

Perfil e atuação dos profissionais atuantes na Vigilância em Saúde e na Atenção Primária em Saúde na I Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco

Profile and performance of professionals working in Health Surveillance and Primary Health Care in the I Regional Health Management of the state of Pernambuco

RESUMO

Lucas Ribeiro Alves de Lima^{1*} 

Wésley Natam Martins Almeida^{II} 

Daniel Friguglietti Brandespim^I 

Introdução: A integração entre os setores de Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) constitui condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população. **Objetivos:** Traçar o perfil da formação dos profissionais de saúde e da atuação integrada entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde na I Gerência Regional de Saúde (I GERES) do estado de Pernambuco. **Método:** Foi realizado um estudo epidemiológico observacional descritivo quantitativo, com uso do método de pesquisa de *survey* de forma corte-transversal (*cross-sectional*). Os dados foram coletados por meio de questionários semiestruturados, aplicados aos profissionais de saúde de nível superior que atuam na área de Vigilância em Saúde, contendo questões abertas e fechadas sobre as seguintes variáveis: formação, atuação, vínculo profissional e ações integradas. **Resultados:** Entre os 381 profissionais entrevistados, 19,16% (73/381) atuavam na Vigilância Sanitária, enquanto apenas 1,84% atuavam na vigilância em saúde do trabalhador. Entre os 381 participantes, 50,39% possuíam vínculo efetivo e 97,11% participaram de capacitações. Em relação às atividades integradas entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde, 71,65% dos profissionais relataram não desenvolver tais práticas. **Conclusões:** Há fragilidades e potencialidades inerentes à formação e às condições de trabalho dos profissionais da Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde, além de falhas na integração (intraSUS) entre esses setores. Sugere-se aos gestores da I GERES a elaboração de estratégias de intervenção que melhorem as condições de formação qualificada dos profissionais e a qualidade dos serviços prestados à população.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária em Saúde; Educação Permanente; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The integration between the Health Surveillance and Primary Health Care sectors in the National Health System (SUS) is an essential condition for achieving results that meet the health needs of the population. **Objectives:** To outline the training profile of health professionals and the integrated action between Health Surveillance and Primary Health Care in the I Regional Health Management (I GERES) of the state of Pernambuco. **Method:** A quantitative descriptive observational epidemiological study was carried out, using the cross-sectional survey research method. Data were collected through semi-structured questionnaires, which were applied to higher-level health professionals working in Health Surveillance, containing open and closed questions on the following variables: training, performance, professional bond and integrated actions. **Results:** Among the 381 professionals interviewed, 19.16% (73/381) worked in Health Surveillance, while only 1.84% worked in Occupational Health Surveillance. Among the 381 participants, 50.39% had an effective bond and 97.11% participated in training. Regarding integrated activities between Health Surveillance and Primary Health Care, 71.65% of professionals

^I Departamento de Medicina Veterinária (DMV), Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), Recife, PE, Brasil

^{II} Secretaria Municipal de Saúde de Camaragibe, Camaragibe, PE, Brasil

* E-mail: lucas.vet.ufrpe@gmail.com

Recebido: 24 fev 2022
Aprovado: 07 dez 2022

Como citar: Lima LRA, Almeida WNM, Brandespim DF. Perfil e atuação dos profissionais atuantes na Vigilância em Saúde e na Atenção Primária em Saúde na I Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco. *Vigil Sanit Debate*, Rio de Janeiro, 2023, v.11: e02047. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.02047>



reported not developing such practices. **Conclusions:** It was possible to conclude that there are weaknesses and potentialities inherent to the training and working conditions of Health Surveillance and Primary Health Care professionals, and failures in the integration (intraSUS) between these sectors. It is suggested that managers of I GERES develop intervention strategies that improve the conditions of qualified training of professionals and the quality of services provided to the population.

KEYWORDS: Primary Health Care; Permanent Education; National Health System

INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde (VS) é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças¹.

A área de VS abrange as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. Ela é composta 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 pela vigilância sanitária².

Além disso, a VS deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. A partir de saberes e práticas da epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, as equipes de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) podem programar e planejar ações, de maneira a organizar os serviços, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde².

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) pressupõe a inserção de ações de VS em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como a definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção. Além disso, possui entre suas diretrizes a construção de práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com a inserção das ações de VS em toda a RAS e em especial na APS, como coordenadora do cuidado¹.

A APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e VS, desenvolvida por meio 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 sanitária³.

Após a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a VS foi incluída entre suas ações, e a integração entre a VS e a APS passou a se tornar condição essencial ao alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população. Além disso, essa integração busca estabelecer

processos de trabalho que levem em consideração os determinantes, os riscos e danos à saúde, sob a perspectiva da intra e intersectorialidade^{1,3}.

