à saúde com a formação de recursos humanos para atuar na saúde, como as Leis orgânicas nº 8.080/1990 e 8.142/1990, as NOB e as Conferências Nacionais de Saúde VIII, IX, X e XI.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de assumir papel estratégico nas diretrizes intersetoriais, para o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde, produzindo impactos significativos no processo de condução das políticas públicas de saúde, como o fortalecimento de estratégias de educação na saúde a partir de uma política de Estado^{124, 125, 126}.

Atualmente, a SGTES está estruturada, a nível ministerial, em três eixos de ação: gestão do trabalho (Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde), gestão da educação (Departamento da Gestão da Educação na Saúde), e provimento da

força de trabalho em saúde (Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde)¹²⁴.

Em Pernambuco, através do Decreto nº 32.823/2008, é instituída a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que possui duas diretorias: a Diretoria Geral da Gestão do Trabalho, que atua ao identificar as necessidades quantitativas e qualitativas dos trabalhadores das unidades de saúde do Estado e ações para promover qualidade de vida, a segurança e a saúde do trabalhador; e a Diretoria Geral de educação em Saúde atua no planejamento e regulação da formação dos profissionais para o SUS no Estado, através de articulação com as Instituições formadoras e as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS)¹²⁷.

Nessa direção, foram criadas algumas estratégias como o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), o de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, o de Especialização de Equipes Gestores, o de formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, impulsionando a articulação ensino-serviço.

As instituições de ensino também se propuseram a criar mecanismos na tentativa de aproximação ensino-serviço, como o Projeto-UNI (Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde), o VER-SUS (Vivência Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde), o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) e o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde).

Com a proposta de integrar as diferentes profissões e propiciar um espaço para atuação interdisciplinar nos diversos cenários da saúde e levando em consideração as experiências de Residências Médicas, surgem, na década de 80, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), mas que só iniciaram sua regulamentação em 2005, com a promulgação da Lei nº 11.129/2005 e a Portaria Interministerial nº 2.117/2005, instituindo então a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e a Residência em Área Profissional da Saúde, respectivamente¹⁰⁵.

As RMS buscam promover a transformação dos serviços de saúde onde estiver inserida instigando a crítica sobre a prática interdisciplinar e as possibilidades e limites de transformação da realidade¹²⁸.

Ao pautar a formação dos profissionais na reflexão e na criação de novas tecnologias de cuidado à saúde e incorporar a escuta aos processos singulares e subjetivos, se procura estabelecer relações de confiança e vínculo entre profissionais e usuários e o compromisso com a resolução de problemas do território¹²⁹.

A Resolução do CNS nº 355/2003, instituiu a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde, culminando posteriormente com a Portaria nº 198/2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)^{130, 131}. Em 2007, através da Portaria nº 1.996 o MS reformula a PNEPS, que tem o objetivo de transformar as práticas profissionais, de gestão, formulação de políticas, participação popular e orientar a organização do trabalho, propõe a construção de ações educativas através de problematizações das práticas de saúde, fortalecendo a EPS como estratégia de promoção em saúde, com o pressuposto à realização de ações educacionais ‘no’ e ‘para’ o trabalho^{132, 133}.

Deste modo, a EPS tem como proposta a utilização de espaços coletivos no intuito de levar a reflexão aos trabalhadores, bem como a avaliação de suas ações no território, criando diálogos e transformando as práticas de saúde e de educação¹³⁴.

Quando se consideram os conhecimentos prévios e o contexto local, empregando o dia a dia dos trabalhadores da saúde e soma-se estes aprendizados a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, as ações de EPS produzem uma aprendizagem significativa para os atores participantes^{134, 135, 136, 137}.

Em 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) aprovou a Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, no intuito de que os seus Estados Membros, incluindo o Brasil, estabeleçam mecanismos formais para a busca de soluções dos problemas na área de Recursos Humanos em Saúde (RHS), destacando, dentre outras: a transformação da educação das profissões da saúde; o desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional e a diversificação dos contextos de aprendizagem; e a promoção da integração dos setores da educação e da saúde visando alinhar a formação de RHS às necessidades dos sistemas de saúde¹³⁸.

2.3.2. Construção das equipes de saúde: políticas de contratação e planos de cargos, carreiras e salários

A VIII Conferência Nacional de Saúde estabelecia os planos de cargos, carreiras e salários (PCCS) como política essencial para os trabalhadores da saúde, que pudesse oferecer estabilidade de emprego, por meio de concurso público, direito de greve e

sindicalização, cumprimento de carga horária e estímulo à dedicação exclusiva e capacitação permanente²¹.

Ferreira e Moura¹³⁹ (2006) observaram ao analisar os relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos do SUS (CNRHS), que os temas para as recomendações relacionadas a recursos humanos sempre foram destaque buscando seu fortalecimento, indicando a necessidade de implantação de mudanças nos serviços de saúde a partir do investimento neste segmento.

É definido Plano de Carreira, o conjunto de normas que orientam o ingresso, instituindo oportunidades e estímulos ao desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores com o objetivo de contribuir com a qualificação dos serviços prestados pelos órgãos e instituições, firmando em instrumento de gestão da política de pessoa¹⁴⁰.

O trabalho precário ocorre quando há ausência de direitos e benefícios na área do trabalho, baixos vencimentos ou salários, inadequadas condições de trabalho¹⁴¹. Essa precarização pode contribuir para o surgimento de vários problemas, como o pouco compromisso dos trabalhadores com a instituição e usuários do sistema, a baixa qualidade dos serviços, uma rotatividade de trabalhadores muito frequente, dificultando a formação de vínculo entre usuários e equipes de saúde¹⁴².

A obrigatoriedade da existência dos PCCS, nos entes federais, estaduais e municipais está implícita na Lei nº 8.142/90, Art.4º, inciso VI, sendo de competência do MS, através da SGTES, buscar estratégias para apoiar e estimular a sua instituição nos estados, levando em consideração as realidades sociais e institucionais do local^{2, 124}.

Para auxiliar estados e municípios, foram publicadas pelo MS as Portarias nº 1.318/2017 e 1.963/2017, que determinam as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de PCCS-SUS e institui a Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do SUS na elaboração ou na reformulação de PCCS-SUS^{143, 144}.

A implementação do PCCS-SUS foi um instrumento criado com o objetivo de fortalecer a valorização dos profissionais, com a existência de vínculos, concessão de gratificações ou adicionais no interesse da administração ao trabalhador pelo exercício em condições especiais como: dedicação exclusiva ao SUS, atuação na atenção básica, posto de trabalho de difícil provimento ou localização em área longínqua ou de difícil acesso, atividade de alto risco e exercício profissional em urgência ou emergência, o que pode refletir positivamente na vida do profissional de saúde e possibilitar desenvolvimento de uma carreira no SUS e melhoria da prestação de serviços à população brasileira usuária do SUS¹⁴³.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar o perfil da formação, qualificação e integração dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), de municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES-PE).

3.2. Objetivos específicos

Descrever o número de profissionais de saúde e categorias profissionais que atuam nas diferentes áreas da Vigilância em Saúde e Nasf-AB nos diferentes municípios que compõem a I GERES-PE;

Descrever o perfil de formação e qualificação dos profissionais de saúde de nível superior da Vigilância em Saúde e Nasf-AB dos municípios da I GERES-PE;

Analisar a percepção e as ações de integração desenvolvidas pelos profissionais da Vigilância em Saúde e Nasf-AB dos municípios da I GERES-PE.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição** da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. 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 e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Seção 1, p. 1-5. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 28 jul. 2020.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. 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 da União**, Brasília, DF, 1990. Seção 1, p. 1-5. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 28 jul. 2020.
- 4 MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación Permanente em Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 2, n. 2, p. 147-160, may./ago, 2006.
- 5 MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- 6 GONZALEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Integralidade na saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciê. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010.
- 7 ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das Diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Seção 1, p. 68-76. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2020.

- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. Brasília, DF: MS, 2008. 10 p. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em 24 jun. 2020.
- 10 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2018. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 1. jul. 2020.
- 11 COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde**. 2006. 135p. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1880>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- 12 SIQUEIRA, J. C. M. Gestão em vigilância sanitária. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. (Orgs.). **Cadernos de Saúde 4: vigilância sanitária**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 55-62.
- 13 COSTA, E. A.; SOUTO, A. C. Formação de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, n. 25, p. 91-107, 2001.
- 14 MINAYO, M. C. S.; TORRES, J. J. M. Visão Complexa para uma forma complexa de agir. **VISA em debate**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 17-20, 2013.
- 15 MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- 16 MORIN, E. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro**. 8ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2003.
- 17 BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações**. 4. Ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- 18 MINAYO, M. C. S. Da inteligência parcial ao pensamento complexo: desafios da ciência e da sociedade contemporânea. **Pol. Soc.**, v.10, n.19, p.41-56, 2011.
- 19 ARAÚJO, C. A. A. O que é Ciência da Informação? **Inf. Inf.**, v. 19, n. 1, p. 1-30, jan./abr. 2014. Disponível em:
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/15958/14205>. Acesso em: 18 jun. 2020.
- 20 WEBER, M. H. **Comunicado nº 001/2012 – Área – Ciências Sociais Aplicadas I: Considerações sobre a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na área**. Diretoria de Avaliação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

2012. Disponível em:

http://capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Interdisciplinaridade_CSA_I.pdf.

Acesso em: 22 jun. 2020.

21 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional da Saúde Brasília: MS; 1986.

22 PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, London, p.11-31, 2011. (Série Brasil). Disponível em:

<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

23 MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

24 SILVA-ARIOLI, I. G.; SCHNEIDER, D. R.; BARBOSA, T. M.; DA ROS, M. A.

Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. Universidade Federal de Santa Catarina. **Psicol. Ciênc. prof.**, Santa Catarina, v. 33, n. 3, p. 672 – 287, 2013.

25 KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, e00183415,

2016. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000803001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jun. 2020.

26 ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, mai. 2016.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jun. 2020.

27 ALVES, L. R. A dicotomia do Princípio da Integralidade do SUS. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 153-166, Mar, 2017. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/338>. Acesso em: 28 jul. 2020.

28 SILVA, M. F. F. et al. Integralidade na atenção primária à saúde. **Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Minas Gerais, v. 1, supl., 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/325030474_Integralidade_na_atencao_primaria_a_a_saude. Acesso em: 28 jul. 2020.

- 29 MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2009, p. 43-68.
- 30 CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000200018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 28 jul. 2020.
- 31 MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Educus; IMS/Uerj; Cepesc, 2006. p. 51-64.
- 32 OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 jul. 2020.
- 33 VARGAS, I. et al. Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planing**, v. 30, p. 705-717, 2015.
- 34 MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZAO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.173-186, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br /scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2020.
- 35 D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv. Res.**, London, v. 8, p. 188, 2008.
- 36 BRASIL. Resolução Inamps/MS nº 273, de 17 de julho de 1991. Reedita com alterações a Norma Operacional Básica - SUS 01/91. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 jul. 1991. Seção 1.
- 37 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: norma operacional da assistência à saúde: **NOAS-SUS 01/01**. Brasília, DF, 2001.
- 38 BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa nº 02 de 06 de abril de 2001**. Regulamenta a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o processo de qualificação de regiões/microrregiões,

constante da Norma Operacional da Assistência – NOAS-SUS 01/01. Brasília, DF, 2001.

39 BRASIL. Ministério da Casa Civil. 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. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011.

40 PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto Nº 36.622 de 08 de junho de 2011. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, 09 jun. 2011.

41 MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

42 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%204279%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2020.

43 BATTESINI, M.; COELHO, H.S.; SETA, M.H. Uso de programação linear para otimizar o acesso geográfico em redes temáticas de atenção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p. e00055017, 2018.

44 GAZIANO J. M. Fifth phase of the epidemiologic transition: The age of obesity and Inactivity. **JAMA**, Chicago, v. 303, n. 3, p. 275-276, 2010.

45 BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

46 TEIXEIRA, M. G. L. C.; PAIM, J. S. Os Programas Especiais e o Novo Modelo Assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 264-277, 1990.

47 TEIXEIRA, M. G. et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Inf. Epidemiol. Sus* 1998; 7(1):7-28.

48 ABRASCO. **Relatório do seminário**: Propostas para o Centro Nacional de Epidemiologia, 2006. CENEPI. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.

- 49 BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Comissão Intergestora Tripartite. Resolução no 17, de 13 de dezembro de 1994. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994.
- 50 SILVA JUNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; Campinas, 2004.
- 51 SILVA, G. A. F. **Vigilância e a reorganização das práticas de saúde** [Tese de Doutorado]. Universidade Federal da Bahia; Salvador, 2006.
- 52 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1491012/pg-55-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-06-11-1996?ref=goto>. Acesso em: 28 jul. 2020.
- 53 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças e define a sistemática de financiamento. **Diário Oficial [da] União**. Brasília DF, 15 dez. 1999a. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.
- 54 COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 995-1004, 2008.
- 55 COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Marcos Históricos e Conceituais. In: ROZENFELD, S., (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 304-314.
- 56 FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 993-1004, 2005.
- 57 BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 170-177, 2006.
- 58 BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa Nº 1 de 25 de setembro de 2001. Regulamenta a Portaria MS n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de vigilância

ambiental em saúde. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 26 set. 2001. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/in_001_2001.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

59 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.728 de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 12 nov. 2009.

60 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N.º 1.823 de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

61 BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto n° 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 09 jun. 2003. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4726--9-junho-2003-496874-norma-pe.html>. Acesso em: 28 jul. 2020.

62 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.172 de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 15 jun. 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>. Acesso em: 28 jul. 2020.

63 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 30, de 7 de julho de 2005. Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

64 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 399/GM 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 [da] União**. Brasília, DF: MS, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 28 ju. 2020.

65 TEMPORÃO, J. G. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 18 n. 3, p. 201-204, 2009.

- 66 TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; PAIXÃO, E. S.; RODRIGUES, L. C. Response to Zika-related microcephaly epidemic in Brazil: An unexpected public health challenge. **Am. J. Public Health**. Washington, 2018.
- 67 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: MS, 2009.
- 68 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1708 de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: MS; 16 ago. 2013.
- 69 ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc Saúd Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.
- 70 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL (Brasil), 2010, Brasília. **Relatório final**. Brasília, Distrito Federal: Conselho Nacional de Saúde: Conselho Nacional das Cidades: Conselho Nacional do Meio Ambiente, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/CNSA_Relatorio_Final.pdf. Acesso em 28 jun. 2020.
- 71 BRASIL. Ministério da Saúde. 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 ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 09 jul. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 28 ju. 2020.
- 72 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, 2018, Brasília. **Relatório nacional consolidado** [Internet]. Brasília, DF: CNS, 2018. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/noticias/lancadorelatorio-com-as-propostas-da-1a-conferencia-nacional-de-vigilancia-em-saude/>. Acesso em: 12 fev. 2020.
- 73 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Relatório final. Genebra: OMS: OPAS, 1978. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5. Acesso em: 20 jul. 2020.

74 CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1, p. 7-27, 2008.

75 ALFRADIQUE, M.E. et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 25, p.1337- 1349, 2009.

76 ARAUJO, M. R. N.; ASSUNÇÃO, R. S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção das doenças. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 1, p. 19-25, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a04v57n1.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2020.

77 ALBUQUERQUE, P. C. **A Educação Popular em Saúde no município de Recife-PE: em Busca da Integralidade**, 2003. 157p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Recife, 2003.

78 VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300011&script=sci_arttext&tlng=ES)

[73312005000300011&script=sci_arttext&tlng=ES](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300011&script=sci_arttext&tlng=ES). Acesso: 19 jan 2020.

79 GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.783-794, 2009.

80 BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997. 36p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 19 fev. 2019.

81 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 19 fev. 2020.

82 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Primary Health Care**: Now more than ever. The World Health Report, 2008. Geneva, 2008.

83 SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 991-1004, dez. 2011. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2020.

