

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ygor Martins Peixoto

**O PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AS
PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Rio de Janeiro

2014

YGOR MARTINS PEIXOTO

O PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AS
PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para a
aprovação no Curso Técnico de Nível Médio
em Saúde com habilitação em Vigilância em
Saúde.

Orientadora: Gladys MyashiroMyashiro
Co-orientadora: Bianca Ramos Marins

Rio de Janeiro

2014

Ygor Martins Peixoto

O PROCESSO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AS
PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para a
aprovação no Curso Técnico de Nível Médio
em Saúde com habilitação em Vigilância em
Saúde.

Aprovado em ___/___/2014.

BANCA EXAMINADORA

Gladys MyashiroMyashiro – EPSJV/FIOCRUZ

Bianca Ramos Marins - EPSJV/FIOCRUZ

Ieda Barbosa - EPSJV/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora Gladys, que foi essencial para a concretização e finalização desse trabalho, por estar sempre disposta a contribuir, me apoiando e estando do meu lado e à minha Co-orientadora, Bianca Marins que me forneceu um excelente material para estudo, além de inúmeras dicas para a conclusão desse trabalho. Meus agradecimentos vão também à minha querida família, por estar sempre disposta a me ajudar e a me apoiar enquanto elaborava este trabalho e aos meus amigos: Ana Bianco, Carmem Angel, Carolina Vidales, João Victor Nascimento, Raphael de Paiva e Yasmin Moraes, minha segunda família.

“quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem.”
Rosa Luxemburgo’

RESUMO

Um dos grandes trabalhos da vigilância sanitária é cumprir o papel de fiscalizar as etapas de produção de produtos e serviços ligados diretamente ou indiretamente com a saúde e que possam interferir na saúde. O trabalho dos profissionais da saúde é de extrema relevância, pois são eles que avaliarão e cuidarão da saúde da sociedade.

Compreender o processo de trabalho em saúde e as questões relativas a este processo são importantes, pois possuem relação com todos os indivíduos da sociedade.

Dentre os critérios almejados na estruturação do Sistema de Vigilância em saúde, os profissionais que atendem as necessidades de proteção, promoção e atenção à qualidade de vida, devem ser capacitados para avaliar as diferentes situações de riscos que se apresentam no cotidiano de modo a enfrentá-las.

No âmbito da formação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Reforma Sanitária e da Lei Orgânica da Saúde é encontrado ainda diversas questões referentes a mesma em processo de formação. A vigilância em saúde assim como suas diretrizes é apenas uma pequena parte do processo como um todo, que é constituído pela saúde. Todas as regras desse sistema vigente no Brasil, tem por intermédio a melhora da qualidade de vida da população de forma íntegra e justa, sem distinção de raça, religião ou etc. A saúde é um direito de todos, a qual o estado tem como dever cumprir.

Palavras-chave: vigilância em saúde e sistema único de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	11
2.1	O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE.....	13
2.2	O TERRITÓRIO EM SAÚDE.....	15
3.0	A CONOTAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E SUA IMPORTÂNCIA ABRANGIDOS NO COMPOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	16
3.1	LEGISLAÇÕES NO ÂMBITO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.....	17
3.2	MODELOS ASSISTENCIALISTA.....	18
3.3	GESTÃO E RECURSOS HUMANOS EM FOCO.....	19
4.0	A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SUAS QUESTÕES.....	22
4.1	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA).....	23
4.2	ÉTICA NO ÂMBITO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	25
5.0	CONCLUSÃO.....	28
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

Na atual sociedade brasileira, as questões relacionadas à área da saúde estão desfalcadas, são vistos programas de atenção básica e projetos para uma melhoria da saúde da população, mas será que essa população compreende as questões que interferem em sua saúde? Será que os trabalhadores estão realmente aptos a exercer suas respectivas funções?

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária efetivo não existirá com a ausência de recursos humanos que o sustente (SOUZA et al), nesse processo tanto um quanto o outro devem andar em conjunto, para que todas as medidas possam ser cumpridas segundo as determinações da função da vigilância sanitária.

A educação e a formação dos recursos humanos são importantes, esses elementos que estruturam a relação com a sociedade, o conhecimento científico visando auxiliar o processo de trabalho com o público é bem visto, e atua como um agente benéfico.

O presente trabalho tem como objetivo estudar o nível de compreensão de trabalhadores da atenção básica a cerca da atuação na vigilância em saúde, e como se dá esse processo no Sistema Único de Saúde (SUS) e de que forma a atenção básica analisa a importância do papel da vigilância sanitária (VISA), e de como é possível adaptar e melhorar essa vigilância caso sejam identificadas dificuldades neste processo de compreensão, com o intuito de ajudar a vida da população

2.A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O conceito de Vigilância em Saúde tem como pressuposto não só a vigilância de doenças transmissíveis, mas também, a prevenção e o controle de fatores de risco de doenças não transmissíveis e riscos ambientais. Neste sentido, torna-se imperiosa a integração destas ações em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

A Vigilância em Saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde. Para tal, precisamos superar a visão isolada e fragmentada na formulação das políticas de saúde e na organização das ações e dos serviços. É fundamental proceder a análise dos problemas de saúde da população, incorporando o maior conhecimento possível e integrando a área da assistência ao modelo epidemiológico adotado.

Ela baseia todas as suas ações no conceito ampliado de saúde, sendo este de total importância para o sucesso de suas ações. Com esta visão positiva da saúde, ela se diferencia de qualquer outra prática já utilizada, pois consegue atuar nos determinantes e condicionantes e intervir no processo saúde–doença e não somente nos agravos, dando a ela a característica de modelo de atenção estratégico para a atuação em saúde (MONKEN & BATISTELLA, 2009. GONDIM, 2011).