O aprimoramento dos serviços prestados à população pelos profissionais que compõem o SUS passa, portanto, pela busca em garantir a eles condições favoráveis à atuação⁴. No entanto, falhas no tocante à formação dos coordenadores da área de VS, assim como a precariedade do vínculo profissional com o serviço de saúde, são fatores que prejudicam as ações dessa área⁵.

Em um estudo realizado no estado de Pernambuco, os autores identificaram deficiências na formação acadêmica dos trabalhadores, condições de trabalho precárias e ausência de recursos financeiros, que constituem fragilidades na atuação dos profissionais da área. Já como potencialidades, eles encontraram a oferta de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), sugerindo aos gestores em saúde a busca por alternativas que atendam à situação dos profissionais de saúde e minimizem os efeitos da formação acadêmica deficiente⁶.

Os dados do Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 2004, revelaram que existem fragilidades envolvidas nas condições de trabalho e atuação desses profissionais, como, por exemplo, o fato de cerca de 60% dos trabalhadores da Vigilância Sanitária possuírem um tempo de atuação inferior a cinco anos nessa área, o que destaca a dificuldade de fixação do trabalhador: uma das questões mais contundentes para o desenvolvimento de serviços⁷.

Além disso, a carência de produções científicas que caracterizem o perfil dos profissionais da VS dificulta a compreensão das reais dificuldades por eles enfrentadas e impede que os gestores planejem intervenções eficazes para a melhoria das condições de trabalho e atuação.

Diante disso, este estudo objetivou descrever o perfil de formação e as características do vínculo de trabalho dos profissionais de saúde com nível superior, além da articulação entre as instâncias do SUS (intraSUS), como a VS e APS na I Gerência Regional de Saúde (I GERES) do estado de Pernambuco.

MÉTODO

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional descritivo quantitativo, com uso do método de pesquisa de *survey* de forma transversal⁸.



Os dados foram obtidos por meio da utilização de questionário autoexplicativo, entregue impresso aos profissionais de saúde de nível superior que atuam na área de VS, contendo questões fechadas e abertas⁹, contemplando variáveis como: tipo de vínculo no atual cargo, realização de cursos de especialização e/ou capacitação e demais atividades desenvolvidas no local de trabalho necessárias à qualificação desses profissionais para atuação no SUS. A verificação da articulação entre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e Atenção Básica (AB) e a VS ocorreu pela análise das respostas fornecidas à seguinte questão: “Desenvolve atividades integradas com o NASF-AB/Vigilância em Saúde?”, cuja resposta poderia ser “sim” ou “não”.

Para a coleta de dados, inicialmente foi realizado o contato com o gestor de cada município ou distrito sanitário (DS), explicando os principais objetivos e a importância da pesquisa em questão. Ciente dessas informações, o gestor e toda a equipe de profissionais eram convidados a participar da pesquisa. Posteriormente, o gestor repassou o convite aos demais profissionais e agendou com a equipe de pesquisadores o dia e horário para se reunir com todos os profissionais interessados em participar do estudo.

Durante a reunião, a equipe de pesquisadores entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicou a importância e os objetivos da pesquisa, esclareceu que a participação na pesquisa era livre e podia ser interrompida a qualquer momento sem ônus algum e entregou o questionário aos profissionais. Além disso, a equipe de pesquisadores se disponibilizou para sanar quaisquer dúvidas quanto ao preenchimento do questionário.

Em decorrência da pandemia do novo coronavírus, a coleta de dados em alguns municípios foi realizada através de questionários virtuais *on-line* por meio da plataforma de formulários do Google (*Google Forms*). Apesar dessas circunstâncias representarem uma limitação à metodologia do estudo, o fato de os questionários serem autoexplicativos aparentemente não tornou essa limitação tão significativa, visto que eles são passíveis de serem respondidos mesmo na ausência da equipe de pesquisadores.

A coleta de dados neste estudo foi realizada de agosto a dezembro de 2019 e em fevereiro, junho e julho de 2020, em sete dos oito DS da cidade do Recife e em 13 municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) (Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ipojuca, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista e São Lourenço da Mata), além de Chã Grande, Fernando de Noronha, Glória de Goitá e Pombos, os quais fazem parte da I GERES, apesar de não estarem situados na RMR. Esta pesquisa contou com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, aprovada sobre o Parecer n° 3.434.844, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 466, de 12 de dezembro de 2012.

Vale ressaltar que, apesar de não se ter conhecimento do quantitativo total de profissionais convidados em cada DS ou município, nem todos os convidados aceitaram participar deste estudo ou estiveram presentes no dia da reunião para preenchimento dos

questionários. De todos os DS e municípios convidados, apenas a Vigilância Sanitária do DS IV de Recife e o município de Chã de Alegria não participaram desta pesquisa pois não responderam às tentativas de contato ou porque preferiram não participar.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas dos programas Excel® e Numbers®. A partir desses dados, foi realizada uma estatística descritiva, calculando-se as frequências relativas e absolutas, que foram apresentadas em tabelas de acordo com as variáveis estudadas referentes às respostas dos profissionais de saúde, cujos municípios de origem foram agrupados em três categorias: Recife, RMR e demais municípios (Chã Grande, Fernando de Noronha, Glória de Goitá e Pombos).