84 GOMES, C. B. S. et al. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1337, 2020.

85 ROSA W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034 nov-dez. 2005.

86 PONTES, R. J. S. et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 123-151.

87 WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. ver. aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 681-718.

88 GONÇALVES, P. L. A unidade de referência e a equipe volante. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Mental e Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 109-116.

89 ANDRADE, L. O. M. et. al. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS.

Sanare, Sobral, v. 1, p. 33-39, 2004.

90 SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Mental e Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 199-219.

91 CASÉ, V. Saúde Mental e sua interface com o Programa Saúde da Família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Mental e Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 121-136.

92 CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

- 93 CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.4, p. 393-404, 1999.
- 94 BRASIL. Ministério da Saúde: Ministério da Educação. Portaria nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde: Ministério da Educação, 2005. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192. Acesso em: 28 fev. 2020.
- 95 BRASIL. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005. Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11129-30-junho-2005-537682-norma-pl.html>. Acesso em: 28 fev. 2020.
- 86 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.065 de 04 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2005. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1065_04_07_2005.html. Acesso em: 28 fev. 2020.
- 97 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**. Brasília; 2015. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 23 fev. 2020.
- 98 PINTO, H. A.; SOUSA, A. O programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., ago., 2012.
- 99 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de setembro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília; 2011.

- 100 O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, n.3, p. 3351-3360, 2010.
- 101 PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed, Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p. 489-503.
- 102 BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 195 p. (Caderno de Atenção Básica, n. 21).
- 103 PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- 104 BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Brasília: Ministério da Saúde: FUNASA, 2002. 32p.
- 105 HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl.2, p. 331-336, 2004.
- 106 BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 107 PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006.
- 108 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010. Regulamenta a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família, de 14 de maio de 2010. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html. Acesso em: 9 fev. 2020.
- 109 LIBANEO, K. R.; FAVORETO, C. A. O.; PINHEIRO, R. Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 147-163, 2014.

- 110 DIAS, E. C.; SILVA, T. L.; ALMEIDA, M. H. C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.
- 111 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil), 2010. **Oficina Macrorregional Nordeste**: Incorporação do ACE nas equipes de Saúde da Família. [Internet]. Fortaleza, CE: Núcleo de Promoção e Vigilâncias: 2010. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1238:opas-oms-brasil-apoia-discussao-sobre-o-processo-de-incorporacao-dos-agentes-de-combate-as-endemias-nas-equipes-de-saude-da-familia&Itemid=463. Acesso em: 28 jul. 2020.
- 112 BARBOSA, G. C. et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Ver. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-7, 2013.
- 113 AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface Comun. Saúde. Educ.**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 375- 380, 2004.
- 114 PEDUZZI, M.; et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 14 mai. 2020.
- 115 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução Nº 225 de 08 de maio de 1997**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1997. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0225_08_05_1997.html. Acesso em 28 jul. 2020.
- 116 CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- 117 SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 271-285, 2004.
- 118 GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

- 119 FEUERWERKER, L. C. M. Por que a cooperação com o SUS é indispensável para os cursos universitários na área da saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 32-38, 2006.
- 120 MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- 121 PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- 122 CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. 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. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373- 383, 2002.
- 123 CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- 124 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva**. Brasília: MS; 2004
- 125 PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis** [internet]. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000400005>. Acesso em: 03 jul. 2020.
- 126 MAGNAGO C. et al. Policy of Labor Management and Health Education: a ProgeSUS experience. **Ciênc. Saúde Colet.** [internet]. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32962016>. Acesso em: 03 jul. 2020.
- 127 PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Decreto Nº 32.823 de 09 de dezembro de 2008**. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. Recife, Pernambuco, Brasil. 2008 Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=32823&complemento=0&ano=2008&tipo=&url=>. Acesso em: 03 jul. 2020.
- 128 NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

- 129 OLIVEIRA, A. F. **Confiança do empregado na organização: impacto dos valores pessoais, organizacionais e da justiça organizacional**. 2004. 259p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2004.
- 130 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 355, de 27 de novembro de 2003**. Institui a Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc. Acesso em: 13 fev. 2020.
- 131 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, 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. Brasília, DF: MS, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.
- 132 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/site/geab/portaria2007.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2020.
- 133 FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface comunic. saúde educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.
- 14 PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface comunic. saúde educ.**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 121-34, 2009.
- 135 BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Série J. cadernos – MS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/NOB_RH_2005.pdf. Acesso em: 3 mar. 2020.
- 136 MENDONÇA, F. F. **Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores**. 2007. 138p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.

- 137 GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J.; MENDONÇA, F. F. Percepções de participantes quanto ao curso de ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2009.
- 138 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Organização Pan-Americana da Saúde. **Resolução CSP29/10: Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde**. OMS/OPAS: Washington, DC; 2017.
- 139 FERREIRA, M. A. L.; MOURA, A. A. G. Evolução da política de recursos humanos a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz**, Recife, 2006, 28p. Disponível em: http://scf.cpqam.fiocruz.br/observarh/wp-content/uploads/2017/02/politica_rh_analise_cns.pdf. Acesso em: 03 mai. 2020.
- 140 BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde**: proposta para discussão e aprovação. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 141 ARAÚJO, L. M. et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. **Cad. RH Saúde**, Brasília, v. 3, p. 163 -173, 2006.
- 142 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na saúde**. Brasília: CONASS; 2007.
- 143 BRASIL. Portaria nº 1.318, de 5 de junho de 2007. Publica as diretrizes nacionais para a instituição ou reformulação de planos de carreiras, cargos e salários. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 6 jun. 2007.
- 144 BRASIL. Portaria nº 1.963, de 14 de agosto de 2007. Institui Comissão para assessorar os órgãos e as instituições integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) na elaboração ou na reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 ago. 2007.

5. CAPÍTULO I: ARTIGO I

Título

Formação e qualificação de profissionais de saúde de municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco

Título corrido

Formação e qualificação de profissionais de saúde de Pernambuco

Resumo

Este estudo objetivou descrever o perfil da formação e qualificação dos profissionais de saúde atuantes na Vigilância em Saúde (VS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) de municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES-PE) no período de junho de 2019 a junho de 2020. As variáveis analisadas incluíram informações sobre características étnicas, formação, qualificação e integração entre os respectivos profissionais. Estudo de caráter voluntário com a participação de 349 profissionais de saúde de 14 municípios da I GERES-PE que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Observou-se que 59,60% (208/349) dos participantes se consideram de cor preta e parda e 75,64% (264/349) são do sexo feminino. 82,72% (292/353) dos profissionais possuem graduação na área de Ciências Biológicas e da Saúde e 55,30% (193/349) realizaram curso de especialização *Lato sensu*; além disso, 71,35% (249/349) relataram a necessidade de educação permanente/continuada, 18,18% (40/220) solicitaram temas na área de Políticas de organização do SUS e 16,82% (37/220) Políticas gerais de organização da atenção à saúde. 34,67% (260/750) dos profissionais referiram participar de qualificação profissional em sua própria instituição de trabalho e 28,27% (212/750) responderam realizar a qualificação em ambientes de Ensino a Distância (EaD), evidenciando que os municípios tem buscado promover ações de educação permanente e continuada, além do interesse e a necessidade de investimentos em ações de qualificação pelos gestores, como relatado pelos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Qualificação Profissional; Educação Continuada; Recursos Humanos em Saúde

1. Introdução

A visão de um Sistema Único de Saúde (SUS) com prestação de serviços amplamente tecnificados, com usuários enxergados apenas por padrões biológicos e o hospital como o nível principal na hierarquia de trabalho está presente na formação. A reforma universitária brasileira foi construída através de um longo processo de

discussão para apresentar um novo formato para o ensino educacional superior, que trouxesse respostas diferentes a estes modelos hegemônicos¹.

A reorganização das práticas de atenção e gestão à saúde, propostos pelo novo modelo de assistência no SUS necessitava de adoção de medidas que auxiliassem novos processos de qualificação dos trabalhadores da e para a saúde. Diante disso, a Constituição Federal de 1988, em seu art. 200, inciso III, e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 225/1997 atribuem ao SUS ordenar os recursos humanos e auxiliar na formação dos profissionais para a saúde^{2, 3}.

Com a modificação do modelo de atenção, as práticas passam a ser orientadas pela vigilância à saúde e prevenção de doenças e agravos, atuando através da população na formulação e implementação de políticas públicas, buscando a equidade da atenção, a universalidade do atendimento e a integralidade do cuidado para reverter a dicotomia existente entre atividades assistenciais e preventivas^{4, 5, 6, 7, 8}.

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com o objetivo de assumir papel estratégico nas diretrizes intersetoriais, para o desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde (PNRHS), produzindo impactos significativos no processo de condução das políticas públicas de saúde, como o fortalecimento de estratégias de educação na saúde a partir de uma política de Estado^{9, 10}.

Ao pautar a formação dos profissionais na reflexão e na criação de novas tecnologias de cuidado à saúde e incorporar a escuta aos processos singulares e subjetivos, se procura estabelecer relações de confiança e vínculo entre profissionais e usuários e o compromisso com a resolução de problemas do território¹¹.

A Resolução do CNS nº 355 de 27 de novembro de 2003, instituiu a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde, culminando posteriormente com a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que instituía a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)^{12, 13}. Em 2007, através da Portaria nº 1996, de 20 de agosto, o Ministério da Saúde reformula a PNEPS, que tem o objetivo de transformar as práticas profissionais, de gestão, formulação de políticas, participação popular e orientar a organização do trabalho, propõe a construção de ações educativas através de problematizações das práticas de saúde, fortalecendo a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de promoção em saúde, com o pressuposto à realização de ações educacionais ‘no’ e ‘para’ o trabalho^{14, 15}. Em Pernambuco, através do Decreto nº

32.823/2008, é instituída a Secretaria Executiva de Gestão -do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), com o objetivo de, entre outras atribuições, garantir as ações de EPS no Estado¹⁶.

Deste modo, a EPS tem como proposta a utilização de espaços coletivos no intuito de levar a reflexão aos trabalhadores, bem como a avaliação de suas ações no território, criando diálogos e transformando as práticas de saúde e de educação¹⁷.

Quando se consideram os conhecimentos prévios e o contexto local, empregando o dia a dia dos trabalhadores da saúde e soma-se estes aprendizados a elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos, as ações de EPS produzem uma aprendizagem significativa para os atores participantes^{17, 18, 19}.

Diante desse contexto e considerando a escassez de dados sobre a formação e qualificação dos trabalhadores nos setores de Vigilância em Saúde (VS) e Nasf-AB dos municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES-PE), objetivou-se com esse estudo analisar tais informações no intuito de incentivar e fortalecer o planejamento dos gestores de saúde, para a implementação de ações com ênfase na educação permanente e continuada e consequentemente na melhoria da qualidade e resolubilidade tanto na Vigilância em Saúde como na APS, nos municípios que compõem a I GERES-PE.

2. Materiais e métodos

2.1. Considerações éticas e local de estudo

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães – HAM, em março de 2019, por meio do parecer nº 3.204.669, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 06261818.3.0000.5197 (apêndice I), de acordo com os preceitos éticos da Resolução CNS 466/2012²⁰, com anuência da Superintendência de Atenção Básica do Estado de Pernambuco (apêndice II) e da I GERES (apêndice III), onde os sujeitos foram convidados a participar de forma espontânea e voluntária e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice IV), após a explanação do objeto aos gestores regionais e municipais, bem como aos profissionais participantes. A I GERES-PE é composta pelos municípios de Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Chã Grande, Chã de Alegria, Camaragibe, Glória de Goitá, Fernando de

Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão²¹. Localizada na capital do Estado de Pernambuco, Recife, foi escolhida para este estudo por atender a uma população de 4.116.153 habitantes, que corresponde a 44,36% da população do Estado de Pernambuco, possui 15 Unidades Hospitalares, 13 Unidades e Pronto Atendimento (UPAs), o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-PE), 6 Laboratórios Farmacêuticos do Estado de Pernambuco (Lafepe) e a Fundação Hemope; e não se conhece até então, as características de formação e qualificação destes profissionais de saúde que prestam serviços aos usuários do SUS.

2.2. Sujeitos da pesquisa e instrumentos de coleta de informações

Como critério de inclusão dos sujeitos da pesquisa, foram incluídos e convidados a participar, os profissionais de saúde de nível superior, dos setores de Vigilância em Saúde (VS) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) dos municípios que compõem I GERES-PE; excetuando-se àqueles que estavam de licença médica ou afastados de suas atividades laborais por motivo de saúde ou de férias, ou mesmo àqueles que se recusaram à participação na pesquisa.

Em reunião de Colegiado entre as Coordenações de VS e Nasf-AB da I GERES-PE, foi explanado o objeto da pesquisa e o instrumento de coleta de dados aos coordenadores dos setores (VS e Nasf-AB), para posteriormente agendar, entre junho de 2019 e junho de 2020, datas para a coleta dos dados dos profissionais pertencentes aos critérios estabelecidos, a partir de visitas presenciais no território de atuação. Posteriormente, com a declaração de pandemia da COVID-19 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020, houve mudança na estratégia de coleta de dados pela impossibilidade de visitar os municípios, deste modo, alguns profissionais responderam o questionário enviado para o endereço eletrônico de *email* da coordenação do setor, que os imprimiu e após respondidos digitalizou e enviou de volta.

O questionário foi constituído por 12 questões fechadas (apêndice V), abordando características étnicas (cor/raça e sexo), da formação (área de graduação/ões) e da qualificação (pós-graduação, tempo de conclusão, fontes de pesquisa e informação, educação permanente, necessidade e temas de qualificações que poderiam ser ofertadas pelo serviço) dos respectivos profissionais atuantes nos serviços de saúde em estudo.

2.3. Análise de dados

Para análise das informações coletadas foi elaborado um banco de dados no programa GNU PSPP, do qual se procedeu às análises descritiva e inferenciais dos dados obtidos. Para análise de associação entre as variáveis de interesse (área de interesse *versus* especialização, pós-graduação, repasse de informação pela coordenação, atividades integradas e atividades em diferentes municípios) utilizou-se o teste Qui-Quadrado, considerando associação significativa quando $p < 0,05^{22}$. O *software* Epi Info, versão 3.5.1 - *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, foi utilizado para a execução dos cálculos estatísticos.

3. Resultados

Neste estudo, participaram 349 profissionais de saúde de 14 municípios da I GERES-PE, que foram agrupados em três categorias para descrição dos resultados: **(A)** Capital de Pernambuco, Recife, subdividida em seus 8 Distritos Sanitários (DS), correspondendo a 32,95% (115/349) dos participantes; **(B)** outros municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR): Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata, correspondendo a 54,44% (190/349) dos profissionais; e **(C)** outros municípios da I GERES-PE: Chã Grande, Glória de Goitá, e Vitória de Santo Antão, que totalizaram 12,61% (44/349) dos participantes (Tabela 1).

Com a tabulação dos dados, foi possível evidenciar que, em relação à cor/raça e sexo dos profissionais participantes da pesquisa, os resultados evidenciaram que 59,60% (208/349) se consideram como de cor preta e parda, enquanto 37,82% (132/349) se consideram brancas, 1,43% (5/349) indígenas e 1,15% (4/349) amarelas; enquanto 75,64% (264/349) são do sexo feminino e 24,36% (85/349) são do sexo masculino.

Em relação ao vínculo dos profissionais de saúde com o trabalho, 54,44% (190/349) afirmaram haver ingressado em seus respectivos cargos por meio de concurso, enquanto 37,25% (130/349) ingressaram por meio de contrato por tempo determinado e 8,31% (29/349) tem outro tipo de vínculo empregatício, como cargos comissionados e seleção pública, cujos dados por grupos de municípios e setor de atuação, podem ser observados, respectivamente, nas figuras 1 e 2.

Tabela 1. Número (N) e Percentual (%) de profissionais de saúde por município e área de atuação, na I GERES-PE, 2020.