A vigilância em saúde é composta e dividida em quatro áreas, que juntas dão forma e tornam possível a construção da vigilância como um produto integrador e abrangente no campo da saúde pública. Sendo elas a vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária e a saúde do trabalhador. Cada uma dessas vertentes são especializadas em determinado campo de atuação, mas é de suma importância a comunicação e relação entre os quatro setores, para assim ser possível obter determinado diagnóstico de forma mais ampla e específica, para melhorar a qualidade do serviço público em saúde.

A vigilância epidemiológica é um dos setores mais antigos no ramo da vigilância em saúde. Entre suas funções encontra-se a coleta de dados, análise, processamento e interpretação dos dados, Recomendação das medidas de controle apropriadas, promoção das ações de controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e a divulgação de informações pertinentes.

Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados a saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que

servam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL, 1988).

A lei 8080 traz como definição para vigilância epidemiológica:

Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento e a detecção ou prevenção de qualquer mudança de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (BRASIL, 1990, art. 6, 2).

Segundo a definição é possível perceber a necessidade de direcionamento ligado ao âmbito da promoção a saúde, no qual abrange um amplo campo, ao invés de analisar apenas a doença e suas características, se limitando a um diagnóstico reduzido e parcial acerca dos agravos a saúde.

A vigilância sanitária é uma das mais conhecidas pela população, sendo sua característica de “polícia sanitária” uma importante diferença das demais vertentes da vigilância em saúde, pois é a única que tem o dever e o poder de multar e se necessário fechar determinado estabelecimento, empresa ou algum prestador de serviços ligado diretamente ou não a saúde pública.

O poder de polícia é inerente ao estado, é um poder-dever que se concretiza na elaboração de normas jurídicas e técnicas e na fiscalização de seu cumprimento, assim limitando as liberdades individuais, e as condicionando aos interesses coletivos assegurados pelo poder judiciário (ROZENFELD, SUELY, 2000).

A vigilância ambiental está voltada no monitoramento dos fatores biológicos (agentes causadores de doenças) e não biológicos (desastres naturais, químicos, problemas de saneamento, etc.) presentes no ambiente que possam gerar problemas a saúde. Estão presentes na vigilância ambiental o controle/combate às endemias, realizadas pelos ACE e os programas VIGIAR, VIGISOLO, VIGIAGUA, VIGIDESASTRES, focados no monitoramento de problemas relacionados ao ar, a água, ao solo e aos desastres naturais e não naturais (GONDIM & ROJAS, 2004).

É necessário destacar que a vigilância ambiental passou a integrar as normas e diretrizes do SUS recentemente, na última década. Sendo assim é uma área que necessita de mais investimentos, tanto no nível estrutural (departamentos, automóveis e materiais) quanto no nível de qualificação profissional para atuação direta na aérea.

O último pilar da vigilância em saúde é constituído pela saúde do trabalhador. É a área mais nova dentre os ramos da vigilância em saúde, sendo responsável pela administração dos agravos a saúde, ligados ao universo do trabalho.

A Saúde do Trabalhador, enfim, configura um campo de Conhecimentos e de práticas que tem como objetivo o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, mediante propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de saúde pública (LACAZ, 1996). Tal campo agrega conhecimentos provenientes de diversas disciplinas, como a clínica médica, a Medicina do trabalho, a Sociologia, a epidemiologia social, a Engenharia, a Psicologia, a Psiquiatria e a ergonomia, dentre outras (NARDI, 1997). É importante destacar, no entanto, que, além do embasamento teórico interdisciplinar, a vivência e o saber dos trabalhadores também assumem importante papel nas estratégias para se conhecer e transformar a realidade, na forma de interpretar o adoecimento e organizar os serviços de saúde para operar sobre essa realidade (ODDONE, RE; BRIANTE, 1981; ODDONE e cols., 1986; LACAZ, 1996).

1.1 O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

O Conceito de Saúde, ou seja, o modo como se vê a saúde, no Brasil tem passado por significativas mudanças a partir do início do século XX. Está diretamente atrelada a oferta de serviços na área de saúde, estratégias para o combate de morbidades, entre outras ações que garantem o estado de bem estar de um indivíduo que utiliza o serviço de saúde.

A visão da saúde era voltada sempre para a doença, de modo que um indivíduo saudável era aquele que não possuía qualquer tipo de morbidade. Essa visão refletia diretamente na assistência que era voltada para o diagnóstico, tratamento e cura. Sendo assim, existiam uma gama de profissionais que trabalhavam e estudavam com o foco voltado unicamente para extinguir as doenças, que era o problema a ser enfrentado pelos serviços de saúde.

O modo como se tratava a saúde era um círculo vicioso onde pessoas ficavam doentes, procuravam assistência médica, iniciavam o tratamento e se curavam, mas voltavam a adoecer. A visão utilizada fazia parte da teoria da unicausalidade, ou seja, para o adoecimento bastava somente uma pessoa entrar em contato com um agente infeccioso, causando assim a doença, e o tratamento também era através de medicamentos, vacinas ou soros, mas sem qualquer outra intervenção no ambiente além do controle de endemias que era

incompleto no que diz respeito a garantir a saúde. O controle de endemias e o investimento em hospitais de grande porte e especializados tem relação direta com essa visão de saúde, sendo ambos amparados pela teoria da unicausalidade(GONDIM, et al. 2004; PAIM, 2010)

As enfermidades eram consideradas ao mesmo tempo determinantes e resultantes da condição de subdesenvolvimento, e acreditava-se que as ações de controle, quando implementadas com técnica, programação e cobertura adequadas, seriam uma estratégia eficaz e eficiente de intervenção no ciclo vicioso da doença e da pobreza. (PAIVA, apud SABROSA, 2006, pag. 3).