RESULTADOS

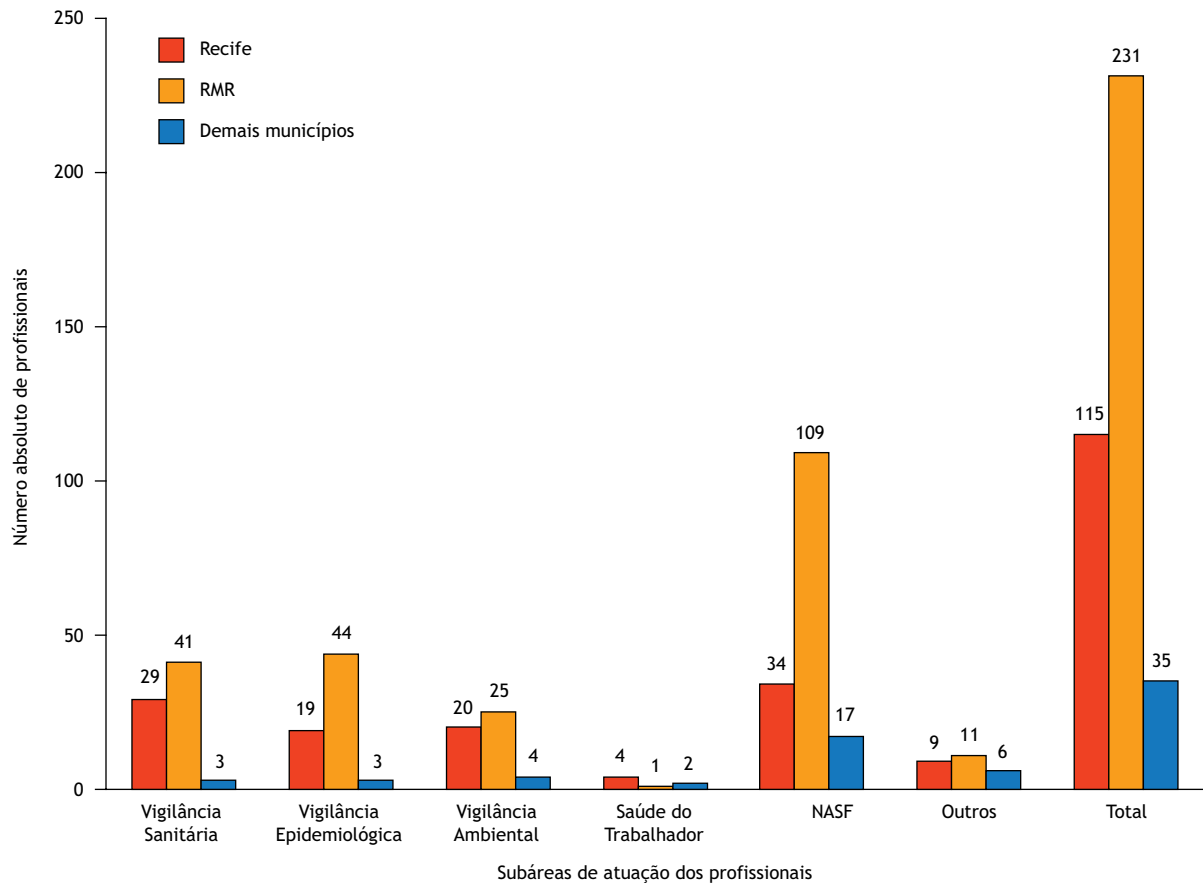
O estudo foi concluído com a participação de 381 profissionais de nível superior, dos quais 30,18% (115/381) atuavam no município de Recife, 60,62% (231/381) nos outros municípios da RMR e 9,18% (35/381) nos demais municípios pertencentes à I GERES.

Quanto à distribuição dos profissionais, as áreas da vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) absorvem, respectivamente, 19,16% (73/381); 17,32% (66/381); 12,86% (49/381); 1,84% (07/381) e 41,99% (160/381) dos profissionais, enquanto os 6,82% (26/381) restantes se enquadram na categoria “Outros”, como se encontra descrito na Figura. Vale destacar também que dentro da VS, a vigilância sanitária foi a área que apresentou o maior quantitativo de profissionais.

Quanto às características de formação, 90,36% (347/384) dos profissionais concluíram algum curso de graduação na área de saúde (incluindo medicina veterinária), 55,64% (212/381) o fizeram há mais de 10 anos, e 59,79% (229/383) o realizaram numa instituição pública de ensino, de acordo com os dados descritos na Tabela 1.