Grupos de municípios	Área de atuação	Nasf-AB		Vigilância Epidemiológica		Vigilância Sanitária		Vigilância em Saúde Ambiental		Vigilância em Saúde do Trabalhador		Outros		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Capital de Pernambuco – Recife	DS I	1	0,29	1	0,29	2	0,56	-	-	1	0,29	1	0,29	6	1,72
	DS II	14	4,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	4,01
	DS III	4	1,15	5	1,43	8	2,29	3	0,86	-	-	2	0,57	22	6,30
	DS IV	11	3,15	5	1,43	-	-	6	1,72	-	-	1	0,29	23	6,59
	DS V	1	0,29	3	0,86	7	2,00	2	0,57	2	0,57	1	0,29	16	4,58
	DS VI	1	0,29	-	-	4	1,15	2	0,57	-	-	2	0,57	9	2,58
	DS VII	-	-	3	0,87	6	1,72	4	1,15	1	0,28	1	0,28	15	4,30
	DS VIII	2	0,57	2	0,57	2	0,57	3	0,87	-	-	1	0,29	10	2,87
	Total	34	9,75	19	5,45	29	8,29	20	5,74	4	1,14	9	2,58	115	32,95
Outros municípios da RMR	Abreu e Lima	13	3,72	1	0,29	-	-	-	-	-	-	1	0,29	15	4,30
	Araçoiaba	6	1,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1,72
	Cabo de Santo Agostinho	-	-	1	0,29	1	0,29	4	1,14	-	-	1	0,29	7	2,01
	Camaragibe	24	6,88	2	0,57	5	1,43	2	0,57	1	0,29	3	0,86	37	10,60
	Ipojuca	-	-	2	0,57	3	0,86	4	1,15	-	-	-	-	9	2,58
	Itapissuma	6	1,72	2	0,57	1	0,29	-	-	-	-	1	0,29	10	2,87
	Jaboatão dos Guararapes	22	6,30	16	4,58	17	4,87	8	2,29	-	-	-	-	63	18,04
	Olinda	-	-	7	2,01	1	0,29	2	0,57	-	-	-	-	10	2,87
	Paulista	17	4,87	5	1,43	3	0,86	2	0,57	-	-	1	0,29	28	8,02
	São Lourenço da Mata	-	-	2	0,57	2	0,57	-	-	-	-	1	0,29	5	1,43
	Total	88	25,21	38	10,88	33	9,46	22	6,29	1	0,29	8	2,31	190	54,44
Outros municípios da I GERES-PE	Chã Grande	6	1,72	-	-	1	0,29	1	0,29	-	-	2	0,57	10	2,87
	Glória de Goitá	6	1,73	1	0,28	-	-	-	-	1	0,28	-	-	8	2,29
	Vitória de Santo Antão	16	4,58	4	1,15	5	1,43	1	0,29	-	-	-	-	26	7,45
	Total	28	8,03	5	1,43	6	1,72	2	0,58	1	0,28	2	0,57	44	12,61
		150	42,99	62	17,76	68	19,47	44	12,61	6	1,71	19	5,46	349	100

Fonte: os autores.

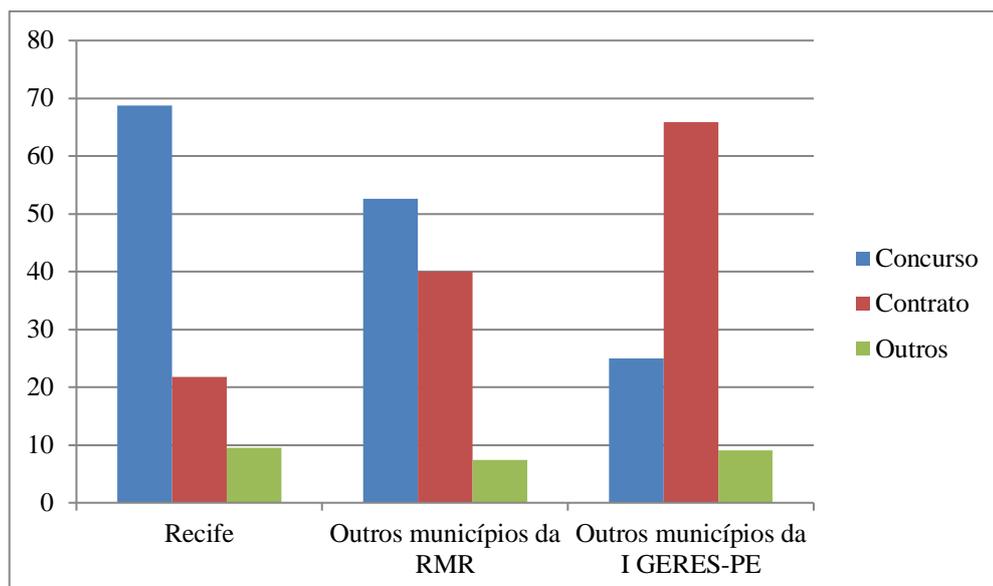


Figura 1. Características de vínculo trabalhista dos profissionais de saúde das áreas de Vigilância em Saúde e Nasf-AB dos municípios de Recife, de outros municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) e de outros municípios da I GERES-PE, 2020.

Fonte: os autores.

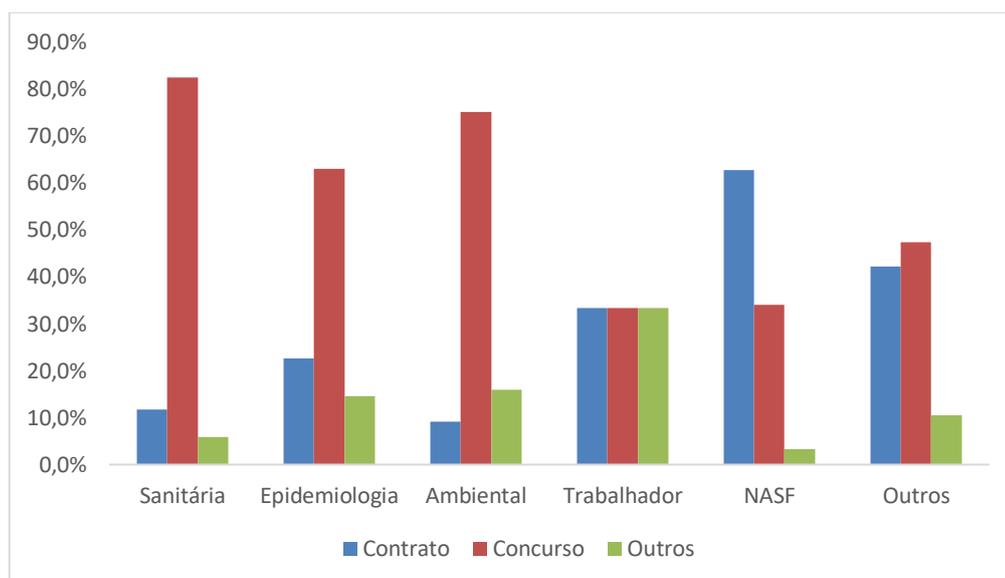


Figura 2. Características de vínculo dos profissionais de saúde com o trabalho, por área, de municípios da I GERES-PE, 2020.

Fonte: os autores.

Entre os profissionais participantes, 47,28% (165/349) relataram que a carga horária de trabalho está entre 31 e 40 horas semanais; o tempo de serviço de 53,30% (186/349) é de menos de 5 anos no atual cargo, enquanto 80,80% (282/349) dos envolvidos informaram não possuir vínculo em mais de um município, conforme os dados descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Características de trabalho dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020.

Características de trabalho	Capital – Recife		Outros Municípios da RMR		Outros Municípios da I GERES-PE		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Carga horária semanal								
Até 20 horas	12	10,43	46	24,21	15	34,09	73	20,92
Mais de 20 até 30 horas	40	34,78	62	32,63	7	15,91	109	31,23
Mais 30 até 40 horas	63	54,78	80	42,11	22	50,00	165	47,28
Mais de 40 horas	-	-	2	1,05	-	-	2	0,57
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100
Tempo de serviço no cargo atual								
Menos de 5 anos	33	28,70	121	63,68	32	72,73	186	53,30
Entre 5 e 10 anos	38	33,04	21	11,05	4	9,09	63	18,05
Mais de 10 anos	44	38,26	48	25,26	8	18,18	100	28,65
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Atuação em mais de um município								
Sim	18	15,65	35	18,42	14	31,82	67	19,2
Não	97	84,35	155	81,58	30	68,18	282	80,8
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00

Fonte: os autores

Em relação à formação dos profissionais nas áreas de VS e Nasf-AB, os dados da Tabela 3 revelam que 82,72% (292/353) possuem graduação na área de Ciências Biológicas e da Saúde e alguns deles até mais que um curso de graduação; quanto a pós-graduação na área de saúde pública e o tempo de conclusão da mesma, 65,04% (227/349) possuem curso de aprimoramento com término do último curso recente, em até 1 ano para 42,29% (96/227). Verificou-se ainda que, 55,30% (193/349) realizaram curso de especialização *Lato sensu*, concluído por 63,21% (122/193) há mais de 3 anos e 13,75% (48/349) possuem curso de pós-graduação *Stricto sensu* (Mestrado ou Doutorado) na referida área, sendo concluído por 50,00% (24/48) há mais de 3 anos.

Tabela 3. Características de graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020.

Características de graduação e pós-graduação	Capital – Recife		Outros Municípios da RMR		Outros Municípios da I GERES-PE		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Área de Graduação								
Ciências Biológicas e da Saúde	89	76,72	39	86,67	164	85,42	292	82,72
Ciências Exatas e da Terra	4	3,45	-	-	2	1,04	6	1,7
Ciências Humanas e Sociais Aplicadas	14	12,07	6	13,33	22	11,46	42	11,9
Graduação Tecnológica	8	6,90	-	-	2	1,04	10	2,83
Linguística, Letras e Artes	1	0,86	-	-	2	1,04	3	0,85
Total	116	100,00	45	100,00	192	100,00	353*	100,00
Realização de aprimoramento na área de saúde pública								
Sim	70	60,87	131	68,95	26	59,09	227	65,04
Não	45	39,13	59	31,05	18	40,91	122	34,96
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Tempo desde a conclusão do último aprimoramento								
Até 1 ano	26	37,143	55	41,98	15	57,69	96	42,29
Entre 1 e 3 anos	22	31,429	38	29,01	4	15,38	64	28,19
Mais de 3 anos	21	30,000	38	29,01	7	26,92	66	29,07
Não informado	1	1,429	-	-	-	-	1	0,45
Total	70	100,000	131	100,00	26	100,00	227	100,00
Realização de especialização <i>Lato sensu</i> em área de saúde pública								
Sim	67	58,26	107	56,32	19	43,18	193	55,3
Não	48	41,74	83	43,68	25	56,82	156	44,7
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Tempo desde a conclusão da especialização <i>Lato sensu</i>								
Até 1 ano	9	13,43	17	15,89	5	26,32	31	16,06
Entre 1 e 3 anos	7	10,45	27	25,23	6	31,58	40	20,73
Mais de 3 anos	51	76,12	63	58,88	8	42,11	122	63,21
Total	67	100,00	107	100,00	19	100,00	193	100,00
Realização de especialização <i>Stricto sensu</i> em área de saúde pública								
Sim	20	17,39	27	14,21	1	2,27	48	13,75
Não	95	82,61	163	85,79	43	97,73	301	86,25
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Tempo desde a conclusão da especialização <i>Stricto sensu</i>								
Até 1 ano	8	29,63	5	25,00	-	-	13	27,08
Entre 1 e 3 anos	7	25,93	4	20,00	-	-	11	22,92
Mais de 3 anos	12	44,44	11	55,00	1	100,00	24	50,00
Total	27	100,00	20	100,00	1	100,00	48	100,00

*O total foi maior que o número de participantes, pois estes poderiam descrever mais de uma graduação.

Fonte: os autores.

Sobre o perfil de utilização da internet para busca de conhecimentos e informações, 91,40% (319/349) dos profissionais relataram possuir o hábito de utilizá-la para tais fins, dentre os quais, 36,68% (128/319) realizam buscas semanais e entre as fontes de pesquisa recente relatadas, as mais utilizadas são os sites oficiais de órgãos da área da saúde, como Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Secretaria Estadual de Saúde (SES), Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Prefeituras, com uma participação de 21,78% (76/349), de acordo com os dados da Tabela 4.

Tabela 4. Características das formas de pesquisa realizadas por profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020.

Características de pesquisa	Capital – Recife		Outros Municípios da RMR		Outros Municípios da I GERES-PE		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hábito de busca de conhecimento pela internet								
Sim	108	93,91	174	91,58	37	84,09	319	91,4
Não	7	6,09	16	8,42	7	15,91	30	8,6
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Frequência de pesquisas na internet								
Diária	38	33,04	66	34,74	13	29,55	117	33,52
Semanal	42	36,52	76	40,00	10	22,73	128	36,68
Quinzenal	9	7,83	10	5,26	5	11,36	24	6,87
Mensal	19	16,52	22	11,58	9	20,45	50	14,33
Não informado	7	6,09	16	8,42	7	15,91	30	8,6
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Fontes de pesquisa recente na internet								
Sites oficiais da saúde	33	28,70	36	18,95	7	15,91	76	21,78
Sites de instituições de pesquisa	2	1,74	2	1,05	1	2,27	5	1,43
Sites de instituições de ensino e UNASUS	5	4,35	13	6,84	7	15,91	25	7,16
Sites de órgãos de conselho de saúde	7	6,09	8	4,21	5	11,36	20	5,73
Sites de pesquisa científica	1	0,87	4	2,11	0	0,00	5	1,43
Google	4	3,48	6	3,16	1	2,27	11	3,15
Sites de pesquisa científica + Google	1	0,87	-	-	-	-	1	0,29

Características de pesquisa	Capital – Recife		Outros Municípios da RMR		Outros Municípios da I GERES-PE		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sites de instituições de pesquisa + Sites de órgãos de conselho de saúde	3	2,61	-	-	-	-	3	0,86
Sites oficiais de saúde + Sites de instituições de pesquisa	8	6,96	18	9,47	-	-	26	7,45
Sites oficiais de saúde + Sites de instituições de ensino e UNASUS	17	14,78	26	13,68	9	20,45	52	14,9
Sites oficiais de saúde + Sites de pesquisa científica	17	14,78	39	20,53	3	6,82	59	16,91
Sites de instituições de ensino e UNASUS + Sites de pesquisa científica	2	1,74	8	4,21	1	2,27	11	3,15
Outros	2	1,74	13	6,84	3	6,82	18	5,16
Não Informado	13	11,30	17	8,95	7	15,91	37	10,6
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00

Fonte: os autores.

A respeito de participação em cursos de qualificação pelos profissionais de saúde atuantes na VS e Nasf-AB, 97,71% (341/349) deles afirmaram participar de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) em sua área de trabalho, entre várias opções diferentes de busca por qualificação. Ressalta-se que cada profissional que sinalizou participar de capacitações pôde assinalar todas, algumas, ou nenhuma das categorias referentes ao ambiente de realização de capacitações, o que gerou, ao todo, 750 informações. Entre as respostas de formas de qualificação, 34,62% (260/750) informaram que participam de tais ações promovidas pela própria instituição de trabalho. Outra questão interessante elucidada pelo estudo é a de que as qualificações realizadas pelos profissionais são recentes, como descrito nos dados na Tabela 5, em que 78,80% (275/349) dos participantes concluíram a última capacitação em um período inferior a um ano atrás. Além disso, 80,23% (280/349) dos

participantes informaram receber repasse de informações da I GERES-PE através dos seus respectivos coordenadores.