Com a criação da Organização Mundial da Saúde em 1948, houve a discussão sobre como a saúde era tomada e, sob a perspectiva de desenvolver o nível de saúde de todos os povos, ela introduz um conceito de saúde caracterizado pelo bem estar físico, social e mental, de modo em que há diversos caminhos que ligam saúde e doença dentre eles o trabalho, o lazer, o transporte, a moradia, o ambiente de convivência, as relações interpessoais, entre outros que levam a um processo de adoecimento e interferem positivamente ou negativamente no processo saúde doença (GONDIM, et al. 2004; LUZ, 2009; PAIM, 2010).

A partir do fim da Segunda Guerra Mundial, e durante a segunda metade do século XX, as recém-criadas organizações internacionais de saúde pública [...] propõe novas definições de caráter, de caráter mais positivo e abrangente que as veiculadas pelas instituições médicas: “estado de completo bem estar físico, mental e social”, por exemplo, por utópico que nos pareça, é uma definição que se propõe a superar, em termos de concepção, a visão mecânica do homem conjunto de partes, dominante nas especialidades médicas, buscando reassociar as dimensões em que se insere a vida humana: social, biológica e psicológica (LUZ, pag. 355, 2009).

Essa visão passa a ser caracterizada como ampliada pois abrange as questões sociais e ambientais que levam a doença e a partir desse modo de analisar a condição de saúde se pode pensar em técnicas de prevenção de doenças e promoção da saúde com a perspectiva de diminuir os agravos relacionados a saúde.

Quando se define o conceito ampliado de saúde, passa a se analisar a saúde de uma maneira positiva, como qualidade de vida e se deixa a visão antiquada e negativa da saúde, como ausência de doença (TEIXERA, 2004).

Admitindo a saúde como qualidade de vida, amplia-se as técnicas de cuidado e tratamento antes só fechada para o modelo cartesiano com características mecanicistas, onde se entende o ser humano como uma máquina que só funciona se todas as diversas estruturas

(órgãos e tecidos) funcionarem corretamente, e para cuidar de algum problema que ocorresse havia uma gama de profissionais especializados em uma estrutura específica. Passa-se a pensar também no olhismo em saúde caracterizado pelo olhar amplo sobre o corpo sem divisões, muito utilizado pelas técnicas medicinais orientais (LUZ, 2009).

As mudanças introduzidas pela OMS no conceito de saúde trouxe à tona a fragilidade nas ações de saúde, sendo necessárias mudanças em seu processo de trabalho. A partir dela pode se pensar em outras estratégias como a Atenção Primária a Saúde na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, a criação do Sistema Único de Saúde como luta na 8ª Conferência Nacional de Saúde e vitória da Reforma Sanitária Brasileira e da Vigilância em Saúde como estratégia na prevenção e promoção da saúde que possui como base o conceito ampliado de saúde.

1.2O TERRITÓRIO EM SAÚDE

No processo de trabalho da vigilância em saúde é importante destacar a relevância das questões relacionadas ao território, pois o mesmo está diretamente relacionado às reais condições dos moradores que ali residem.

O território é também um espaço, porém singularizado: sempre tem limites que podem ser político-administrativo ou de ação de um determinado grupo de atores sociais; internamente é relativamente homogêneo, com uma identidade que vai depender da história de sua construção, e o mais importante, é portador de poder – nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências e de seus cidadãos. Daí sua importância estratégica para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidade da população que o habita e o produz socialmente. O espaço-território, muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o locus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico,

político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (Mendes, 1993; Barcellos e Rojas, 2004).

Sendo assim o território em saúde é uma das principais ferramentas na qual deve ser muito bem assimilada e entendida pelos profissionais que irão lidar direta ou indiretamente com uma determinada população, e compreender as diversas questões e as divergências que atuam no território, de como um território pode ser produtor de agravos a saúde pública, ou também um provedor de saúde. O território está muito além de um espaço de terra delimitado. Os vínculos dos seres humanos com o ambiente em que vivem influencia todos os aspectos da vida, sendo o planejamento e a programação das ações em saúde que devem ser implantadas no território, para assim mudar e melhorar a realidade de muitos cidadãos, conseqüentemente a melhoria no padrão de qualidade de vida.

3. A CONOTAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E SUA IMPORTÂNCIA ABRANGIDOS NO COMPOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge a partir de um processo de luta das grandes massas, intelectuais, estudantes e movimentos sociais que ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, que visava um conjunto de mudanças na conjuntura do acesso a serviços e garantia de direitos como o acesso a saúde universal e de qualidade, a Reforma Agrária, a divisão igualitária de renda, entre outros (MONKEN & BATISTELLA, 2009; PAIM, 2010; MOREIRA, 2012).

É de suma importância para a manutenção da saúde da sociedade brasileira o debate acerca das questões do SUS, que devem ser amplamente discutidas e analisadas para o aperfeiçoamento da qualidade do serviço público em saúde.

Baseado no Conceito Ampliado de Saúde, fundamental ao SUS, faz-se a desmistificação induzidos pelo senso comum. A partir desta mudança, o conceito de saúde deixa de possuir uma visão negativa voltada para a doença e passa a caracterizar uma visão positiva de qualidade de vida, abrangendo diversos fatores que interferem no processo saúde-doença¹.

¹ Fatores que podem ou não propiciar saúde, condicionantes e determinantes que estão envolvidos no processo de adoecimento ou melhoria da saúde.