Ainda sobre o quesito formação, 62,99% (240/381) dos profissionais afirmaram possuir curso de aprimoramento em saúde pública, tendo sido concluído entre 1 e 5 anos atrás por 31,50% (120/381) deles. Quanto à realização de algum curso de especialização em saúde pública, 53,81% (205/381) relataram possuir, tendo sido concluído entre 1 e 5 anos atrás por 23,88% (91/381) deles. No entanto, em relação aos cursos de mestrado ou doutorado, apenas 12,86% (49/381) informaram haver concluído pelo menos um curso de alguma dessas duas modalidades, tendo 87,14% (332/381) dos profissionais restantes respondido que não havia realizado. Dentre os que informaram possuir, 8,14% (31/381) relataram haver finalizado num período entre 1 e 5 anos atrás, conforme dados descritos na Tabela 2.

Sobre as características e condições de trabalho, os dados da Tabela 3 permitem observar que 50,39% (192/381) dos profissionais ingressaram no cargo em que se encontram por meio de concurso. A carga horária de trabalho está entre 31 e 40 horas semanais para 49,87% (190/381) deles. Afirmaram não exercer outro tipo de atividade particular 81,63% (311/381) dos participantes,



Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

RMR: Região Metropolitana do Recife; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família.

Figura. Número (n°) absoluto de profissionais de saúde com nível superior do setor de Vigilância em Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), por subárea de atuação em Recife, Região Metropolitana do Recife (com exceção de Recife), e nos demais municípios da I Gerência Regional de Saúde (I GERES).

Tabela 1. Características de formação dos profissionais de saúde com nível superior em Recife, Região Metropolitana do Recife (com exceção de Recife), e nos demais municípios da I Gerência Regional de Saúde (I GERES) em números absolutos (n° total) e percentual (%).

Características de formação	Distrito sanitário			n° total	%
	Recife	RMR	DM		
Tempo de conclusão da graduação					
Concluído há menos de 5 anos	6	32	13	51	13,39
Concluído entre 5 e 10 anos	27	80	11	118	30,97
Concluído há mais de 10 anos	82	119	11	212	55,64
Não informado	-	-	-	0	0,00
Total	115	231	35	381	100,00
Instituição de ensino*					
Instituição pública	78	141	10	229	59,79
Instituição privada	36	88	26	150	39,16
Não informado	2	2	-	4	1,04
Total	116	231	36	383	100,00
Curso de graduação*					
Medicina veterinária	13	36	5	54	14,06
Outros cursos da área de saúde	82	181	30	293	76,30
Outros cursos de outras áreas	21	15	1	37	9,64
Não informado	-	-	-	0	0,00
Total	116	232	36	384	100,00

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

RMR: Região Metropolitana do Recife; DM: Demais municípios.

* O total de dados ultrapassa a quantidade de participantes porque alguns desses informaram mais de um curso de graduação em mais de uma instituição de ensino.



Tabela 2. Características complementares de formação dos profissionais de saúde com nível superior em Recife, Região Metropolitana do Recife (com exceção de Recife), e nos demais municípios da I Gerência Regional de Saúde (I GERES), em números absolutos (n° total) e percentual (%), quanto à realização ou não de cursos de aprimoramento, especialização e mestrado ou doutorado na área de saúde pública e do respectivo tempo em que foram concluídos.

Características complementares de formação	Recife	RMR	DM	n° Total	%
Curso de aprimoramento em saúde pública					
Possui	70	153	17	240	62,99
Não possui	45	78	17	140	36,75
Não informado	-	-	1	1	0,26
Total	115	231	35	381	100,00
Tempo de conclusão do curso de aprimoramento					
Concluído há menos de 1 ano	21	49	8	78	20,47
Concluído entre 1 e 5 anos	34	79	7	120	31,50
Concluído há mais de 5 anos	14	26	2	42	11,02
Não possui/Não informado	45	78	18	141	37,01
Total	114	232	35	381	100,00
Curso de especialização em saúde pública					
Possui	67	123	15	205	53,81
Não possui	48	108	20	176	46,19
Não informado	-	-	-	0	0,00
Total	115	231	35	381	100,00
Tempo de conclusão do curso de especialização					
Concluído há menos de 1 ano	6	12	7	25	6,56
Concluído entre 1 e 5 anos	22	65	4	91	23,88
Concluído há mais de 5 anos	39	46	4	89	23,36
Não possui/Não informado	48	108	20	176	46,19
Total	115	231	35	381	100,00
Curso de mestrado ou doutorado em saúde pública					
Possui	20	29	-	49	12,86
Não possui	95	202	35	332	87,14
Não informado	-	-	-	0	0,00
Total	115	231	35	381	100,00
Tempo de conclusão do curso de mestrado ou doutorado					
Concluído há menos de 1 ano	2	5	-	7	1,84
Concluído entre 1 e 5 anos	14	17	-	31	8,14
Concluído há mais de 5 anos	4	7	-	11	2,89
Não possui/Não informado	95	202	35	332	87,14
Total	115	231	35	381	100,00

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

RMR: Região Metropolitana do Recife; DM: Demais municípios.

enquanto 18,37% (70/381) afirmaram exercer. Desses, 11,55% (44/381) informaram que usam de 16 a 30 horas por semana para realizar esse tipo de atividade particular. Relataram não atuar em mais de um município 80,84% (308/381), enquanto 18,64% (71/381) relataram atuar.