Em relação à educação permanente/continuada, como cursos e oficinas para qualificação na área de atuação, 71,35% (249/349) dos profissionais relataram esta necessidade, mesmo algumas vezes buscando informações pela internet. Sobre as sugestões dos profissionais à I GERES-PE para melhoria na qualidade da formação para atuação em Vigilância em Saúde e Atenção Básica, foram citadas 220 delas, das quais 18,18% (40/220) e 16,82% (37/220) solicitaram a realização de mais qualificações na área de Políticas de organização do SUS e Políticas gerais de organização da atenção à saúde, respectivamente, enquanto 3,64% (08/220) foram enquadradas na categoria "outros", cujas sugestões são das áreas de clínica médica, pareceres sociais, gestão de aprendizagem, doenças raras, preceptoria, psicopedagogia e benefícios previdenciários/direitos trabalhistas. Vale ressaltar que cada participante teve a oportunidade de informar mais de uma sugestão, o que significa que os valores absolutos e relativos na Tabela 6, não dizem respeito à quantidade de indivíduos que fizeram sugestões, e sim à quantidade de menções que os participantes fizeram, enquanto citavam suas sugestões a determinados temas, os quais se enquadraram nas categorias descritas na tabela.

Ao realizar a análise de associação, pelo teste de Qui-Quadrado, verificou-se que a formação e qualificação profissional apresenta associação significativa com a realização de especialização *Lato sensu*, enquanto o fato do título de uma pós-graduação *Stricto sensu* não apresenta associação, de acordo com os dados da tabela 7. Outras associações significativas foram constatadas, como por exemplo, o fato de a coordenação geral das equipes repassar as informações das reuniões da I GERES-PE aos profissionais e a realização de atividades integradas entre os profissionais da Vigilância em Saúde e Nasf-AB apresentaram associações significativas com a formação e qualificação desses profissionais (Tabela 8).

Tabela 5. Características de qualificação dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020.

Características de qualificação	Capital – Recife		Outros Municípios da RMR		Outros Municípios da I GERES-PE		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Participação em qualificação								
Sim	114	99,13	186	97,89	41	93,18	341	97,71
Não	1	0,87	4	2,11	3	6,82	8	2,29
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Ambiente de realização da qualificação								
Instituição de trabalho	100	40,49	127	30,46	33	38,37	260	34,67
Instituições privadas	21	8,50	62	14,87	15	17,44	98	13,07
Congressos	51	20,65	97	23,26	21	24,42	169	22,53
Ensino a distância	72	29,15	124	29,74	16	18,60	212	28,27
Outros	3	1,21	7	1,68	1	1,16	11	1,46
Total	247	100,00	417	100,00	86	100,00	750	100,00
Tempo desde a conclusão da última qualificação								
Até 1 ano	89	77,39	154	81,05	34	77,27	277	79,37
Entre 1 e 3 anos	15	13,04	25	13,16	9	20,45	49	14,04
Mais de 3 anos	10	8,70	11	5,79	-	-	21	6,02
Não informado	1	0,87	-	-	1	2,27	2	0,57
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Ocorrência de repasse de informações pela coordenação								
Sim	86	74,78	157	82,63	37	84,09	280	80,23
Não	29	25,22	33	17,37	7	15,91	69	19,77
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00
Necessidade de qualificação para atuação em sua área de trabalho								
Sim	99	86,09	132	69,47	18	40,91	249	71,35
Não	16	13,91	56	29,47	26	59,09	98	28,08
Não informado	-	-	2	1,05	0	0,00	2	0,57
Total	115	100,00	190	100,00	44	100,00	349	100,00

Fonte: os autores

Tabela 6. Sugestão dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB, à I GERES-PE para melhoria na qualidade da formação para atuação no trabalho, em números absolutos (N) e relativos (%), na capital Recife, em outros municípios da RMR e em outros municípios da I GERES-PE, 2020.

Sugestão dos profissionais de saúde à I GERES-PE	Capital – Recife	Outros Municípios da RMR	Outros Municípios da I GERES-PE	Nº total	(%)
Políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde	6	13	2	21	9,55
Políticas gerais de organização da atenção à saúde	5	28	4	37	16,82
Políticas de organização do SUS	19	19	2	40	18,18
Políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais	7	4	3	14	6,36
Políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde + Políticas gerais de organização de atenção à saúde	-	7	-	7	3,18
Integração entre APS e VS	2	4	-	6	2,73
Políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde + políticas de organização do SUS	1	3	-	4	1,82
Políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde + políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais	-	4	-	4	1,82
Doenças negligenciadas	-	2	-	2	0,90
Especialização em área de saúde pública/mestrado profissional	3	8	1	12	5,45
Legislação sanitária e atualidades em legislações na saúde pública	9	12	1	22	10,00
Atualidades em saúde pública	7	6	6	19	8,64
Atualidades em vigilância ambiental, mosquitos, arboviroses, zoonoses	8	6	-	14	6,36
Tópicos em vigilância sanitária e resíduos de serviços de saúde	1	9	-	10	4,55
Outros	3	5	-	8	3,64
Total	71	130	19	220	100,00

Fonte: os autores.

Tabela 7. Frequência absoluta (FA) e frequência relativa (FR) de formação e qualificação profissional e análise de sua associação com a realização de pós-graduação *Lato sensu* e *Stricto sensu*, entre profissionais da Vigilância em Saúde e Nasf-AB de municípios da I GERES-PE, 2020.

Área	Especialização				Valor de p	Mestrado e Doutorado				Valor de p
	Sim		Não			Sim		Não		
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)		F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)	
Sanitária	45	66,2	23	33,8	0,012	10	14,7	58	85,3	0,119
Epidemiológica	40	64,5	22	35,5		12	19,4	50	80,6	
Ambiental	21	47,7	23	52,3		4	9,1	40	90,9	
Trabalhador	4	66,7	2	33,3		2	33,3	4	66,7	
NASF	69	46,0	81	54,0		15	10,0	135	90,0	
Outros	14	73,7	5	26,3		5	26,3	14	73,7	

Fonte: os autores

Tabela 8. Frequência absoluta (FA) e frequência relativa (FR) de formação e qualificação profissional e análise de sua associação com a realização de repasse da coordenação e atividades integradas, entre profissionais da Vigilância em Saúde e Nasf-AB de municípios da I GERES-PE, 2020.

Área	Repasse da Coordenação				Valor de p	Atividades Integradas				Valor de p
	Sim		Não			Sim		Não		
	F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)		F.A.	F.R. (%)	F.A.	F.R. (%)	
Sanitária	46	67,6	22	32,4	0,004	6	8,8	62	91,2	0,011
Epidemiológica	51	82,3	11	17,7		20	32,3	42	67,7	
Ambiental	35	79,5	9	20,5		11	25,0	33	75,0	
Trabalhador	4	66,7	2	33,3		3	50,0	3	50,0	
NASF	132	88,0	18	12,0		39	26,0	111	74,0	
Outros	12	63,2	7	36,8		7	36,8	12	63,2	

Fonte: os autores

4. Discussão

De acordo com os dados e cadastro fornecidos pela I GERES-PE, atualmente existem 409 profissionais de nível superior lotados na Vigilância em Saúde e 366 no Nasf-AB dos 20 municípios da I GERES-PE. Vale ressaltar que, devido ao caráter e participação voluntária neste estudo, nem todos os profissionais dos 20 municípios da I GERES-PE e até mesmo os próprios municípios demonstraram interesse em participar. Sendo assim, apenas 14 (70,00%) dos municípios foram analisados, que contam com o total de 370 profissionais lotados na Vigilância em Saúde e 303 no Nasf-AB, destes, respectivamente, 27,30% (101/370) e 29,37% (89/303) encontravam-se nos critérios de exclusão por férias ou licença médica e 21,35% (71/303) e 20,13% (61/303) não manifestaram o interesse em participar da pesquisa.

Cabe ainda destacar que, com a promulgação da Portaria MS Nº 2.979/2019²³, que revoga todas as portarias referentes ao Nasf-AB, os municípios Itamaracá, Olinda e São Lourenço da Mata descredenciaram suas equipes Nasf-AB, e, portanto, não houve a participação dos profissionais deste setor nos respectivos municípios.

Verificou-se neste estudo que há predominância de mulheres atuantes na saúde, assim como relatado em outros estudos, demonstrando a conquista das mulheres no mercado de trabalho, tanto por maior espaço como pelo seu reconhecimento^{24, 25, 26, 27}. Mendonça (2017)²⁴ em seu estudo com 19.537 mulheres trabalhadoras da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, relata que 8.596 (44,00%) destas são profissionais de nível superior.

Em relação aos setores de atuação, a área de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) foi a que registrou um menor quantitativo (1,71%) de profissionais participantes da pesquisa (06/349), distribuídos em Recife, Camaragibe e Glória de Goitá. Em outro estudo, realizado com os profissionais da V GERES-PE, Santos²⁸ (2018) constatou que 78,57% (11/14) dos municípios não possuíam um serviço estruturado de Visat, cujos fatos corroboram

com os relatos de Leão²⁹ (2011); Lacaz, Machado e Porto³⁰ (2006); e Vilela³¹ (2003) que apresentaram em seus estudos alguns entraves, descritos como desaceleradores nesse processo de implementação do serviço de Visat no SUS: falta de capacitação técnica das equipes; limitação dos recursos humanos e materiais; falta de integração com os demais setores da VS, entre outros., assim como verificado de forma semelhante na I GERES do Estado de Pernambuco

Vale ressaltar que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria Nº 1.823/2012³², estabelece que à direção estadual do SUS compete: “organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde...”. Desse modo, faz-se necessária a reorganização dos serviços de Visat nos municípios da I GERES-PE, a partir de sua coordenação, através da identificação das causas específicas do baixo quantitativo de profissionais envolvidos nesse setor, assim como estimular a implementação do serviço pelos gestores municipais.

Neste estudo, a maioria dos trabalhadores afirmaram ter ingressado em seus respectivos cargos por meio de concurso, corroborando com relatos de Assunção et al.³³ (2012) e Cotta et al.³⁴ (2006), ambos realizados em municípios do estado de Minas Gerais, Belo Horizonte e Teixeiras, respectivamente, onde o percentual de trabalhadores com vínculo através de concurso público foram de 57,20% e 53,57%. Ao mesmo tempo, a pesquisa mostra que 53,30% possuem tempo de serviço inferior a 05 anos no atual cargo.

A Figura 1 demonstra claramente que Recife e o grupo dos demais municípios da RMR, que possuem maior densidade demográfica, apresentam a maior quantidade de profissionais com vínculo efetivo, que realizaram concursos públicos recentemente, entre os anos de 2013 a 2019, o que pode explicar tais resultados. Além disso é possível observar também que a política para efetivação de cargos na área da saúde é mais intensa em Recife e demais municípios da RMR, quando comparada aos municípios do interior, o que caracteriza a fragilidade deste vínculo empregatício para os profissionais que atuam no interior do Estado.

Porém é muito importante observar que 45,56% (159/349) possuem um vínculo empregatício frágil, principalmente nos municípios da região do interior do Estado, e, ainda especificamente para os profissionais do Nasf-AB, como se observa na Figura 2, em que 62,70% (94/150) são profissionais contratados, fragilidade esta gerada devido a alta rotatividade dos profissionais em períodos de mudança de gestão municipal, cujos cargos são ocupados por indicação política dos gestores municipais, o que interfere diretamente e

negativamente na qualidade dos serviços prestados por eles à comunidade, ao dificultar o estabelecimento de vínculo com os usuários do SUS, bem como a continuidade da atenção³⁵. Essa problemática evoca a importância da estruturação dos ‘Planos de Cargos, Carreiras e Salários no SUS’ no combate à instabilidade dos profissionais em seus respectivos cargos, de modo a garantir não só a permanência contínua dos mesmos na equipe, como também salários e condições de trabalho que desestimulem a formação da precariedade de vínculos e o resguardo dos direitos legais do trabalhador, no sentido de coibir interferências políticas na estruturação da equipe^{36, 37, 38}.

Observou-se que a maioria dos profissionais possuem cursos de graduação na área de Ciências Biológicas e da Saúde, fato este relacionado por tratar-se de um estudo no campo da saúde e com outros fatores, como por exemplo, o crescimento da oferta de vagas de Ensino Superior em cursos na área da saúde no Brasil, visto que, comparativamente foram ofertadas, em 2014 um total de 884.568 vagas, 439% a mais que no ano de 2000, onde foram ofertadas 164.163, de acordo com Pierantoni et al.³⁹ (2019).

Entretanto, cabe destacar a importância na valorização das demais áreas de graduação como ferramenta de intersecção, além da característica da multi e interprofissionalidade no campo da saúde. Percebe-se, no entanto, que dentre as áreas relatadas, não foram verificados profissionais da área de Engenharia, como os Engenheiros de Segurança do Trabalho, Ambientais ou de Alimentos, importantes profissionais no apoio matricial das equipes de saúde na atenção básica e ações de gerenciamento de resíduos sólidos, fortalecimento dos serviços de saúde ocupacional e dos processos de fiscalização e exigências sanitárias relacionadas aos alimentos^{40, 41}.

Os dados deste estudo revelaram que 97,71% dos profissionais participaram de ações de EPS, dos quais 78,80% as concluíram em um período inferior a um ano, enquanto 65,04% deles possuem, pelo menos, um aperfeiçoamento na área da Saúde, concluída em até 1 ano por 42,29% destes. Resultados semelhantes foram relatados por Santos²⁸ (2018) e Barbieri⁴² (2018), respectivamente, na V e IV GERES-PE, em que 96,15% e 81,81% dos participantes participaram de cursos de EPS, tendo os concluído a pelo menos um ano por 72,00% e 66,66%, respectivamente.

Esses dados enfatizam a existência da continuidade de políticas de educação permanente e investimentos em capacitações por parte da I, IV e V GERES aos profissionais de saúde, e reforçam a importância da PNEPS, que objetiva transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. A Educação Continuada (EC), seja ela

como aprimoramento ou especialização *Lato sensu*, na área de saúde pública é uma estratégia muito importante para proporcionar ao profissional conhecimentos específicos que preencham lacunas da formação de base nos cursos de graduação segundo a necessidade real existente no local de trabalho^{43, 44}. O investimento em EPS ofertada aos profissionais do SUS é muito relevante, e se atrelada a EC, amplia a construção de conhecimento através da junção dos conteúdos técnicos adquiridos e a reflexão do processo de trabalho para a melhoria da prática na comunidade^{45, 46}.

A modalidade de Ensino a Distância (EaD) foi citada por 28,27% (212/750) dos profissionais atuantes na I GERES-PE, dados semelhantes aos verificados no interior do Estado, em que 25,00% (09/36) dos coordenadores da IV GERES-PE, também utilizam a mesma ferramenta como ambiente para realização das qualificações⁴². Apesar da utilização desta ferramenta pela minoria dos profissionais, 71,35% (249/349) dos entrevistados relataram a necessidade de participação em mais qualificações, cujos temas de interesse sugeridos à I GERES-PE, foram direcionados ao planejamento e oferta de ações de EPS e EC, em mais de 220 respostas.

O aprendizado por meio de recursos tecnológicos é de grande importância na atualização profissional, uma vez que ele permite a utilização de novos conteúdos, práticas pedagógicas e recursos didáticos, buscando estimular e facilitar a produção de conhecimento a partir da autoaprendizagem, superar as barreiras da distância e a dificuldade de acesso às bibliografias, além de favorecer a circulação de dados e o fomentar debates^{47, 48}.

Seidl et al.³⁵ (2014) analisaram os resultados das entrevistas realizadas com profissionais participantes das equipes de Atenção Básica pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e observaram a necessidade de maior distribuição e oferta de especializações e programas de residência direcionados para atuação na APS, porém também deixam claro quanto as limitações das informações sobre a formação complementar, relatando que é impreciso o quanto esta pode resultar em uma melhor prática profissional na APS, pois nos questionários por eles aplicados não há padronização do preenchimento para as áreas referidas para o *Stricto sensu* e para o *Lato sensu*.