Nesse contexto é importante destacar a participação dos recursos humanos, que são a base para qualquer serviço. São os recursos humanos que lidarão com a parte administrativa, assistencialista e de gestão. Costuma-se dividir esse conjunto em dois grupos: aquele composto por trabalhadores que prestam cuidados para indivíduos e outro formado por profissionais que prestam serviços “não pessoais” em saúde, isto é, trabalhadores não vinculados à assistência direta aos indivíduos. Para o último, utiliza-se a expressão “recursos humanos em Saúde Pública”. Esses dois grupos são considerados por diversos autores como componentes centrais de todos os sistemas de saúde, contribuindo de forma significativa para a *performance* do setor (BEAGLEHOLE & DAL POZ, 2003).

[...] na área da saúde, a questão dos ‘recursos humanos’ envolve tudo que se refere aos trabalhadores da saúde em sua relação com o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde, configurando, assim, um dos seus subsistemas. Nesse sentido, esse é tanto um campo de estudo como de intervenção. A área de ‘Recursos Humanos em Saúde’ (RHS) abarca múltiplas dimensões: composição e distribuição da força de trabalho, formação, qualificação profissional, mercado de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício profissional, relações de trabalho, além da tradicional administração de pessoal (VIEIRA, 2009, p.13).

3.1 Legislações no âmbito dos recursos humanos em saúde

Na formação do SUS, foram criados diversos regulamentos acerca da educação e formação dos recursos humanos em saúde. A lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturarem mecanismos de atuação educacional, além de desenvolvimento tecnológico e científico.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde de 1990:

Artigo 6º: Estão incluídas no campo de atuação do SUS:

III – a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;

X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico.

Artigo 14: Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. (retirado da lei 8080)

Ao longo desse processo são encontrados diversas fragilidades no ponto de vista estrutural, social e político. A participação social ausente prejudica a iniciativa de políticas públicas de saúde para o beneficiamento do coletivo. É necessário também reciclagem da mão de obra, ou seja, os trabalhadores em saúde devem sempre participar de novos meios e

mecanismos de se atualizar acerca das questões relacionadas e engajadas no âmbito do trabalho em saúde como garantido em lei.

Outro ponto a ser dada relevância é a segregação dessa força de trabalho. Em um mesmo ambiente produtivo de saúde encontra-se divergências. O profissional graduado e com saberes baseados e construídos de forma técnica ganha mais visibilidade, reconhecimento e prestígio, enquanto que outros trabalhadores que possuíam seus conhecimentos embasados no dia a dia, ou seja, a partir das práticas do cotidiano em saúde é desvalorizado e não é visado por políticas públicas. Essa organização do sistema em saúde deve ser analisada e mudada para a melhoria do processo de trabalho em saúde como um todo.

Esse mesmo modelo põe em risco o modelo preventista, pois grande parte das verbas é destinada aos setores assistencialistas.

[...] Contudo, até hoje preponderam na sociedade e na saúde, às idéias e os valores centrado no modelo médico-hegemônico. Esse poder interfere na concretude do sistema ampliado de saúde, como direito de todos e dever do estado de prover a universalização com equidade. Por conseguinte, essas idéias e valores norteiam a formação dos trabalhadores e ditam o processo gestor (gestão de trabalho). (Tese Ana Julia Calazans).

3.2 MODELOS ASSISTENCIALISTAS

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 85% dos agravos à saúde podem ser remediados com uma boa estruturação da atenção básica. Mas não se pode esquecer a influência do capitalismo até mesmo numa área que tem como função o benefício da coletividade. A questão do dinheiro influencia em qual área se terá mais ou menos verbas, políticas e investimentos. Enquanto que a área médico-hegemônica abre um amplo campo de oportunidades para aqueles que querem lucrar com a dor e o sofrimento de uma parcela da população, a atenção básica é o contrário, pois limita e não disponibiliza uma margem satisfatória de lucro para aquele que visa o capital a cima de tudo.

O sistema de saúde brasileiro é hoje, assim, palco da disputa entre modelos assistenciais diversos, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária). (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2012).

Estes modelos coabitam no cenário brasileiro, contudo é visto o conflito entre ambos os modelos. Tanto o modelo sanitário quanto o modelo médico-assistencial, à divergência não é produtiva para a população, nem para a manutenção de uma vida saudável. Para uma qualidade de vida é imprescindível à conciliação entre ambos, pois tanto as medidas preventivas quanto as medidas de assistências médicas são importantes. As diretrizes do planejamento de determinada promoção à saúde pode falhar, e talvez não se garantir com total plenitude que essas medidas funcionem com eficácia a ponto de cobrir todos os sujeitos participantes da mesma. É nesse momento em que o modelo médico-assistencial deve estar preparado e estruturado para atender a demanda dessa população que por determinada justificativa não foi englobada no âmbito da prevenção, seja por problemas técnicos da promoção a saúde ou por qualquer outro meio.

A Conferência de Alma Ata, em 1978 consagrou a atenção primária como a principal estratégia de saúde pública. Para enfrentar os problemas de saúde dos países subdesenvolvidos (BUSS, 2012).

3.3 GESTÃO E RECURSOS HUMANOS EM FOCO

Diante dessa realidade, e na tentativa de minimizar a problemática em relação à gestão dos recursos humanos em saúde (RHS). O Governo Federal implanta a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), para ser possível a coordenação, administração e meios para garantir maior efetividade nesse âmbito.

[...] Aos gestores de RHS impõem-se desafios gerenciais diversificados e cada vez mais complexificados pelas transformações e exigências do trabalho contemporâneo. Exigências no campo da inserção de trabalhadores no serviço (que se apresentam sob formas variadas), da distribuição, da fixação, do desempenho e da qualificação, da motivação e accountability profissional, do resgate de padrões éticos, mas, sobretudo, da incorporação de qualificações gerenciais à área de RHS para lidar com todo esse processo em transformação] (Pierantoni, et AL).