Quanto às características de capacitação, 97,11% (370/381) dos participantes informaram que as realizavam, sendo a própria instituição de trabalho o ambiente utilizado por 34,42% (275/799)

deles, e o ambiente de ensino a distância (EaD) utilizado por 28,16% (225/799) deles. Além disso, 62,99% (240/381) dos profissionais afirmaram haver concluído a última capacitação há menos de um ano.

Sobre as sugestões dos profissionais à I GERES para melhoria na qualidade da formação para atuação na VS e APS, tanto em Recife, como na RMR e demais municípios, 29,71% (52/175) das respostas citavam ou solicitavam a promoção da educação



Tabela 3. Características do vínculo e demais atividades dos profissionais de saúde com nível superior em Recife, Região Metropolitana do Recife (com exceção de Recife), e nos demais municípios da I Gerência Regional de Saúde (I GERES) em números absolutos (n° total) e percentual (%).

Características de trabalho	Recife	RMR	DM	n° Total	%
Tipo de vínculo					
Contrato	25	103	25	153	40,16
Concurso	79	108	5	192	50,39
Outros	11	19	5	35	9,19
Não informado	-	1	-	1	0,26
Total	115	231	35	381	100,00
Carga horária semanal					
Até 15 h semanais	1	2	-	3	0,79
De 16 até 30 h semanais	51	128	7	186	48,82
De 31 até 40 h semanais	63	99	28	190	49,87
Mais de 40 h semanais	-	2	-	2	0,52
Total	115	231	35	381	100,00
Exercício de outra atividade particular					
Sim	18	46	6	70	18,37
Não	97	185	29	311	81,63
Total	115	231	35	381	100,00
Carga horária semanal (na atividade particular)					
Até 15 h semanais	6	15	2	23	6,04
De 16 até 30 h semanais	10	30	4	44	11,55%
Mais de 40 h semanais	2	1	-	3	0,79%
Não exercem outra atividade particular	97	185	29	311	81,63%
Total	115	231	35	381	100,00%
Atuação em mais de um município					
Sim	11	54	6	71	18,64%
Não	104	175	29	308	80,84%
Não informado	-	2	-	2	0,52%
Total	115	231	35	381	100,00%

Fonte: Elaborada pelos autores, 2022.

RMR: Região Metropolitana do Recife; DM: Demais municípios.

continuada e/ou permanente em saúde; 25,71% (45/175) apontavam para a necessidade de investimentos na integração entre os setores da RAS; 14,86% (26/175) para a oferta de vagas nas capacitações em geral; 9,71% (17/175) para uma maior quantidade de encontros, debates e reuniões e, finalmente, 8,57% (15/175) solicitaram capacitações na área de VS, dos quais 66,66% (10/15) foram na área de vigilância sanitária.

No âmbito da realização de atividades integradas entre o NASF-APS e a VS, apenas 27,30% (104/381) dos profissionais relataram realizar esse tipo de atividade integrativa, enquanto 71,65% (273/381) informaram não realizar, e 1,05% (08/381) não informaram resposta alguma. Dentre os que afirmaram realizar esse tipo de atividade, 22,11% (23/104), 65,38% (68/104) e 12,50% (13/104) pertenciam, respectivamente, a Recife, à RMR (com exceção de Recife) e aos demais municípios. Dentre os que afirmaram não realizar essas atividades integradas,

33,70% (92/273), 59,70% (163/273) e 06,59% (18/273) pertenciam, respectivamente a Recife, à RMR (com exceção de Recife) e aos demais municípios. Por fim, dentre os profissionais que não informaram resposta alguma, 100,00% (4/4) deles pertenciam ao grupo dos demais municípios.

Quanto às sugestões realizadas pelos profissionais à I GERES para a melhoria na qualidade da formação para a atuação em VS e APS, 23,42% (41/175) das sugestões fornecidas se referiam a demandas em capacitações. Abaixo estão descritas algumas das sugestões incluídas nesse tema:

Que a I GERES se faça mais presente para reuniões de planejamento semestral de reuniões e educação permanente com os profissionais.

Realização de fóruns intersetoriais, fóruns de integração; investir em educação permanente para gestores e demais profissionais.



Estar mais perto entendendo e atendendo a necessidade em atualização dos servidores.

Hoje em dia, infelizmente sabemos que acontecem essas reciclagens/capacitações, porém ficamos muitas vezes sem saber o que está acontecendo e, assim, perdemos uma valiosa oportunidade de obter conhecimento.