Cabe ainda ressaltar, observando as tabelas 7 e 8, que neste estudo realizado na I GERES no Estado de Pernambuco, houve associação significativa entre a qualificação profissional e a realização de pós-graduação *Lato sensu*, assim como a realização de atividades integradas entre os profissionais, demonstrando a importância que o investimento

em formação profissional associado às ações de EPS e EC são necessários para garantir e promover a integralidade das atividades e do cuidado, fazendo-se cumprir, portanto, as atuais políticas nacionais em vigência, tanto de Atenção Primária à Saúde como de Vigilância em Saúde^{49, 50}.

5. Conclusão

Foram evidenciadas cinco áreas de formação distribuídas entre os profissionais do SUS lotados nos cargos de Vigilância em Saúde e Nasc-AB de municípios que compõem a I GERES-PE participantes da pesquisa, sendo a área de Ciências Biológicas e da Saúde a mais frequente entre os profissionais de saúde da I GERES-PE. Dentre eles, não foram verificados profissionais da área das Engenharias. Os profissionais participam de qualificação profissional, principalmente em sua própria instituição de trabalho, caracterizando as ações de EPS realizadas pelos municípios. Este estudo demonstrou que os profissionais referem o interesse e a necessidade de mais ações de qualificação para sua atuação profissional, sugerindo temas relacionados às políticas de organização do SUS e políticas gerais de organização da atenção à saúde.

Agradecimentos

Agradecimentos à Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, à I GERES-PE e aos municípios participantes da pesquisa, principalmente a Prefeitura Municipal de Camaragibe – PE.

Referências

- 1 Barbosa MA, Brasil VV, Sousa ALL, Monego ET. Refletindo sobre o desafio da formação do profissional de saúde. *Rev. bras. enferm.* 2003; 56(5):574-576.
- 2 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- 3 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução Nº 225 de 08 de maio de 1997. Institui criação e funcionamento da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos. *Diário Oficial da União* 08 mai. 1997; Seção 1.

- 4 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20(5):1400-1410.
- 5 Silva JPV, Tavares CMM. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trab. Educ. Saúde*, 2004; 2(2):271-285.
- 6 Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(2):490-498.
- 7 Feuerwerker LCM. Por que a cooperação com o SUS é indispensável para os cursos universitários na área da saúde. *Olho Mágico*, 2006; 13(1):32-38.
- 8 Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- 9 Pierantoni CR, Varella TC, Santos MR, França T, Garcia AC. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis [Internet]*. 2008 [acesso em: 03 jul. 2020]; 18(4):685-704. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005&lng=pt.
- 10 Magnago C, Pierantoni CR, França T, Vieira SP, Miranda RG, Nascimento DN. Policy of Labor Management and Health Education: a ProgeSUS experience. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2017 May [acesso em: 08 jul. 2020]; 22(5):1521-1530. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501521&lng=en.
- 11 Oliveira AF. Confiança do empregado na organização: impacto dos valores pessoais, organizacionais e da justiça organizacional. Brasília. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2004.
- 12 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 355, de 27 de novembro de 2003. Institui a Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e polos de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União*; 27 nov. 2003 [acesso em 13 fev. 2020]; Seção 1. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc.
- 13 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198/GM/MS, 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. *Diário Oficial da União* 13 fev. 2004 [acesso em: 13 fev. 2020]; Seção 1. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União* 20 ago. 2007; Seção 1

- 15 Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface comunic. saúde educ.*, 2007; 11(23):427-438.
- 16 Pernambuco (BR). Secretaria Estadual de Saúde. Decreto Nº 32.823 de 09 de dezembro de 2008. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. Recife, Pernambuco, Brasil. 2008 [acesso em 03 de jul. 2020]. Disponível em: <https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?tiponorma=6&numero=32823&complemento=0&ano=2008&tipo=&url=>.
- 17 Peduzzi M, Guerra DAD, Braga CP, Lucena FS, Silva JAM. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu) set.* 2009; 13(3):121-134.
- 18 Mendonça FF. Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: percepções de tutores e facilitadores. Londrina. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina; 2007.
- 19 González AD, Almeida MJ, Mendonça FF. Percepções de participantes quanto ao curso de ativação de processos de mudança na formação superior de profissionais de saúde. *Rev. bras. educ. méd.* 2009; 33(2):176-185.
- 20 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 13 jun. 2013; Seção 1.
- 21 Pernambuco (BR). Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. I Gerência Regional de Saúde (I GERES). Recife, 2020 [online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/i-geres>. Acesso em: 15 jun. 2020
- 22 Zar J. *Biostatistical Analysis*. Upper Saddle River – NJ: Prentice-Hall, 4. ed; 1999.
- 23 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 13 nov. 2019 [acesso em: 13 fev. 2020]; Seção 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>.

- 24 Mendonça E. Perfil de mulheres da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: família, estudo e trabalho, uma reflexão para além das oportunidades. *Rev. Saúde Foco*, [Internet]. jun. 2017 [acesso em 05 ago. 2020]; 2(1). Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/316/275>.
- 25 Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação profissional: fatores associados à qualidade da atenção primária. *Rev. Bras Educ. Med.* 2016; 40(4):547-559.
- 26 Machado MH, Aguiar Filho W, Lacerda WF, Oliveira E, Lemos W, Wermelinger M et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enfer. Foco.* 2015; 6(1/4):11-17.
- 27 Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá-Mato Grosso. *Rev. Eletr. Enf.* 2012 jan/mar; 14(1):171-180.
- 28 Santos C, Brandespim DF. Características dos Recursos Humanos e desafios no trabalho de coordenadores de Vigilância em Saúde no interior de Pernambuco. *Visa em Debate*; mai. 2018; 6(2):54-60.
- 29 Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia em Serviços de Saúde.* 2011; 20(1):85-100.
- 30 Lacaz FAC, Machado JMH, Porto MFS. Relatório Final do Projeto. Estudo da situação e tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil. OPAS/Abrasco, [Internet]. 2002 [acesso em: 15 jun. 2020]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Estudo%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Tend%C3%Aancias%20da%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20no%20Brasil.pdf>
- 31 Vilela RAG. *Desafios da vigilância e da prevenção dos acidentes do trabalho.* São Paulo: LTR, 2003.
- 32 Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 33 Araujo MRN, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção das doenças. *Rev. bras. enferm.* 2004; 57(1):19-25.

- 34 Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(3):7-18.
- 35 Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCD, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. [Internet] out. 2014 [acesso em 20 jun. 2020]; 38(esp.):94-108. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341750008>.
- 36 Vieira, NP. Gestão do trabalho em saúde: planos de carreira, cargos e salários como demanda histórica na saúde pública e características de sua implantação em municípios paulistas. São Paulo. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Universidade Federal de São Paulo; 2014.
- 37 Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, França T, Miranda RG. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *Saúde Debate*. 2017;41(112):110-21.
- 38 Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saude Publica*. [Internet]. 2017 [acesso em 14 mai. 2020]; 33(Suppl 2):e00118816. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>
- 39 Pierantoni CR, Magnago C, Vieira SP, Ney MS, Miranda RG, Girardi SN. Graduação em saúde: oferta e estratégias para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2019[acesso em 03 mai. 2020]; 35(Supl. 2):e00066018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805004
- 40 Amarante JAS, Rech TD, Sieglach AE. Avaliação do gerenciamento dos resíduos de medicamentos e demais resíduos de serviços de saúde na Região Serrana Santa Catarina. *Engen. Sanit. Ambient. mar./abr.2017*; 22(2):317-326.
- 41 Quintino SS, Rodolpho D. UM ESTUDO SOBRE A IMPORTÂNCIA DO APPCC - ANÁLISE DE PERIGOS E PONTOS CRÍTICOS DE CONTROLE - NA INDÚSTRIA DE ALIMENTOS. *INFA* [Internet]. 30 dez. 2018 [acesso em: 31 mai. 2020]; 15(2):196-207. Disponível em: <https://revista.fatectq.edu.br/index.php/interfacetecnologica/article/view/452>
- 42 Barbieri LS, Brandespim DF. PERFIL DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS NA COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA IV GERES - PERNAMBUCO. *Ars Veterinaria*, out. 2018; 34(3):129-134.

- 43 Krummenauer EC, Machado JAA, Kautzmann AE, Ritta CM, Haas F, Carneiro M. Educação continuada: Uma ferramenta para a segurança do cuidado. *Rev. Epidemiol. Control. Infect.* 2014; 4(3):221-22.
- 44 Pinochet LHC, Lopes AS, Silva JS. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. *Rev. RGSS.* 2014; 3(2):11-9.
- 45 Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil: Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 29-59.
- 46 Mattos, LB. Análise da contribuição de curso de especialização em atenção primária à saúde na prática de profissionais de saúde. Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2014.
- 47 Paim MC, Alves VS, Ramos AS. Projeto EAD SUS/BA: incorporação do ensino a distância aos processos de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde do estado da Bahia/EAD SUS/BA. *Rev. Baiana Saúde Pública.* 2009; 33(1):104-112.
- 48 Rangel-S ML, Barbosa AO, Riccio NCR, Souza JS. Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da Educação a Distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2012; 16(41):545-555.
- 49 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das Diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 21 set. 2017; Seção 1.
- 50 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 12 jul. 2018; Seção 1.

6. CAPÍTULO II: ARTIGO II

Título

Práticas de qualificação e integração entre profissionais de saúde no Estado de Pernambuco

Título Resumido

Integração entre profissionais de saúde

Resumo

Este estudo objetivou analisar as ações de integração entre os profissionais de saúde atuantes na Vigilância em Saúde (VS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) de municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES-PE), no período de junho de 2019 a junho de 2020. As variáveis analisadas por meio da utilização de questionários estruturados por questões abertas abordaram características da qualificação e integração entre os respectivos serviços de saúde em estudo; as respostas foram transcritas por digitalização e analisadas pelo método de Análise de Conteúdo (AC) do tipo temático-estrutural, a partir da abordagem teórica que Castro (1993) adota para explicar as dimensões da qualificação, e de um recorte do modelo de colaboração interprofissional adotados por D'Amour et al. (2008) e classificação quanto ao nível de colaboração existente, sendo os seguintes níveis: colaboração ativa (3), colaboração em desenvolvimento (2) e colaboração potencial ou latente (1). Observou-se que os participantes reconhecem a qualificação profissional como uma ferramenta que melhora a relação entre os setores de VS e Nasf-AB e que o investimento em educação permanente e continuada são ferramentas essenciais para impulsionar a integração e a valorização profissional. Através das dimensões e indicadores de colaboração interprofissional, observou-se que estes profissionais estão no nível 2 de colaboração, o que significa “em desenvolvimento”, demonstrando que as mudanças estão ocorrendo e que é necessário fortalecimento no conhecimento dos objetivos, ferramentas de comunicação e os mecanismos de liderança constituindo-se em ações contínuas e acessíveis para os profissionais de saúde da I GERES em Pernambuco.

Palavras-chave: Educação Permanente; Vigilância em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Integralidade.

1. Introdução

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que diz respeito direto à forma de organização dos serviços, com o envolvimento dos saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando construir a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de efetivar o cuidado. Nesse sentido, a integralidade busca a não fragmentação da atenção à saúde, a

interação entre os saberes técnicos e práticos dos diversos sujeitos e articulação de equipes multiprofissionais^{1,2}.

O modelo hegemônico traz a atenção à saúde centrada na assistência curativa, hospitalar e superespecializada, na vertente de interesses econômicos e corporativos. No intuito de substituir as práticas desse conceito hegemônico de saúde, o Ministério da Saúde (MS) vem organizando e consolidando o SUS através de medidas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), de maneira a possibilitar que o acesso ao serviço aconteça de forma universal e a garantia de uma atenção integral e integrada ao longo do tempo, com equipe multiprofissional¹.

Ainda, na perspectiva de consolidação do SUS, a Vigilância em Saúde (VS) tem o objetivo de realizar ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas, constituída pela vigilância e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária abrangendo ações de observação e análise permanente da situação e dos eventos relacionados à saúde, articulando-se em um conjunto de ações para a proteção e promoção da saúde, destinadas a controlar determinantes e condicionantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção³.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) preconiza que devem ser garantidos os processos de trabalho integrados entre a Vigilância e Atenção à Saúde, considerando o planejamento, a análise de situação de saúde e a avaliação dos riscos e vulnerabilidades do território³. Kalichman e Ayres⁴ (2016) destacam a integralidade como um dos princípios do SUS mais desafiador para sua concretização, provavelmente pela complexidade em sua construção conceitual e operacionalização.

A integralidade é assumida a partir das políticas públicas, desenhadas especificamente para o aprimoramento dos serviços de saúde, reestruturação das políticas existentes, ações e serviços, a partir de questões que envolvam determinados grupos populacionais⁵.

Alves⁶ (2017) e Silva et al.⁷ (2018) descrevem a integralidade como o resultado da interação democrática entre os profissionais responsáveis pela oferta de cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção e diferentes práticas terapêuticas, enxergando os usuários do SUS em todas as suas dimensões, a partir de uma compreensão biopsicossocial e também espiritual, para além da doença.

O Ministério da Saúde estabeleceu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Portaria MS nº 4.279/2010⁸, ferramenta esta responsável por organizar as ações e serviços de saúde de acordo com a densidade tecnológica, objetivando a construção de um sistema integrado a partir de apoio técnico e de gestão. Segundo Battesini et al.⁹ (2018) a RAS possui uma estrutura que favorece a possibilidade de ampliação de acesso a população aos serviços de saúde próximos as suas residências, fortalecendo a integralidade.

Tanto a APS quanto a VS fazem parte da organização da RAS. A APS é a principal porta de entrada do SUS, atuando como coordenadora do cuidado, através de relações horizontalizadas com os demais serviços, com canais permanentes de comunicação e garantido a continuidade do cuidado dos usuários¹⁰. A inserção da VS na RAS foi reforçada a partir da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 588/2018, que trata da PNVS, considerado um setor de importância na construção de linhas de cuidado para a rede, com ações que propiciem a identificação dos riscos e proponham medidas para promoção e proteção à saúde, contribuindo assim também, para a integralidade dos serviços³.

Neste estudo objetivou-se analisar as ações de qualificação e a colaboração interprofissional entre os setores da VS e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) de municípios da I Gerência regional de Saúde de Pernambuco (GERES-PE) no intuito de incentivar e fortalecer o planejamento e a integralidade das ações ofertadas nos serviços de saúde, e ainda contribuir com os gestores de saúde, para a melhoria da qualidade e da resolubilidade das ações e do cuidado à saúde, nos setores de VS e Nasf-AB destes municípios.

2. Materiais e métodos

2.1. Considerações éticas e local de estudo

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Agamenon Magalhães – HAM, em março de 2019, por meio do parecer nº 3.204.669, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 06261818.3.0000.5197 (apêndice I), de acordo com os preceitos éticos da Resolução CNS 466/2012²⁰, com anuência da Superintendência de Atenção Básica do Estado de Pernambuco (apêndice II) e da I GERES (apêndice III), onde os sujeitos foram convidados a participar de forma espontânea e voluntária e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice IV),

após a explanação do objeto aos gestores regionais e municipais, bem como aos profissionais participantes. A I GERES-PE é composta pelos municípios de Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Chã Grande, Chã de Alegria, Camaragibe, Glória de Goitá, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão²¹. Localizada na capital do Estado de Pernambuco, Recife, foi escolhida para este estudo por atender a uma população de 4.116.153 habitantes, que corresponde a 44,36% da população do Estado de Pernambuco, possui 15 Unidades Hospitalares, 13 Unidades e Pronto Atendimento (UPAs), o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-PE), 6 Laboratórios Farmacêuticos do Estado de Pernambuco (Lafepe) e a Fundação Hemope; e não se conhece até então, as características qualificação e integração destes profissionais de saúde que prestam serviços aos usuários do SUS.