Ao destacar-se a temática em âmbito continental é possível perceber as disparidades sociais e as segregações que cercam o continente Americano.

O processo de globalização revela a sua face real, bem distanciada da pretensa aproximação dos povos e de acesso mais igualitário às benesses do desenvolvimento científico e tecnológico (SANTOS, 2001).

Segundo *Joint Learning Initiative*(2004) para que se tenha a cobertura mínima de saúde são necessários 2,5 trabalhadores de saúde para cada mil pessoas, sendo assim, uma numerosa parcela da população sofre com a ausência dos recursos mais básicos de saúde. Necessitando de maiores investimentos e profissionais adequados para o exercício da função.

Após analisada a relevância dos recursos humanos em saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou o ano de 2006 e a década nesse ano iniciada aos trabalhadores da saúde, tendo também a realização do tema do “Relatório Mundial da Saúde de 2006 trabalhando juntos para a saúde”. Esse relatório propõe um plano decenal, visando a implantação de RSH como médicos e enfermeiros, além da qualificação e fixação desses profissionais.

Essas equipes de médicos, enfermeiros entre outros profissionais possuem uma visão, uma educação e uma estruturação de saberes, conhecimentos e técnicas que podem se diferenciar uma das outras, mas na qual a participação e integração dos mesmos possuem suma importância para um diagnóstico mais amplo, visando o bem estar do paciente submetido a essa equipe. Segundo (KABENE et al., 2006) Interdisciplinaridade em saúde é uma abordagem centrada no doente, na qual todos os envolvidos, incluindo o paciente, têm contribuição nas decisões tomadas.

Sendo assim essa equipe deve ter consciência e aptidão para lidar com os possíveis contratempos e desafios relacionados a dinâmica desse processo de trabalho.

Retomando acerca da estruturação dos recursos humanos é importante destacar que até o ano de 2003, a área de RH encontrava-se a cargo de uma coordenação geral no terceiro escalão do Ministério da Saúde (MS), mas com a criação da SGTES os recursos humanos foram repassados para o primeiro escalão, logo é visto certa valorização e crescimento da importância da área de RH diante das medidas tomadas pelo Governo Federal.

Segundo estudo coordenado por Juan Arroyo (2007), O Brasil destaca-se pela qualidade dos recursos humanos, contando com desde profissionais detentores de faculdades de menor reconhecimento acadêmico até mestres e doutores. Em contrapartida a infraestrutura no que diz respeito ao meio em que se encontram estes recursos, consideremo-lo ainda precário, necessitando ser adaptado e melhorado, já que tal se faz insuficiente diante do número de profissionais e da importância do compor de seus trabalhos no que também incorpora o mais contemporâneo conceito ampliado de saúde.

Há um determinado período de tempo a gestão de uma forma geral tinha um respaldo mecânico em relação aos RH, tendo esse quadro passado por uma transformação junto com as evoluções ocorridas nesse meio administrativo.

O mundo contemporâneo vem experimentando inovações nos processos de gestão, horizontalizando as funções de gerência, (re) nomeando e (re) significando a gerência de recursos humanos para a gestão de pessoas no sentido de “humanizar” a área e valorizar o capital humano e, ao mesmo tempo, buscar qualidade, produtividade e competitividade (Pierantoni, et al).

Logo, a gestão dos recursos humanos deixa de analisar o ser humano como mais um número no sistema, e passa esse olhar mais humanista, no qual cada profissional exerce uma importância no meio onde o mesmo desenvolve suas relações trabalhistas.

Outro ponto a ser destacado é a ausência da construção e fixação do trabalhador em determinado ambiente de trabalho.

Em que pesem os avanços sociais que trouxeram relações mais democráticas e pessoas com mais sentido de autonomia no trabalho, o emprego já não desempenha mais o papel de construir identidades sociais e de classe. Da mesma forma, as expectativas de carreira nas empresas ficam cada vez mais escassas (SORJ, 2000).

Atualmente é cada vez mais raro a construção de um emprego bem estruturado e seguro para os profissionais. Esse fato é decorrente da terceirização, na qual segrega a classe trabalhadora através dos seus mecanismos emancipatórios, pois a ausência de uma ampla comunicação entre esses profissionais afeta diretamente suas relações, seus benefícios e sua própria conscientização no universo do trabalho.

4. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SUAS QUESTÕES

A vigilância sanitária é a forma mais complexa de existência da saúde pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas médico-sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde. A vigilância sanitária atua sobre fatores de risco associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, com o ambiente e o ambiente de trabalho, com a circulação internacional de transportes, cargas e pessoas. (ROZENFELD, 2004, p. 15)

A vigilância sanitária utiliza como ferramenta no seu processo de trabalho diversas áreas do saber, como química, farmacologia, epidemiologia, bioética, entre outros. Essa utilização de várias áreas do conhecimento produz um diagnóstico e um resultado final mais amplo, informativo e conseqüentemente melhor, comparado apenas a utilização de saberes sanitários. Ao invés da pesquisa ficar pobre, reduzido e menos abrangente o resultado é mais dinâmico, coerente e rico.

No Brasil, até 1988, o ministério da saúde definia a vigilância sanitária como:

Um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde. (ROZENFELD, 2004, p. 15).

Mas essa definição foi modificada pela lei n 8080, de 19 de setembro de 1990, chamada lei orgânica da saúde, definindo a vigilância sanitária como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. (ROZENFELD, 2004, p. 15).