Cursos de formação continuada, articular com instituições públicas e privadas parcerias nas capacitações; descontos.

Direcionar os cursos da Escola do Governo em Saúde Pública para as prioridades definidas por cada município, integrada à Apevisa [Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária].

Criar um cronograma de cursos/treinamentos/capacitações que seja permanente, garantindo educação e aprimoramento continuados para o conjunto de inspetores sanitários.

Outras sugestões confirmam a existência de deficiências na integração entre o NASF-AB e a VS:

Sugiro momentos de capacitação conjunto entre técnicos das Vigilâncias e profissionais do NASF-AB.

Melhorar a integração entre os setores [VS e NASF-AB] e aumentar a quantidade de vagas disponibilizadas para os servidores, quando disponibilizam cursos.

As coordenações do NASF e vigilância poderiam promover ações em conjunto para aproximar as atuações para promoção e prevenção a saúde.

Fortalecimento de vínculos entre vigilância e NASF.

Integração entre NASF e VS nos distritos.

Mais proximidade com as vigilâncias.

Não há interface com o NASF.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa foi possível observar que há uma grande variação na distribuição dos profissionais de nível superior entre as diferentes áreas de atuação. Isso se deve, em parte, à ausência de alguns deles no momento que foi agendada a visita aos seus respectivos DS ou municípios, à deficiência na quantidade de profissionais nos setores de alguns DS ou municípios, à falta de retorno de algumas equipes e à escolha de não participar da pesquisa, principalmente em função da segunda etapa da coleta ter ocorrido de forma digital, o que pode ter colaborado para um menor quantitativo de participantes no estudo.

Os dados relativos à atuação dos profissionais na área de vigilância em saúde do trabalhador revelaram apenas 1,84% (07/381) de profissionais atuantes em relação aos demais na I GERES. Em outro estudo, realizado na V GERES do estado de Pernambuco⁶, 78,57% (11/14) dos municípios não possuíam um serviço

estruturado de vigilância em saúde do trabalhador, e nos municípios onde existia a prestação do serviço, não havia um coordenador exclusivo para a gerência nos municípios, fato este justificado pelo autor como decorrente do processo inicial de implantação do funcionamento da vigilância em saúde do trabalhador na região. No entanto, seja pelo fato de ser um setor que ainda está se instalando em alguns municípios e, conseqüentemente, sofrendo aprimoramentos quanto à formação do quadro de profissionais e à prestação de serviços, seja por uma possível falha na estruturação das equipes, é evidente a necessidade de investimentos por parte da gestão de recursos humanos nessa importante área da VS.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, estabelece, no Art. 2º, o seguinte¹⁰:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

No inciso VI do Art. 12 dessa mesma portaria estabeleceu-se que compete à direção estadual do SUS: “organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde [...]”¹⁰. Para garantir os direitos dos trabalhadores à saúde, faz-se necessário que a coordenação das GERES de Pernambuco reavalie a estruturação dos serviços de vigilância em saúde do trabalhador, na finalidade de identificar as causas específicas do baixo quantitativo de profissionais envolvidos nesse setor.

Sobre as características de vínculo com o trabalho, 50,39% (192/381) dos profissionais que participaram deste estudo possuem vínculo efetivo com o serviço, ou seja, ingressaram por meio de concurso, o que ocorreu em apenas 31,81% (07/22) dos coordenadores na IV GERES de Pernambuco¹¹, e somente em 30,77% (08/26) dos coordenadores na V GERES do mesmo estado⁷. Tais dados permitiram inferir que a política de investimentos em concursos para profissionais de saúde no estado de Pernambuco é de maior relevância na capital e na RMR (I GERES) do que no interior do estado, conforme observado na IV GERES (Caruaru/PE)¹¹ e V GERES (Garanhuns/PE)⁷.

Bastos et al.¹², em um estudo com profissionais da Vigilância Sanitária de farmácias em Salvador, relataram que cerca de 84,48% dos entrevistados ingressaram no serviço por meio de concurso público. Entretanto, Fernandes⁵, numa pesquisa com profissionais do departamento de VS de um município do Centro-Leste de Minas Gerais, analisou o perfil e as percepções desses profissionais quanto à formação e ao desenvolvimento profissional, e pôde observar que apenas 34,50% (19/55) dos entrevistados possuíam vínculo efetivo. Diante disso, torna-se evidente que em alguns municípios o percentual de profissionais



com vínculo não efetivo ainda é alto, interferindo na rotatividade desses profissionais.

A alta rotatividade dos profissionais interfere negativamente na qualidade dos serviços prestados por eles à comunidade, porque causa descontinuidade na assistência prestada, além de prejudicar a dinâmica de execução das atividades e dificultar a articulação da equipe, cujos profissionais estão a todo tempo sendo substituídos por outros. Essa problemática evoca a importância da estruturação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS (PCCS-SUS)¹³ na tentativa de combater a instabilidade dos profissionais em seus respectivos cargos, a fim de garantir não só a sua permanência contínua na equipe como também os salários e as condições de trabalho que desestimulam a formação da duplicidade de vínculos e asseguram os direitos legais do trabalhador, no sentido de coibir interferências políticas na estruturação da equipe¹⁴.