2.2. Sujeitos da pesquisa e instrumento de coleta de informações

Como critério de inclusão dos sujeitos da pesquisa, foram incluídos e convidados a participar, os profissionais de saúde de nível superior, dos setores de Vigilância em Saúde (VS) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) dos municípios que compõem I GERES-PE; excetuando-se àqueles que estavam de licença médica ou afastados de suas atividades laborais por motivo de saúde ou de férias, ou mesmo àqueles que se recusaram à participação na pesquisa.

Em reunião de Colegiado entre as Coordenações de VS e Nasf-AB da I GERES-PE, foi explanado o objeto da pesquisa e o instrumento de coleta de dados aos coordenadores dos setores (VS e Nasf-AB), para posteriormente agendar, entre junho de 2019 e junho de 2020, datas para a coleta dos dados dos profissionais pertencentes aos critérios estabelecidos, a partir de visitas presenciais no território de atuação. Posteriormente, com a declaração de pandemia da COVID-19 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020, houve mudança na estratégia de coleta de dados pela impossibilidade de visitar os municípios, deste modo, alguns profissionais responderam o questionário enviado para o endereço eletrônico de *email* da coordenação do setor, que os imprimiu e após respondidos digitalizou e enviou de volta.

O questionário é constituído por duas questões condutoras (apêndice V), sendo (A) qual a percepção e sugestão à I GERES para a melhoria na qualidade de formação para a

atuação na VS e Nasf-AB?; e **(B)** desenvolve atividade(s) integrada(s) com o Nasf-AB ou VS? Caso a resposta anterior seja sim, que tipo de ação(ões)?.

2.3. Análise de dados

Para a análise dos dados coletados através do instrumento, as respostas dos questionários foram transcritas por digitalização e analisadas através do método de Análise de Conteúdo (AC) do tipo temático-estrutural. Este método permite viabilizar a análise do conjunto e das particularidades e a categorização das informações obtidas¹³.

As condições de acesso a qualificação profissional da população estudada, foram sistematizadas de forma teórica e estruturadas em três dimensões: “estrutural”, “relacional” e “operacional”, a partir de uma abordagem teórica que Castro¹⁴ (1993) adota para explicar as dimensões da qualificação, considerando o processo histórico e cultural do trabalho, o processo de trabalho e as relações sociais, a experiência de classe e as questões relacionadas a subjetividade e do reconhecimento no trabalho.

As condições de integração entre a população estudada foram sistematizadas a partir de um recorte do modelo de colaboração tetra dimensional elaborado a partir de um estudo de colaboração interprofissional na APS adotados por D’Amour et al.¹⁵ (2008), utilizando três dimensões “Objetivos e visão compartilhada”, “Formalização” e “Governança” e os sete indicadores a eles relacionados. Este modelo permite uma análise de colaboração e organização de sistemas complexos. Após a sistematização, realizou-se a fase de classificação quanto ao nível de colaboração existente, sendo os seguintes níveis: colaboração ativa (3), colaboração em desenvolvimento (2) e colaboração potencial ou latente (1), resultando em um gráfico de Kiviat, no intuito de estabelecer uma visão esquemática dos níveis e da colaboração desenvolvida.

As dimensões teóricas utilizadas neste estudo para análise dos dados estão representadas em figuras referentes à qualificação (Figura 1) e à integração (Figura 2) da população estudada. Dentre as dimensões referentes à qualificação profissional, a “estrutural” corresponde àquela inicial, mais ampla, relacionada a questões gerais, como a estruturação da Educação Permanente em Saúde (EPS) no estado e nos municípios que impacta diretamente na oferta de qualificação e nas condições de trabalho dos profissionais; a “relacional” localizada entre as demais dimensões e engloba elementos dos sujeitos da pesquisa quanto a compreensão da integração e da necessidade de políticas que fortaleçam esta ferramenta entre

eles; a “operacional” apresenta a necessidade de qualificação do trabalhador para a melhoria do serviço prestado.

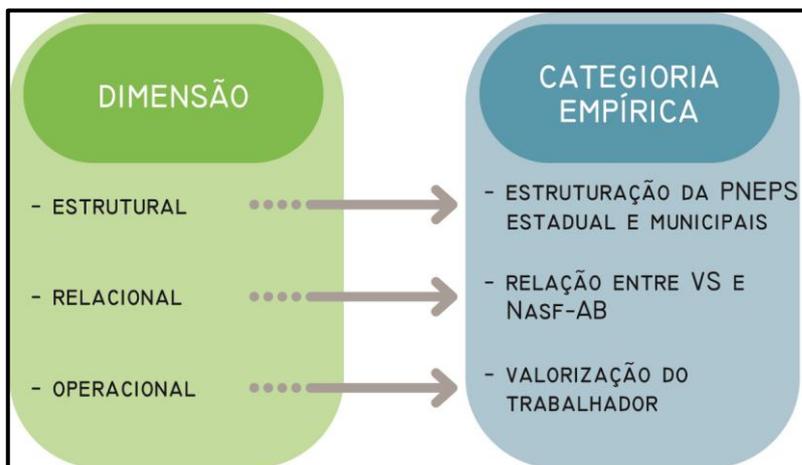


Figura 1. Dimensões teóricas usadas para análise da qualificação dos profissionais de saúde da Vigilância em Saúde e Nasf-AB e categorias empíricas identificadas a partir da fala dos participantes.

Fonte: os autores.

Quanto às dimensões referentes à integração dos sujeitos da pesquisa (Figura 2), a de “apropriação” corresponde àquela que apresenta os objetivos comuns dos profissionais; a de “responsabilização” tem como narrativa os mecanismos de comunicação entre os sujeitos da pesquisa; e a de “apoio” engloba, principalmente, as limitações das gestões de APS e VS como fator importante de articulação e integração.

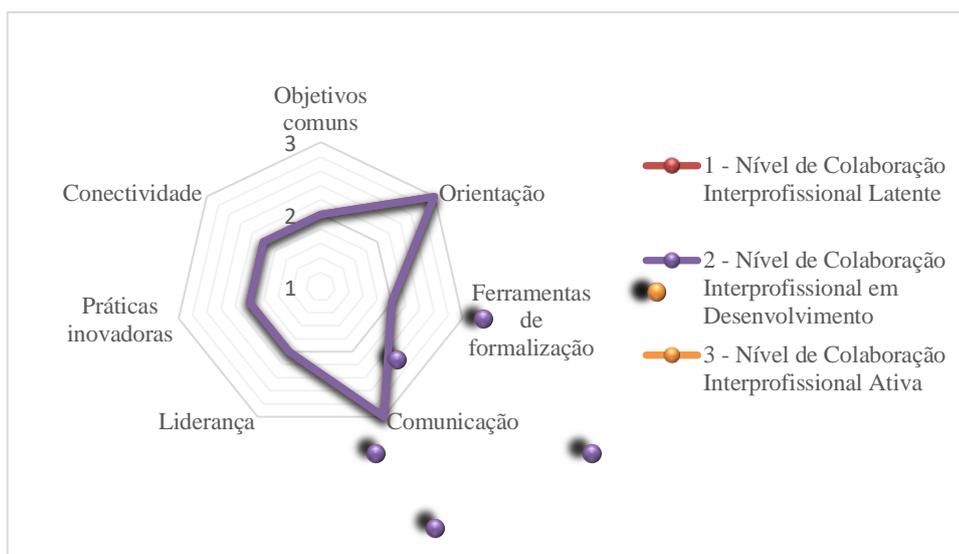


Figura 2. Gráfico de Kiviat demonstrando os níveis de colaboração interprofissional dos profissionais de saúde da vigilância em Saúde e Nasf-AB de municípios da I GERES-PE, 2020.

Fonte: os autores

3. Resultados e Discussão

Neste estudo, participaram 349 profissionais de saúde de 14 municípios da I GERES-PE, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Glória de Goitá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão

3.1. Fatores relacionados ao acesso à qualificação profissional

A partir da narrativa descrita pelos profissionais de saúde no instrumento de coleta de dados, considerando-se a resposta à pergunta condutora “qual a percepção e sugestão à I GERES para a melhoria na qualidade de formação para a atuação na VS e Nasf-AB?”, foram identificadas algumas categorias empíricas que facilitaram a articulação com a dimensão teórica (Figura 1). Desse modo, as categorias empíricas identificadas foram: “estruturação da PNEPS estadual e municipal”; “relação entre VS e Nasf-AB”; e “valorização do trabalhador”.

3.1.1. Dimensão estrutural

A identificação da dimensão “estrutural” como principal elemento relatado pelos profissionais de saúde nos questionários foi a “estruturação da PNEPS estadual e municipal”, demonstrando esta, tratar-se de um ponto estratégico para o processo de qualificação dos profissionais.

Em Pernambuco, desde que as diretrizes para operacionalização da PNEPS, a partir dos recursos repassados pelas instâncias gestoras do SUS, com a Portaria MS nº 1996/2007, 13 Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) foram instituídas, sendo uma na Secretaria Estadual de Saúde (SES) e as outras 12, uma em cada Regional de Saúde¹⁶.¹⁷. Dentre os objetivos das CIES, consta a elaboração dos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), que ocorrem por meio de etapas que resultam na definição de eixos estratégicos para as ações de EPS no estado, formando o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco (PEPS-PE), fato este provavelmente desconhecido dos profissionais de saúde que atuam nos municípios da I GERES-PE, visto que os dados revelaram que a estruturação das ações de EPS pela I GERES-PE e pelos municípios participantes do estudo não são de conhecimento dos profissionais de saúde trabalhadores

desta região de saúde, além de apontarem dúvidas quanto a sistematização, programação, planejamento e investimento em ações para sua qualificação no ambiente de trabalho.

Embora os PAREPS e PEPS-PE aconteçam desde 2007, alguns profissionais narram a lacuna existente quanto o planejamento das ações de EPS. Os relatos deste estudo evidenciaram que as opiniões dos profissionais de saúde que atuam da VS e Nasf-AB convergem sobre a importância da qualificação do trabalhador, pois um dos profissionais participantes da pesquisa relata que “deveria haver uma programação anual de capacitações de acordo com a necessidade dos municípios da I GERES-PE” (Profissional 41), enquanto outro respondeu afirmando conhecer a existência dos planejamentos para EPS ao responder: “a I GERES deveria ajudar o município a colocar em prática a sistematização da educação continuada que foi pactuada” (Profissional 2), evidenciando assim a necessidade de um padrão de planejamento entre os diversos municípios que compõem a I GERES-PE, bem como da política implantada entre os próprios profissionais de saúde.

Ressalta-se que a PNEPS busca, em sua essência, um caráter ativista e criativo, valorizando a construção de espaços democráticos de diálogo, construção coletiva e respeitando as especificidades loco-regionais. Quanto a isso, um profissional se colocou da seguinte forma: “a I GERES deveria construir um planejamento com os municípios para incentivar a oferta de cursos de capacitação, especialização” (Profissional 147).

Os profissionais também relataram quanto à importância da integração ensino-serviço como amplificador para a construção de um planejamento na EPS, como por exemplo, “articulação com as instituições públicas e privadas de ensino para planejamento de educação continuada” (Profissional 339). Dentre as instituições que compõem as CIES, encontra-se a Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), que além de dar suporte e assessoramento técnico na construção das PAREPS e PEPS-PE, oferta de Educação Profissional Técnica em Saúde a realização de cursos de pós-graduação, tanto nas modalidades de especialização *Lato sensu* quanto nas residências em área profissional da saúde¹⁶.

3.1.2. Dimensão relacional

Como caracterização da dimensão “relacional”, o tema central nos relatos dos sujeitos da pesquisa foi a “relação entre VS e Nasf-AB”, caracterizada em ações que auxiliem na construção do diálogo entre eles como forma de qualificar o trabalho no SUS. Percebe-se aqui

características de qualificação relacionadas as demandas do conjunto de funções necessárias para o posto de trabalho¹⁴.

Nesse contexto, os profissionais relataram a importância da I GERES-PE como órgão administrativo que fornece suporte técnico aos municípios de sua responsabilidade. De acordo com um dos profissionais, a “I GERES deveria promover encontros sistemáticos para discussão de indicadores de saúde e sensibilizar os gestores para que esses encontros sejam realizados no município” (Profissional 7), além do que outro profissional lembra do seu poder de articulação ao afirmar que “A I GERES poderia articular com as coordenações do Nasf e vigilância para promover ações em conjunto” (Profissional 15).

Uma outra observação relatada pelos sujeitos da pesquisa é o investimento no apoio matricial como ferramenta de qualificação do processo de trabalho em saúde¹⁸. Segundo os profissionais, a I GERES deveria investir em “cursos que envolvam apoio matricial, fortalecimento de políticas públicas e a integração do Nasf com a vigilância” (Profissional 30) e em ações que visem “estimular reuniões entre Nasf e Vigilância para discussão de casos” (Profissional 133).

Durante os relatos, os profissionais citaram ainda, a prática de reuniões como momentos para o aprendizado dos participantes, sejam sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e PNVS ao “promover aproximação entre as equipes Nasf e Vigilância, trabalhando as consonâncias existentes em ambas políticas” (Profissional 55); ou a partir da “criação de núcleos com o objetivo de fomentar a discussão sobre a integração e melhorar a qualidade do serviço e do profissional” (Profissional 74).

Há profissionais que acreditam na realização de reuniões como forma de promover a qualificação em vários níveis, visto que as afirmações trazem os colegiados integrados entre Atenção Básica (AB) e VS ocorridas na I GERES, como por exemplo, “utilizar os colegiados para debater informações das vigilâncias e AB” (Profissional 169); bem como a nível municipal: “realizar reuniões de planejamento de ação entre os profissionais da VS e Nasf estudando os dados de situação de saúde do município” (Profissional 125).

Alguns profissionais descreveram a importância da necessidade de investimentos no conhecimento sobre as atividades técnicas entre os setores envolvidos neste estudo, para que as atribuições dos profissionais sejam bem delimitadas e favoreçam a articulação das ações e consequentemente a integração, como por exemplo, “capacitar o Nasf sobre as atribuições da Vigilância” (Profissional 115); “capacitar a vigilância sobre o funcionamento do Nasf seria um bom incentivo para integração” (Profissional 224).

Segundo Paim¹⁹ (2012), considerando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma ferramenta estratégica primordial no SUS, requerendo primordialmente a integração para seu funcionamento, um dos profissionais relata que “o município deveria investir no fortalecimento da atuação no território e na articulação com a RAS, capacitando toda a rede” (Profissional 79). Algumas ações, como reuniões de rede para discussão de casos e fluxos é importante para o fortalecimento da RAS e para o aumento da resolubilidade dos casos dentro do território adscrito às equipes de saúde.

Ainda, os profissionais descreveram a importância de um trabalho educacional no próprio setor como forma de incentivar a integração, por exemplo: “importante que também haja o incentivo da integração entre as vigilâncias (Profissional 308); “promover capacitações que ajudem na integração UBS e Nasf” (Profissional 75), além da organização de formas variadas de eventos como Encontros, Seminários, Simpósios, são observados como forma de incentivo à qualificação, de acordo com o relato de um dos profissionais que sugere à GERES “promover seminários com trocas de experiências entre os profissionais” (Profissional 207).

3.1.3. Dimensão operacional

Em relação à dimensão “operacional”, observou-se nos relatos dos profissionais de saúde como ponto principal, a “valorização do trabalhador”, demonstrando-se a EPS como uma ferramenta importante ao trabalhador não só do ponto de vista de melhoria do trabalho, mas também do ser social que realiza o trabalho.

Os profissionais participantes da pesquisa relataram que sentem a necessidade de qualificação e que estas ações, quando ocorrem, os fazem se sentirem estimulados no seu processo de trabalho, corroborando com o estudo de Vieira e Chinelli²⁰ (2013): “a gente percebe a necessidade de aprimoramento” (Profissional 82); “é estimulante quando existem formações voltadas para nossa área de trabalho” (Profissional 38).