A grande diferença entre a antiga e a nova definição encontra-se no caráter burocrático no qual a primeira definição estava totalmente relacionada, enquanto que a segunda relaciona-se para além da burocracia, introduzindo o conceito de risco, além de possuir um caráter mais amplo e complexo. Essa mudança de definição também está diretamente ligada às mudanças sócias ocorridas nesse período. O movimento pela democratização da saúde, através da 8ª conferência de saúde foi um grande marco na história da saúde pública no Brasil, incluindo as ações de vigilância sanitária nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

4.1 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA)

A ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, é um órgão que possui seu campo de atuação diretamente relacionado a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. Com personalidade jurídica própria, mas desempenhando funções do Estado de maneira descentralizada, ou seja, na escala municipal, estadual e federal, ela é uma agência reguladora criada com base em uma autarquia sobre regime especial.

Segundo a lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, pela qual fica regulamentada as diretrizes da Anvisa, compete a agência:

- I - coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- II - fomentar e realizar estudos e pesquisas no âmbito de suas atribuições;
- III - estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária;
- IV - estabelecer normas e padrões sobre limites de contaminantes, resíduos tóxicos, desinfetantes, metais pesados e outros que envolvam risco à saúde;
- V - intervir, temporariamente, na administração de entidades produtoras, que sejam financiadas, subsidiadas ou mantidas com recursos públicos, assim como nos prestadores de serviços e ou produtores exclusivos ou estratégicos para o abastecimento do mercado nacional, obedecido o disposto no art. 5º da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, com a redação que lhe foi dada pelo art. 2º da Lei nº 9.695, de 20 de agosto de 1998;
- VI - administrar e arrecadar a taxa de fiscalização de vigilância sanitária, instituída pelo art. 23 desta Lei;
- VII - autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, distribuição e importação dos produtos mencionados no art. 6º desta Lei;
- VII - autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, distribuição e importação dos produtos mencionados no art. 8º desta Lei e de comercialização de medicamentos;
- VIII - anuir com a importação e exportação dos produtos mencionados no art. 8º desta Lei;
- IX - conceder registros de produtos, segundo as normas de sua área de atuação;
- X - conceder e cancelar o certificado de cumprimento de boas práticas de fabricação;
- XI - exigir, mediante regulamentação específica, a certificação de conformidade no âmbito do Sistema Brasileiro de Certificação - SBC, de produtos e serviços sob o regime de vigilância sanitária segundo sua classe de risco;
- XII - exigir o credenciamento, no âmbito do SINMETRO, dos laboratórios de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros de interesse para o controle de riscos à saúde da população, bem como daqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias;

XIII - exigir o credenciamento dos laboratórios públicos de análise fiscal no âmbito do SINMETRO;

XIV - interditar, como medida de vigilância sanitária, os locais de fabricação, controle, importação, armazenamento, distribuição e venda de produtos e de prestação de serviços relativos à saúde, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;

XV - proibir a fabricação, a importação, o armazenamento, a distribuição e a comercialização de produtos e insumos, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;

XVI - cancelar a autorização de funcionamento e a autorização especial de funcionamento de empresas, em caso de violação da legislação pertinente ou de risco iminente à saúde;

XVII - coordenar as ações de vigilância sanitária realizadas por todos os laboratórios que compõem a rede oficial de laboratórios de controle de qualidade em saúde;

XVIII - estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica;

XIX - promover a revisão e atualização periódica da farmacopéia;

XX - manter sistema de informação contínuo e permanente para integrar suas atividades com as demais ações de saúde, com prioridade às ações de vigilância epidemiológica e assistência ambulatorial e hospitalar;

XXI - monitorar e auditar os órgãos e entidades estaduais, distrital e municipais que integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo-se os laboratórios oficiais de controle de qualidade em saúde;

XXII - coordenar e executar o controle da qualidade de bens e produtos relacionados no art. 8º desta Lei, por meio de análises previstas na legislação sanitária, ou de programas especiais de monitoramento da qualidade em saúde;

XXIII - fomentar o desenvolvimento de recursos humanos para o sistema e a cooperação técnico-científica nacional e internacional;

XXIV - autuar e aplicar as penalidades previstas em lei.

XXV - monitorar a evolução dos preços de medicamentos, equipamentos, componentes, insumos e serviços de saúde, podendo para tanto: (Incluído pela Medida Provisória nº 2.190-34, de 2001)

A vigilância sanitária constitui também um privilegiado espaço de comunicação e promoção da saúde, pelo fato de lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos e relacionados com suas necessidades básicas, e pela necessária interação com a sociedade, função que é exigida para o adequado gerenciamento do risco sanitário. Há um grande espaço, precariamente explorado, para a ação educativa no âmbito da vigilância sanitária, tanto no que se refere ao entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona com os direitos da cidadania. A vigilância sanitária acopla a necessidade da dimensão educativa à possibilidade da ação punitiva formal. (LUCCHESI, n/d, p. 1)

É necessária a participação social para o aperfeiçoamento e melhoria na qualidade dos serviços de vigilância sanitária. Infelizmente grande parcela da sociedade não sabe a relevância da vigilância sanitária e nem mesmo os agravos a saúde que podem ser evitados com cuidados básicos no dia a dia.

Mas essa falta de conhecimento é caracterizada pela ausência de esforços das esferas municipal, estadual e federal para informar e educar a população acerca do espaço de comunicação que há entre a vigilância sanitária e as camadas populacionais. É necessária uma mudança nesse padrão, para que a sociedade seja mais ativa nas questões que interferem na sua própria saúde e qualidade de vida.