Magnago e Pierantoni¹⁵, ao analisarem a percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e do Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família, observaram que em Duque de Caxias havia predominância de rotatividade em profissionais com escolaridade básica e técnica, especialmente dos agentes comunitários de saúde (ACS), o que foi parcialmente justificado pelo fato desses profissionais terem vínculo com a prefeitura por meio de contratos temporários.

Sobre a participação em capacitações, 97,11% (370/381) dos profissionais dos DS de Recife (Pernambuco) e demais municípios coordenados pela I GERES informaram, neste presente estudo, que realizam esse tipo de atividade, sendo a última capacitação concluída a menos de um ano por 62,99% (240/381) deles; na V GERES de Pernambuco, 96,15% (25/26) dos participantes costumavam participar de cursos de capacitação, de modo que o último curso foi concluído há menos de um ano por 72,00% (18/25) desses profissionais⁶, enquanto, na IV GERES, 81,81% (18/22) dos participantes realizavam capacitações, ao passo que o último curso de capacitação foi realizado há menos de um ano por 66,66% (12/18) deles¹¹.

Esses dados revelaram a existência de investimentos em capacitações por parte das I, IV e V GERES para os profissionais e reforçaram a importância da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que objetiva transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho¹⁶. Além disso, 29,71% (52/175) das sugestões dos profissionais que participaram deste estudo foram direcionadas à Educação em Saúde (sobretudo educação permanente/continuada em saúde), enquanto 23,42% (41/175) delas se referiram aos aspectos quantitativos e qualitativos das capacitações, o que reafirma a necessidade de a I GERES permanecer oferecendo formação continuada aos profissionais.

O aprendizado por meio de recursos tecnológicos é de grande importância na atualização profissional. Ele propicia a democratização do acesso ao conhecimento e à informação, facilita a formação de comunidades virtuais, supera as barreiras geográficas e a dificuldade de acesso às bibliografias, além de favorecer a circulação de dados e o fomento de debates^{17,18}.

Em relação ao ambiente utilizado pelos profissionais para a realização das capacitações, a modalidade EaD foi utilizada por 28,16% (225/799) dos profissionais de ensino superior da I GERES e por 25,00% (09/36) dos coordenadores da IV GERES¹¹. Considerando que mais profissionais poderiam ser favorecidos pelos benefícios dessa ferramenta, sugere-se às GERES que fortaleçam os modelos educativos a distância, de forma a integrá-los à elaboração de projetos de Educação Permanente em serviço e a valorizar a problematização, o que poderá permitir uma melhor aproximação do conhecimento construído às práticas das equipes, corroborando com as afirmações já descritas por outros autores que enfatizam os benefícios do ensino EaD para profissionais de saúde^{17,18}.

Em relação às sugestões dos profissionais quanto às capacitações, observou-se a necessidade, também por parte dos gestores estaduais e municipais, de investimentos nas ações preconizadas na PNEPS¹⁶, instituída no ano de 2004, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus profissionais e trabalhadores. Essas ações devem ser realizadas para melhor articulação a integração entre ensino, serviço e a comunidade¹⁹, bem como para assegurar a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas à compreensão e ao enfrentamento das necessidades e dificuldades relativas ao sistema²⁰. Essas iniciativas devem ter por finalidade a transformação das práticas do trabalho, com base em reflexões críticas, propondo o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços, o que melhora, desta forma, a prestação de serviços aos usuários do SUS²¹.

Em relação à integração entre o NASF-APS e a VS, foi observada a existência de deficiências, o que está em desacordo com as Políticas Nacionais de Vigilância em Saúde (PNVS)¹ e Atenção Básica (PNAB)³. A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a PNAB³, considera, em seu Art. 5º, que:

A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.

Na mesma direção, a Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, que institui a PNVS¹, define a seguinte diretriz, em seu Art. 8º, inciso III:

III - Construir práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com a inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado.

Essa mesma resolução estabelece em seu Art. 12, e inciso VII, o seguinte:

Art. 12 São responsabilidades dos Estados, e compete às Secretarias de Saúde, a gestão da vigilância em saúde no âmbito estadual, compreendendo:



VII - organizar as ações de vigilância em saúde nas regiões de saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade, tendo como centro ordenador a Atenção Primária em Saúde, definindo, em conjunto com os municípios, e de forma articulada com a União, os mecanismos e os fluxos de referência, contra-referência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde.