Cursos de pós-graduação, sejam eles *Lato sensu* ou *Stricto sensu* também são demandas frequentes nas afirmações dos profissionais deste estudo. Um deles pontuou que “os cursos de pós-graduação são importantes, nos valoriza, com a chance de se tornar mestre ou doutor” (Profissional 6). A valorização do trabalhador, a partir do que este enxerga como importante para seu processo de qualificação, é um fator muito importante¹⁴.

Um dos profissionais participantes da pesquisa relatou sobre a importância da integração ensino-serviço como ferramenta para a qualificação e valorização do seu trabalho:

“entendemos nossa capacidade ao receber estudantes de graduação, ensinamos e acabamos aprendendo também” (Profissional 279).

Assim como descrevem Castro¹⁴ (1993) e Silva e Zanesco²¹ (2017), em seus estudos, o entendimento dos participantes desta pesquisa é que as ações de qualificação proporcionadas pelo SUS são aprendizados para além do trabalho, como o relato de um dos participantes afirmando que “quando a gente participa de cursos de aperfeiçoamento profissional, a gente leva pra vida” (Profissional 125). Alguns dos relatos tratavam a qualificação como uma oportunidade de inovação: “novas ferramentas” (Profissional 169); “novas tecnologias” (Profissional 300).

Ainda, alguns participantes também relataram mudanças na frequência das ações de qualificação ao longo dos anos e a restrição quanto os participantes: “antes as ações de educação continuada e capacitação eram frequentes e nos ajudava a se sentir melhor, que estavam olhando para nós e vendo as nossas necessidades” (Profissional 271); “ultimamente acontecem apenas capacitação para a coordenação e não chega pra gente, nem é repassado” (Profissional 343).

3.2. Fatores relacionados à integração entre os profissionais da VS e Nasf-AB

Os relatos sobre a integração entre os profissionais da VS e Nasf-AB ocorreram a partir de uma questão condutora, do tipo mista, uma condicionada a outra: “desenvolve atividade(s) integrada(s) com o Nasf-AB ou VS? Caso a resposta anterior seja sim, que tipo de ação(ões)?”. Deste modo, pode-se observar a narrativa dos profissionais, considerando os conceitos orientadores do processo de colaboração, por meio de três dimensões e sete indicadores propostos por D’amour et al.¹⁵ (2008), apresentados de forma esquemática a partir do gráfico de Kiviati (Figura 2), para melhor visualização dos níveis de colaboração interprofissional e interorganizacional dos profissionais de saúde participantes da pesquisa.

3.2.1. Dimensão Visão e objetivos

Quanto a Dimensão Visão e Objetivos, do Indicador Objetivos Comuns, os profissionais de saúde obtiveram parcialmente êxito na realização de suas atividades em ocasiões propostas para trabalharem juntos. Podemos evidenciar esse fato, observando os relatos: “quando houve o aumento de casos de dengue e chikungunha e microcefalia,

fazíamos reuniões, planejamos muitas ações juntos, mas não acontecem mais” (Profissional 300); “a gente faz algumas ações no programa saúde na escola sobre dengue e os ASACE [Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias] que ajudam, mas não sei se podemos considerar uma integração, não conversamos ou planejamos a ação, mas na hora eles desenrolam” (Profissional 39).

Para assegurar a colaboração interprofissional, é importante realizar ações que assegurem um trabalho com objetivos comuns e de forma abrangente para toda a equipe. Nesse contexto, é importante que a I GERES-PE utilize destes espaços e experiências para estimular os municípios a rever a estrutura organizacional dos serviços e de processos formativos para permitir que haja troca de informações entre os indivíduos dos setores da VS e do Nasf-AB de forma contínua e sistematizada²².

Quanto o Indicador Orientação, da Dimensão Visão e Objetivos, obteve-se nível 3 de colaboração interprofissional, pois percebe-se que os profissionais de saúde buscam realizar ações colaborativas a partir de fatos que beneficiam práticas profissionais para a promoção da saúde do usuário. Um dos profissionais relata: “durante a epidemia de Dengue, zika e chikungunha tínhamos muitas reuniões e ações compartilhadas, mutirão” (Profissional 12); “houve uma vez que aconteceram casos de hanseníase e tuberculose e a gente conseguiu conversar com a fisioterapeuta e a assistente social do Nasf” (Profissional 176).

Esse indicador demonstra que os profissionais tem buscado transformar suas práticas para responder as necessidades dos usuários, como objeto principal de suas ações. D’amour et al.¹⁵ (2008) descreve o desafio que é para os profissionais dar ênfase nas ações de promoção à saúde da clientela.

3.2.2. Dimensão Formalização

Os profissionais de saúde relataram quanto as definições de fluxo entre Vigilância em Saúde e Nasf-AB: “não há um fluxo definido e seria mais efetivo se pudéssemos conversar com a assistente social e a psicóloga” (Profissional 223); as políticas [nacionais] de atenção básica e de vigilância [em saúde] ajudam, mas ainda não há caminho que defina no município (*sic*) (Profissional 33); “chegam demandas de violência e eu repasso a enfermeira da atenção básica, mas seria mais efetivo se pudéssemos conversar com a assistente social e a psicóloga (Profissional 223); “algumas vezes acompanho usuários com hanseníase e tuberculose, já fiz até busca ativa, mas quem trás é a unidade [básica] de saúde, nunca houve uma conversa com

a epidemiologia” (Profissional 23). Deste modo, a análise atinge o nível 2 de colaboração interprofissional, ao utilizarmos o Indicador Ferramentas de Formalização, pertencente a Dimensão de Formalização. Embora os discursos estejam se referindo as PNAB e PNVS, ferramentas norteadoras para o processo de integração entre os setores, é possível perceber as dificuldades de por em prática, mas nota-se o processo de construção. A formalização é uma ferramenta que objetiva esclarecer expectativas, definir responsabilidades e valorizar os mecanismos definidos pelos profissionais para estabelecer uma comunicação entre os setores¹⁵.

A necessidade do funcionamento em rede, a partir de uma pactuação realizada pelos gestores de saúde, é fundamental para perceber as necessidades reais dos usuários, bem como monitorar os insumos que precisam ser utilizados para as intervenções em saúde em cada nível de complexidade²³.

Quanto o Indicador Comunicação desta dimensão, alcançou-se o nível 3 de colaboração interprofissional, percebendo a utilização de reuniões como um mecanismo de comunicação para a troca de informações e saberes entre os profissionais, conforme registros abaixo:

“em alguns casos de acumuladores, a gente entra em contato com o pessoal da vigilância” (Profissional 76); “a participação em grupo técnico ajuda muito na comunicação e permite pensar em ações em conjunto, o que ajuda na integração” (Profissional 52); “a integração se dá quando há reuniões para a discussão de caso de alguém com hanseníase ou tuberculose” (Profissional 188).

Evidencia-se a potencialidade das reuniões multiprofissionais como aspecto positivo para a resolução de problemas e ações integradas. Matuda et al.²² (2013) apresentam a colaboração interprofissional como uma estratégia para ampliar a efetividade e resolutividade dos serviços.

O fortalecimento dessas reuniões e a busca da pactuação de fluxos, a partir da I GERES-PE, entre a VS e APS é um importante incentivo aos municípios na aplicabilidade da Portaria MS N° 4.279/2010 que estabelece a RAS como ferramenta responsável por organizar as ações e serviços de saúde de acordo com a densidade tecnológica, construindo uma estrutura que favoreça a possibilidade de ampliação de acesso a população aos serviços de saúde próximos as suas residências, fortalecendo a integralidade^{8,9}.

3.2.3. Dimensão Governança

Referente ao Indicador Liderança, da Dimensão Governança, a colaboração interprofissional que foi desenvolvida entre os profissionais da VS e Nasf-AB alcançou nível 2. A Liderança relaciona-se com a responsabilidade de proporcionar uma gestão colaborativa, que garanta aos membros das equipes participação na tomada de decisão sobre o processo de trabalho.

Nota-se, no relato abaixo, que os gestores procuram construir diálogos a partir da iniciativa do profissional, como afirmam D'Amour et al.¹⁵ (2008) ser um direcionamento necessário para uma liderança local autêntica e participativa, porém observa-se, neste estudo, como práticas pontuais e não rotineiras.

“Também houveram oficinas realizadas pelo Nasf com ACS e ACE que tinha o objetivo de discutir a integração da atenção básica com as vigilâncias. [...] as oficinas aconteceram depois que conversei com as coordenações que gostaram da ideia e apoiaram” (Profissional 52).

Segundo Gonçalves e Mota (2011)²⁴, é muito importante para as equipes de saúde o investimento em liderança sólida, para estimular o envolvimento dos profissionais no processo de trabalho, com aumento da criação de vínculos e diminuição de conflitos entre eles.

Obteve-se o nível de colaboração 2 quanto o Indicador Práticas inovadoras da Dimensão Governança. Alguns profissionais apontaram a realização da integração mediante a solicitação de ações através da coordenação. Por exemplo, enquanto um profissional respondia sobre a integração relatou que a “[...] coordenação do Nasf solicitou palestra com enfoque nas notificações de violência” (Profissional 252); “[...] quando a coordenação do Nasf solicitou algumas vezes, que a nossa equipe os ajudasse nas ações de tracoma, esquistossomose e filariose” (Profissional 266); “a coordenação selecionou alguns de nós para participar com a equipe de epidemiologia na construção do plano de enfrentamento de sífilis” (Profissional 99).

Esses relatos convergem para a importância que a PNEPS tem como transformadora tanto das práticas profissionais, como para as de gestão, e para a organização do trabalho com a proposição de ações educativas através de problematizações das práticas de saúde, fortalecendo a EPS como estratégia de promoção em saúde, com o pressuposto à realização de ações educacionais ‘no’ e ‘para’ o trabalho^{18, 25}. Por isso a importância do Decreto nº

23.823/2008²⁶, que institui a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde em Pernambuco, fortalecendo a implementação dessas ações.

Para D'Amour et al.¹⁵ (2008), o indicador Práticas inovadoras observa a realização de apoio da instituição no desenvolvimento de reflexão e ressignificação das práticas clínicas e sanitárias, seja através da formação dos profissionais, bem como nas condições estruturais ou de trabalho. Os relatos revelam o suporte para inovação das práticas, principalmente através de ações de promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos, seguimentos importantes no processo de trabalho da VS e Nasf-AB. As ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos tem o objetivo de promover qualidade de vida, incluindo seus determinantes e condicionantes, como moradia, lazer, cultura, educação, condições de trabalho, minimizar riscos à saúde e vulnerabilidades e possibilitar o acesso à bens e serviços básicos.

As qualificações para os profissionais de saúde auxilia no desenvolvimento de inovação de suas práticas no processo de trabalho, mas é importante frisar que alguns entraves foram observados, assim como descritos no estudo de Pinheiro, Azambuja Bonamigo²⁷ (2018), a sobrecarga de trabalho que dificulta a ida ou provoca desinteresse do profissional a participar da qualificação, a falta de infraestrutura e materiais de trabalho e a desvalorização dos saberes dos profissionais participantes.

Outro Indicador, da Dimensão Governança, analisado foi Conectividade, que está relacionado com os meios que a gestão utiliza para proporcionar espaços de encontros para que os profissionais realizem discussões e construção de vínculos. Para tal indicador analisado, atribuiu-se o nível de colaboração interprofissional 2.

Há alguns relatos em que os profissionais julgam que as ações integradas ocorriam melhor na presença dos seus respectivos coordenadores, como, por exemplo: “[...] e dava pra perceber que as ações eram melhor aproveitadas quando as coordenações estavam presentes” (Profissional 1).

Cabe destacar que a partilha de espaços conjuntos é muito importante para o desenvolvimento de reflexões e construção de ações interprofissionais dentro do processo de trabalho²².

Para alguns profissionais, os grupos técnicos de participação de vários segmentos da RAS, relatados por participantes de alguns municípios, é um facilitador que promove a integração e acontece a partir da participação da coordenação nestes espaços: “[...] os grupos técnicos, onde participa a nossa coordenação e a de vigilância” (Profissional 111); “[há]

reunião de Grupos Técnicos de sífilis” (Profissional 63); “existem reuniões para discutir óbito infantil ou materno” (Profissional 206); e, “em casos de acumulação, a gente faz uma reunião a partir de um Grupo Técnico mensal” (Profissional 55).

Através da análise das dimensões e indicadores de colaboração interprofissional, conclui-se que o nível presente entre VS e Nasf-AB dos municípios participantes da pesquisa é 2, constituindo um tipo de colaboração em desenvolvimento, ou seja, a colaboração existente necessita de melhorias quanto a cultura das organizações, reavaliação interna e de fatores ambientais. Objetivos, ferramentas de comunicação e os mecanismos de liderança não são realizadas de forma contínua ou acessível, demonstram que acontecem de forma parcial e com dificuldades.

Vale ressaltar que o nível 2 de colaboração é um importante achado, pois significar dizer que, embora as mudanças tenham uma tendência a demorar a acontecer, é perceptível que o progresso está sendo realizado.

4. Conclusões

O estudo revelou que os profissionais da VS e do Nasf-AB participantes reconhecem a qualificação profissional como uma ferramenta que aumenta a relação entre estes setores, bem como foi possível elucidar que, na visão deles, o apoio matricial e o investimento em educação permanente e continuada são ferramentas essenciais para impulsionar a integração e a valorização profissional, e que precisam ser discutidas não somente à nível estadual, enquanto I GERES-PE, mas em todos os municípios que participaram do estudo e compõem a regional de saúde do Estado, para que o planejamento das ações de qualificação profissional seja efetivo e adequado às necessidades dos profissionais de saúde. Através das dimensões e indicadores de colaboração interprofissional, observou-se que estes profissionais estão no nível 2 de colaboração, o que significa “em desenvolvimento”, evidenciando que as mudanças estão ocorrendo e que é necessário fortalecimento no conhecimento dos objetivos, ferramentas de comunicação e os mecanismos de liderança constituindo-se em ações contínuas e acessíveis para os profissionais de saúde que compõem a I GERES do Estado de Pernambuco.

Referências

- 1 Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet.*, 2007; 12(2):335-342.
- 2 Gonzalez AD, Almeida MJ. Integralidade na saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciê. Saúde Colet.*, 2010; 15(3):757-762.
- 3 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 588 de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 12 jul. 2018; Seção 1.
- 4 Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*, [Internet]. 2016 [acesso em 13 jan. 2020]; 32(8):e00183415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000803001&lng=en&nrm=iso.
- 5 Arantes LJ, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc. saúde colet.*, [Internet]. mai. 2016 [acesso em: 1 de jun. 2020]; 21(5):1499-1510. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501499&lng=en&nrm=iso.
- 6 Alves LR. A dicotomia do Princípio da Integralidade do SUS. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.*, [Internet]. mar. 2017 [acesso em 1 jun. 2020]; 6(1):153-166. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/338>.
- 7 Silva MFF, Silva EM, Oliveira SLSS, Abdala GA, Meira MDD. Integralidade na atenção primária à saúde. *Rev. Fam., Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, [Internet]. 2018 [acesso em: 04 mai. 2020]; 6 (supl. 1): 394-400). Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2925/pdf>.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* 30 dez. 2010; Seção 1.
- 9 Battesini M, Coelho HS, Seta MH. Uso de programação linear para otimizar o acesso geográfico em redes temáticas de atenção à saúde. *Cad. Saúde Pública*, [Internet]. 2018 [acesso em 04 mai. 2020]; 34(7): e00055017. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000705006&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2018000705006&script=sci_abstract&tlng=pt.](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000705006&script=sci_abstract&tlng=pt)

10 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das Diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 21 set. 2017; Seção 1.

11 Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 13 jun. 2013; Seção 1.

12 Pernambuco (BR). Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. I Gerência Regional de Saúde (I GERES). Recife, 2020 [online]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-coordenacao-geral/i-geres>. Acesso em: 15 jun. 2020

13 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.