Vista dessa forma, a vigilância sanitária é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS na busca da concretização do direito social à saúde, por meio de sua função principal de eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e no consumo de certos produtos, processos e serviços. Em síntese, a vigilância sanitária tem um papel importante para a estruturação do SUS, principalmente devido à ação normativa e fiscalizatória sobre os serviços prestados, produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde, permanente avaliação da necessidade de prevenção do risco, possibilidade de interação constante com a sociedade, em termos de promoção da saúde, da ética e dos direitos de cidadania. Explorar e utilizar tais atributos e possibilidades da vigilância sanitária constitui um dos maiores desafios para os gestores da saúde federais, estaduais e municipais tendo em vista a necessidade de desenvolver e qualificar as possibilidades de intervenção preventiva no campo da saúde. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), recentemente formalizado em lei, é um dos principais instrumentos do SUS para a realização deste objetivo da prevenção (LUCCHESI, n/d, p. 23)

4.2 A ÉTICA NO ÂMBITO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

É importante ressaltar o conceito de ética no amplo campo da vigilância sanitária, e como é possível melhorar o serviço público de saúde a partir de condutas profissionais adequadas para as respectivas funções nesse mundo do trabalho em saúde. Para a manutenção da convivência social, o homem desenvolveu alguns mecanismos, entre os quais a ética. Visando harmonizar interesses individuais e coletivos (FORTES, n/d, p.1)

A atuação de profissionais com um olhar fiscalizador, no qual há o envolvimento com lucros e capital, está muitas vezes relacionado com a corrupção, um triste fato que assola diversas áreas da sociedade brasileira, e que seus malefícios se estendem e afetam direta ou indiretamente todos os indivíduos de um meio de trabalho ou social.

De acordo com o 2º artigo da RDC nº141, de 30/5/2003, do código de ética, este tem por objetivo:

I - tornar claro que o exercício funcional na Anvisa pressupõe adesão a normas de conduta previstas neste Código;

II - estabelecer as regras de conduta inerentes ao vínculo funcional com a Anvisa;

III - preservar a imagem e a reputação do servidor, cuja conduta esteja de acordo com as normas estabelecidas neste Código;

IV - evitar a ocorrência de situações que possam suscitar conflitos, envolvendo interesse privado, ações filantrópicas e atribuições do servidor;

V - criar mecanismo de consulta, destinado a possibilitar o prévio e pronto esclarecimento de dúvidas quanto à correção ética de condutas específicas;

VI - dar maior transparência às atividades da Anvisa. (retirado da RDC nº 141)

Sendo assim, a educação e formação dos recursos humanos que lidarão diretamente com essa área sujeita a corrupção é de suma importância, para a construção de uma ANVISA mais justa e igualitária, na qual a saúde e as leis que a regularizam estão à cima de qualquer benefício individual. O coletivo deve ser o primeiro elemento a ser pensado e valorizado segundo as normas padrões vinculados ao SUS e a ANVISA.

De acordo com os artigos 3º, 4º, 5º e 6º da RDC nº141, de 30/5/2003, do código de ética:

Art. 3º Todo servidor da Anvisa, independentemente da posição ocupada na estrutura organizacional da agência, é merecedor da confiança da sociedade, devendo pautar-se pelos princípios da legalidade, impessoalidade, publicidade, eficiência, moralidade e probidade.

Art. 4º O servidor da Anvisa não poderá valer-se do vínculo funcional para auferir benefícios ou tratamento diferenciado, para si ou para outrem, junto a outras pessoas, entidades públicas, privadas ou filantrópicas, nem utilizar-se, em proveito próprio ou para terceiros, de meios técnicos e recursos humanos ou materiais a que tenha acesso em razão do exercício funcional nesta Agência.

Art. 5º Cabe ao servidor respeitar a capacidade individual de todo cidadão, sem preconceito de raça, cor, religião, sexo, nacionalidade, idade, cunho político ou posição social, abstendo-se, dessa forma, de causar-lhe dano moral.

Art. 6º São deveres fundamentais do servidor da Anvisa:

I - desempenhar plenamente as atribuições do vínculo funcional;

II - exercer as atribuições com rapidez, perfeição e rendimento, evitando atraso na prestação dos serviços;

III - ser probo, reto, leal e justo, escolhendo sempre a melhor e a mais vantajosa opção para o bem comum;

IV - jamais retardar qualquer prestação de contas, condição essencial da gestão dos bens, direitos e serviços da coletividade;

V - ter consciência de que o trabalho é regido por princípios éticos que se materializam na adequada prestação dos serviços públicos;

VI - resistir e denunciar todas as pressões de superiores hierárquicos, de contratantes, de interessados e de outros que visem obter quaisquer favores, benesses ou vantagens indevidas em decorrência de ações imorais, ilegais ou não éticas;

VII - ser assíduo e freqüente ao serviço;

VIII - comunicar imediatamente aos superiores qualquer ato ou fato contrário ao interesse público, exigindo as providências cabíveis;

IX - participar de movimentos e estudos que se relacionem com a melhoria do exercício das atribuições;

X - apresentar-se ao serviço com vestimenta adequada;

XI - manter-se atualizado com os instrumentos legais pertinentes às atribuições funcionais;

XII - facilitar a supervisão das atividades desenvolvidas;

XIII - exercer, com estrita moderação, as prerrogativas funcionais, abstando-se de fazê-lo contrariamente aos interesses dos usuários do serviço público e dos jurisdicionados administrativos;

XIV - abster-se de exercer a função, poder ou autoridade com finalidade estranha ao interesse público, mesmo que observando as formalidades legais e não cometendo qualquer violação expressa à lei;

XV - guardar sigilo sobre assuntos de trabalho;

XVI - denunciar ato de ilegalidade, omissão ou abuso de poder, de que tenha tomado conhecimento, indicando elementos que possam levar à respectiva comprovação, para efeito de apuração em processo apropriado;

XVII - atender à convocação da Comissão de Ética - CEAnvisa.
(retirado da RDC nº 141)

CONCLUSÃO

A área da vigilância em saúde é constituída por diversas questões que a formam como meio de elevar a saúde do Brasil. Ainda são necessários políticas publicas eficientes nesse setor, e também a correta inserção dos recursos humanos em saúde para a garantia das diretrizes que envolvem a vigilância em saúde

Entender o processo de trabalho da vigilância em saúde e analisar a sua importância é um grande desafio em que gerou alguns conflitos. A mudança de um modelo que passou de unilateral a ser abrangente e agregou as atividades do controle de endemias do sanitarismo campanhista e integrou, a partir da atenção básica a assistência hospitalar, sem a qualquer capacitação de todos os profissionais (desde médicos à agentes de saúde) gerou uma permanência de atitudes consideradas antiquadas até os primeiros anos do século XXI.