Dessa forma, é possível observar que tanto a PNAB quanto a PNVS têm por princípio a integração entre a VS e a APS^{1,3} e, mais do que isso, consideram essa integração uma condição indispensável para alcançar resultados que atendam às reais necessidades de saúde da população. O presente estudo, no entanto, revelou que 71,65% (273/381) dos profissionais informaram não desenvolver atividades integradas entre essas duas áreas, o que destaca a necessidade de mais investimentos por parte dos gestores estaduais e municipais em práticas de integração entre a VS e a APS.

Em um estudo²⁰ que analisou os aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF, verificou-se que a fragilidade da rede contribuiu para a fragmentação do cuidado. Melo et al.²² descreveram que, devido à escassez na oferta de serviços especializados, os profissionais do NASF são utilizados para substituir tais serviços, na tentativa de suprir uma falha da rede de saúde: o que se configura uma atuação que se distancia da lógica do apoio matricial. Dessa forma, a fim de garantir a efetividade e a integralidade do cuidado

na APS, torna-se necessária a oferta de cuidado especializado através das RAS.

CONCLUSÕES

A análise dos dados obtidos a partir deste estudo permitiu compreender melhor as fragilidades e as potencialidades inerentes à formação e às condições de trabalho dos profissionais da VS e APS. Dentre as principais fragilidades, destacaram-se a reduzida quantidade de profissionais alocados na área de vigilância em saúde do trabalhador e as falhas na integração entre a VS e APS.

Ainda que tenham sido identificadas fragilidades, potencialidades também foram descritas, como a baixa rotatividade dos profissionais, visto que a maioria deles é concursada, e que praticamente todos os profissionais costumam realizar capacitações, tendo a maioria deles concluído a última capacitação há menos de um ano. Apesar desse fato positivo, o fato de quase um quarto das sugestões dos profissionais reivindicarem melhorias em diversos aspectos das capacitações oferecidas reforça que esse tema deve continuar recebendo uma atenção especial por parte dos gestores municipais e estaduais de saúde.

Dessa forma, este estudo pode contribuir com os gestores tanto como uma ferramenta de auxílio no dimensionamento das demandas identificadas como na elaboração de estratégias de intervenção que melhorem as condições de formação qualificada dos profissionais de saúde da I GERES e aprimorem a qualidade dos serviços prestados à população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a política nacional de vigilância em saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial União. 13 ago 2018.
2. Ministério da Saúde (BR). Manual de gestão da vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 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 União. 22 set 2017.
4. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
5. Fernandes AG. Estudo do perfil e das percepções dos trabalhadores de vigilância em saúde sobre a formação e o desenvolvimento profissional [dissertação]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2013.
6. Santos CVB, Brandespim DF. Características dos recursos humanos e desafios no trabalho de coordenadores de vigilância em saúde no interior de Pernambuco. Vigil Sanit Debate. 2018;6(2):54-60. <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01027>
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Censo Visa 2004. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2005.
8. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. 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. Diário Oficial União. 23 ago 2012.
11. Barbieri LS, Brandespim DF, Soares ENL. Perfil de formação e atuação de profissionais na coordenação de vigilância em saúde da IV Geres, Pernambuco. Ars Vet. 2018;34(3):129-34. <https://doi.org/10.15361/2175-0106.2018v34n3p129-134>
12. Bastos AA, Costa EA, Castro LLC. Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador (Bahia, Brasil). Cienc Saúde Colet. 2011;16(5):2391-400. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500008>
13. Ministério da Saúde (BR). 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.



14. Mendes TMC, Oliveira RFS, Mendonça JMN, Medeiros Junior A, Castro JL. Planos de cargos, carreiras e salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42(119):849-61. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811905>
15. Magnago C, Pierantoni CR. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família. *Rev Cereus*. 2014;6(1):3-8.
16. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
17. Silva AN, Santos AMG, Cortez EA, Cordeiro BC. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Cienc Saúde Colet*. 2015;20(4):1099-107. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.17832013>
18. Oliveira, MAN. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Rev Bras Enf*. 2007;60(5):585-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500019>
19. González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*. 2010;20(2):551-70. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>
20. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela?. *Physis*. 2020;30(4):1-27. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300405>
21. Silva LAA, Schmidt SMS, Noal HC, Signor E, Gomes IEM. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(3):765-81. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>
22. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF): problematizando alguns desafios. *Saúde Debate*. 2018;42(supl.1):328-40. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>

Agradecimentos

Ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE). Aos profissionais das Secretarias Municipais de Saúde e aos gestores da I Gerência Regional de Saúde (I GERES) do estado de Pernambuco que colaboraram para a obtenção dos dados e para a realização deste estudo.

Contribuição dos Autores

Lima LRA, Almeida WNM, Brandespim DF - Concepção, planejamento (desenho do estudo), aquisição, análise, interpretação dos dados e redação do trabalho. Todos os autores aprovaram a versão final do trabalho.

Conflito de Interesse

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



Licença CC BY. Com essa licença os artigos são de acesso aberto que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.