14 Castro NA. Qualificação, qualidade e classificações. Educ. Soc. ago. 1993; 14(45):211-224.

15 D'Amour D, Goulet L, Labadie J, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv. Res., [Internet]. 2008 [acesso em: 04 mai. 2020]; 8:188. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188#citeas>.

16 Pernambuco (BR). Secretaria Estadual de Saúde. Decreto Nº 32.823 de 09 de dezembro de 2008. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Pernambuco 09 dez. 2008; Seção 1.

17 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União 20 ago. 2007; Seção 1

18 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(2):399-407.

19 Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 459-491.

- 20 Vieira M, Chinelli F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 15(6):1591-1600.
- 21 Silva AM, Zanesco C. VER-SUS 2016 – Santa Maria – RS: Relato de Experiência. *Rev. Ciênc. Extens. UNESP.* 2017; 13(2):1330-140.
- 22 Matuda CG, Aguiar DML, Frazao P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Rev. Saúde Soc.*, [Internet]. 2013 [acesso em: 03 jun. 2020]; 22(1):173-186. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100016&lng=en&nrm=iso.
- 23 Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulg. saúde debate.* [Internet]. out. 2014 [acesso em: 15 mai. 2020]; (52):15-37. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>.
- 24 Gonçalves HS, Mota CMM. Liderança situacional em gestão de projetos: uma revisão da literatura. *Producao.* 2011 jul/set; 21(3):404-16.
- 25 Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface comunic. saúde educ.*, 2007; 11(23):427-438.
- 26 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva.* Brasília: MS; 2004.
- 27 Pinheiro GEW, Azambuja MS, Bonamigo AW. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate* 2018 dez; 42(spe4):187-197.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuar como profissional da Atenção Primária à Saúde, enquanto se realiza um curso de pós-graduação em nível de mestrado não é tão fácil, principalmente diante das fragilidades de vínculo estimulados pelas próprias Políticas Públicas em vigência no atual modelo de trabalho, como descrito neste estudo.

As dificuldades em realizar a coleta de dados e a exoneração de todos os profissionais do Nasf-AB Camaragibe, do qual eu fazia parte da equipe, esta última foi a mais difícil associada à Portaria MS Nº 2.979/2019, que revoga todas as portarias referentes ao Nasf-AB, com uma indução veemente de acabar com o trabalho multi e interdisciplinar na APS. Com isso, alguns Nasf-AB dos municípios pertencentes à I GERES-PE foi extinto, o que causou impacto direto na coleta de dados aplicados.

Por meio da pesquisa e análise dos dados, foi possível perceber que a formação e a qualificação profissional são primordiais para a melhoria da qualidade do serviço, da valorização profissional e do fortalecimento de ações integradas entre APS e VS.

O conjunto de resultados possibilitou evidenciar, nos municípios estudados cinco áreas de formação distribuídas entre os profissionais do SUS lotados nos cargos de Vigilância em Saúde e Nasf-AB de municípios que compõem a I GERES-PE participantes da pesquisa, sendo a área de Ciências Biológicas e da Saúde a mais citada. Dentre eles, não foram verificados profissionais da área das Engenharias. Os profissionais participam de qualificação profissional, principalmente em sua própria instituição de trabalho, mostrando que os municípios tem buscado promover ações de EPS. Este estudo demonstrou que os profissionais possuem interesse e a necessidade de qualificação para sua atuação profissional, sugerindo assuntos em relação as políticas de organização do SUS e políticas gerais de organização da atenção à saúde.

O estudo demonstrou e revelou que os profissionais da VS e do Nasf-AB reconhecem a qualificação profissional como uma ferramenta que aumenta a relação entre estes setores, bem como foi possível elucidar que, na visão deles, o apoio matricial e o investimento em educação permanente e continuada constituem ferramentas essenciais para impulsionar a integração e a valorização profissional, e que precisam ser discutidas não somente à nível estadual, enquanto I GERES-PE, mas em todos os municípios que participaram do estudo e compõem a regional de saúde do Estado, para que o planejamento das ações de qualificação profissional seja efetivo e adequado às necessidades dos profissionais de saúde. Através das

dimensões e indicadores de colaboração interprofissional, observou-se que estes profissionais estão no nível 2 de colaboração, o que significa “em desenvolvimento”, demonstrando que as mudanças estão ocorrendo e que é necessário fortalecimento no conhecimento dos objetivos, ferramentas de comunicação e os mecanismos de liderança constituindo-se em ações contínuas e acessíveis para os profissionais de saúde.

Nesse cenário, evidencia-se a importância de outros estudos semelhantes à este, que ao analisar a visão dos profissionais do SUS possam auxiliar na compreensão do modo como as equipes da VS e do Nasf-AB conseguem se perceber enquanto profissionais qualificados, mas com necessidades de maior qualificação, quais os aspectos organizacionais que influenciam a integração entre si, assim como suas necessidades reais diante da demanda da população atendida por eles.

Apesar dos limites metodológicos desse estudo, os resultados podem colaborar com os profissionais atuantes na gestão em saúde da I GERES-PE e dos municípios que dela fazem parte, no incentivo, planejamento, implementação ou fortalecimento da PNEPS enquanto ferramenta de transformação “do” e “no” trabalho. No entanto, ainda é necessário outros estudos com estratégias metodológicas diversas, para avaliar em profundidade outros aspectos, como por exemplo, o impacto da resolutividade na APS e na VS nos municípios em que o Nasf-AB foi extinto, assim como a percepção da população sobre ações e/ou extinção de ações em função das alterações ocorridas nas políticas públicas atuais.

Há muitos desafios a serem enfrentados para o alcance de um SUS mais universal e equânime, com fortalecimento de práticas que ampliem a integralidade da atenção, sendo que a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária à Saúde e a qualificação desses profissionais constituem estratégias instigantes na busca da superação frente à tais desafios.

8. APÊNDICES

Apêndice 1. Parecer do Comitê de Ética.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE E INTEGRALIDADE DAS AÇÕES NO SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DA I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (I GERES-PE)

Pesquisador: WESLEY NATAM MARTINS ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 06261818.3.0000.5197

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.204.669

Apresentação do Projeto:

Apresentação clara e adequada de acordo com recomendações

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos de acordo com título e características da pesquisa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios estão bem especificados, e também os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo interessante que aborda um assunto de relevante importância para assistência básica e seus profissionais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE corrigido, e adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto em Reunião Extraordinária deste Comitê, não havendo nenhum impedimento ético para realização do referido projeto, o pleito acompanhou parecer do relator e manifesta-se pela aprovação do mesmo. Está em conformidade com as atribuições definidas na Resolução

Endereço: Estrada do Arraial, 2723

Bairro: Prédio Anexo a Emergência Geral

UF: PE

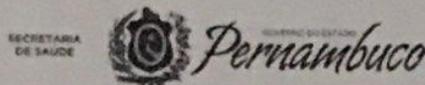
Município: RECIFE

CEP: 52.051-380

Telefone: (81)3184-1769

E-mail: cepham@hotmail.com

Apêndice 2. Carta de Anuência da Superintendência de Atenção Primária à Saúde do Estado de Pernambuco.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/PE
Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongi – Recife-PE – CEP: 50751-530
Fone: (81) 3181-6140 – CNPJ: 10.572.048/0001-28

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a equipe de pesquisa, composta por Wésley Natam Martins Almeida e Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra, coordenada pelo Professor Doutor Daniel Friguglietti Brandespin, para execução do projeto de pesquisa intitulado “Qualidade e integralidade das ações no serviço da Atenção Primária à Saúde dos municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES-PE)”, cujo objetivo é analisar a qualidade e a integralidade das ações no serviço da Atenção Primária à Saúde associadas à formação, qualificação e condições de trabalho dos profissionais de saúde de nível superior atuantes nos municípios que compõem a I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES-PE).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e suas complementares, comprometendo-se os mesmos a utilizarem os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, os quais ficarão armazenados no Departamento de Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, pelo período mínimo de 5 anos.

Antes de iniciar a coleta de dados, os pesquisadores deverão apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de ética em Pesquisa Envolvendo Seres humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 14 de Dezembro de 2018.


Maria Francisca Santos de Carvalho
Superintendente de Atenção Primária
Mat. 149089-0

Apêndice 3. Carta de Anuência da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES-PE).

SECRETARIA
DE SAÚDE



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE – I GERES
Praça Osvaldo Cruz, s/n – Boa Vista – CEP: 50.050-911
Telefone: (81) 3181-6444 / 6445 e-mail: gerencia1geres@saude.pe.gov.br
CNPJ: 10.572.048/0025-09

CARTA DE ANUÊNCIA

(em acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito o pesquisador Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim e demais membros de sua equipe, sob responsabilidade do pesquisador principal, Prof. Dr. Daniel Friguglietti Brandespim, da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) para desenvolverem sua pesquisa intitulada **Análise do perfil de formação dos profissionais de saúde, na área de vigilância em saúde na I Gerência Regional de Saúde (I GERES) do Estado de Pernambuco**, sob orientação do Professor Daniel Friguglietti Brandespim. Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada, concedo a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Recife, 15 de abril de 2019.


Ângela Lessa de Andrade
Gerente da I GERES

Ângela Lessa de Andrade
Gerente Regional de Saúde
SESIPE

Apêndice 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Convidamos o (a) sr. (a) para participar como voluntário, da pesquisa "Perfil de formação, qualificação e integração entre profissionais de saúde dos municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES-PE)", que está sob a responsabilidade do pesquisador Daniel Friguglietti Brandespim, telefone 81-33206419, professor do Departamento de Medicina Veterinária da Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, na Rua Dom Manoel de Medeiros, s/nº, Dois Irmãos – CEP 52171-900 – Recife/PE, email: daniel.brandespim@ufrpe.br.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo, pedimos que rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que possa guardá-la e outra via ficará com o pesquisador responsável.

O (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e nem receberá qualquer pagamento para participar como voluntário(a). Será esclarecido(a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa: este projeto de pesquisa objetiva traçar o perfil de formação, qualificação e integração dos profissionais de saúde que atuam na Vigilância em Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) dos municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES-PE), no intuito de que os resultados sirvam de incentivo aos gestores e às equipes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos no território e que definam parâmetros norteadores loco-regionais para o planejamento e definição de metas e ações para a qualificação dos profissionais pelos gestores. A participação do(a) sr.(a) na pesquisa se iniciará a partir do mês de Agosto de 2019 e consistirá em responder a perguntas relacionadas a sua formação em saúde e sua experiência de trabalho, caso deseje, cujo encontro ocorrerá uma única vez, onde serão realizadas algumas perguntas, com duração de no máximo 10 minutos, em local individual e reservado.

RISCOS diretos para o voluntário: esta pesquisa lhe oferecerá riscos mínimos, principalmente relacionados ao desconforto que poderá sentir ao responder às perguntas. Caso sinta-se constrangido ou não queira responder a qualquer questionamento, me comprometo a explicar detalhadamente todas as ações que serão realizadas e o(a) sr.(a) poderá interromper sua participação em qualquer momento.

BENEFÍCIOS: O presente estudo lhe oferecerá benefícios diretos e indiretos. Em relação aos benefícios diretos, a contribuição para elaboração das atividades educativas e de integração aos profissionais de saúde (segunda fase desta pesquisa). As intervenções não serão pré-definidas, pois dependerão das demandas, mas estarão relacionadas a educação em saúde, mudança de hábitos de vida e profissional. Indiretamente, esta pesquisa beneficiará os trabalhadores de saúde quanto a melhor capacitação profissional dos mesmos, no que se refere aos planos de produção, qualificação e distribuição do pessoal de saúde e conseqüentemente, na melhoria da qualidade de serviços prestados pelos mesmos, garantindo-se um atendimento de excelência e qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Os conhecimentos compartilhados também poderão contribuir com o desenvolvimento desta área de pesquisa e despertar nos alunos envolvidos o desejo de se especializarem e/ou se capacitarem para o atendimento desta demanda. Esta experiência poderá servir como exemplo para outras áreas do conhecimento ou para outros serviços, quando busca o fortalecimento da relação entre o ensino, o serviço e a comunidade por meio de uma pesquisa participativa e baseada nas necessidades dos participantes.

Continuação do Apêndice 4.

Garantimos, que, se houver necessidade, as despesas para a sua participação, serão assumidas ou ressarcidas (deslocamento e alimentação) pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o pesquisador principal pelos telefones e contatos citados no início deste documento.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, localizado à Av. Agamenon Magalhães, S/N, Santo Amaro, Recife-PE, telefone 81-3183-3775 ou ainda através do email comite.etica@upe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, após a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar e esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "Perfil de formação, qualificação e integração entre profissionais de saúde dos municípios da I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES-PE)", como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Assinatura: _____

_____ de _____ de 2019.

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

Apêndice 5. Questionário: perfil de formação, qualificação e integração do profissional de saúde – Vigilância e Atenção Primária à Saúde

MUNICÍPIO: _____ **DS:** () **GERES: I**

Atuação: () Sanitária () Epidemiológica () Ambiental () Trabalhador () Nasf-AB () Outro: _____

Cor/Raça: () Preta () Parda () Indígena () Amarela () Branca **Gênero:** _____

Ano de graduação: _____ **Universidade:** _____

Graduação: _____ / _____

Vínculo: () contrato () concurso () outros: _____ **Carga-horária:** _____ horas

Tempo de serviço: _____ **Tempo de experiência anterior em Saúde Pública:** _____

Exerce outra atividade particular? () sim () não **Carga-horária:** _____ horas

Atua em mais de um município? () sim () não

Caso positivo, qual a área e carga horária para cada município?

Município a: _____ **carga-horária:** _____ horas

Município b: _____ **carga-horária:** _____ horas

Município c: _____ **carga-horária:** _____ horas

Tem curso de aprimoramento/aperfeiçoamento em saúde pública? () sim () não

Caso positivo, há quanto tempo concluiu o mesmo? () anos () meses

Tem curso de especialização em saúde pública? () sim () não

Caso positivo, há quanto tempo concluiu o mesmo? () anos () meses

Tem curso de mestrado/doutorado em saúde pública? () sim () não

Caso positivo, há quanto tempo concluiu o mesmo? () anos () meses

Costuma participar de capacitações na sua área de trabalho? () sim () não

Caso positivo, onde realiza?

() própria instituição de trabalho () instituições privadas

() congressos () ensino a distância

() outros: _____

Há quanto tempo foi o seu último curso de capacitação? () anos () meses

Há repasse de informação da capacitação pelo coordenador? () sim () não

Sente necessidade de cursos de capacitação/reciclagem? () sim () não

Caso positivo, cite sugestão(ões): _____

Costuma procurar conhecimentos pela internet? () sim () não

Qual a frequência de pesquisas pela internet?

() diária () semanal () quinzenal () mensal

Cite duas a três páginas visitadas recentemente:

a) _____

b) _____

c) _____

Alguma sugestão à I GERES para melhoria na qualidade da formação para atuação em Vig. Saúde/Nasf-AB?

Desenvolve atividades integradas com o Nasf-AB/Vigilância em Saúde? () sim () não

Caso a resposta anterior seja sim, que tipo de ação(ões)?

9. ANEXOS

Anexo 1. Estrutura do artigo segundo a revista: Cadernos de Saúde Pública, Qualis: B1, Fator de Impacto 2019: 1,051

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/passo-a-passo>

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atentar para as seguintes orientações:

O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração ([Leia mais](#)).

Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser

desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras.

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es). No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

Anexo 2. Estrutura do Artigo segundo a revista: Revista de Saúde Pública. Qualis: A2, Fator de Impacto 2020: 1,748.

<http://www.rsp.fsp.usp.br/instrucoes-aos-autores/#artigos-originais>

Artigo original:

Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Número máximo de tabelas e figuras: 5.

Número máximo de referências: 30.

Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas

limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As Conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências - Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o estilo Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos:

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saude Publica. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro:

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto: É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente (sobrescrito) antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem

fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas: Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Quadros: Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

Figuras: As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.