A pesar de ser uma área nova e de receber grandes investimentos nos últimos anos, a vigilância em saúde (não somente, mas todos os profissionais da área de saúde) necessita que seus profissionais possuam um vínculo estatutário para evitar qualquer tipo de intervenção na atividade a partir de um interesse privado. A criação de mais escolas formadoras desses agentes profissionais, o reconhecimento da profissão e a abertura de concursos públicos voltados para as áreas técnicas são ações que devem crescer cada vez mais na área da saúde.

Não existe a ausência de riscos a saúde, mas a prevenção é sempre necessária. São as estratégias preventivas que diminuirão as taxas das diversas doenças que acometem a sociedade, e a promoção à saúde como função estimular ações educativas, informativas e comunicativas junto à população, que quando eficazes são capazes de promover visibilidade as políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

BURGIM, Ricardo; et al. O QUE DIZEM A LEGISLAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E O PAPEL DOS GESTORES PÚBLICOS, NO BRASIL. Rio de Janeiro, 2008.

CAMPELLO, Ana Margarida M.B.; FILHO, Domingos L.L. Verbete “EDUCAÇÃO PROFISSIONAL”. p. 175-181. In PEREIRA, Isabel. LIMA, Júlio César (Org). DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Christianne Famer. O QUE DIZEM A LEGISLAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E O PAPEL DOS GESTORES PÚBLICOS, NO BRASIL. p. 373-383. In CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA. Vol.7. São Paulo, 2002.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; PALMEIRA, Guido; ROJAS, Luisa Iñiguez; ORTIZ, Maria Luiza. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE. p.10-108. In INFORMAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/ PROFORMAR, 2004.

DUARTE, Ana Julia Calazans; TEIXERA, Márcia de Oliveira. TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UM OLHAR NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA. 12 p. Disponível Em <http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viiienpec/pdfs/1157.pdf> . Acessado em 26/01/2014 as 14:00 .

MENDES, Isabel Amélia Costa; MARZIALE, Maria Helena Palucci. SISTEMAS DE SAÚDE EM BUSCA DE EXCELÊNCIA: OS RECURSOS HUMANOS EM FOCO. p 303-304. In REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM. Vol. 14. São Paulo: USP: 2006.

PIERANTONI, Celia Regina. AS REFORMAS DO ESTADO, DA SAÚDE E RECURSOS HUMANOS: LIMITES E POSSIBILIDADES. p. 341-360. In PIERANTONI, R.C. CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. 6ª edição. São Paulo, 2001.

PIERANTONI, Celia Regina; VARELLA, Thereza Christina; SANTOS, Maria Ruth; FRANÇA, Tania; GARCIA, Ana Claudia. GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RECURSOS HUMANOS EM DUAS DÉCADAS DO SUS. p. 685-703. In. REVISTA SAÚDE COLETIVA. Vol.18. Rio de Janeiro, 2008.

PRONKO, Marcela; CORBO, Anamaria; STAUFFER, Anakeila; LIMA, Julio Cesar; REIS, Renata. A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO BRASIL E NO MERCOSUL. 31 p. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, 2011.

SABROSA, Paulo. Verbete “VIGILÂNCIA EM SAÚDE”. 20 p. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf> . Acessado em 14/02/2014.

TEIXEIRA, Carmen. O SUS e a vigilância em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 60 p. il. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).

BURGIN,Ricardo; et al. O QUE DIZEM A LEGISLAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE SOBRE A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E O PAPEL DOS GESTORES PÚBLICOS, NO BRASIL. Rio de Janeiro, 2008.

CALAZANS, Ana Julia; TEIXEIRA, Márcia; TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UM OLHAR NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Encontro nacional de pesquisa em educação em ciência, Florianópolis, 2009.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; PALMEIRA, Guido; ROJAS, Luisa Iñiguez; ORTIZ, Maria Luiza. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E A PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE. p.10-108. In INFORMAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/ PROFORMAR, 2004.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda. TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA: MÚLTIPLOS, SINGULARES OU INEXISTENTES? Tese Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio (ENSP) / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011.

MENDES, Isabel; MARZIALE, Maria. SISTEMA DE SAÚDE EM BUSCA DE EXCELÊNCIA: OS RECURSOS HUMANOS EM FOCO. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, 2006.

MONKEN, Maurício ; Barcellos, Christovam . O TERRITÓRIO NA PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE. In: Fonseca, Angélica Ferreira; Corbo, Ana Maria D'Andrea (Org.). O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 177-224

PAIM, Jairnilson Silva. O QUE É SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PIERANTONI, Célia Regina; AS REFORMAS DO ESTADO, DA SAÚDE, E RECURSOS HUMANOS: LIMITES E POSSIBILIDADES, rio de janeiro, 20008.

PIERANTONI, Célia Regina, et al. GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RECURSOS HUMANOS EM DUAS DÉCADAS DO SUS.

ROZEMBERG, Brani; XAVIER, Caco. COMUNICAÇÃO E SAÚDE. p.10-63. In EDUCAÇÃO E AÇÃO COMUNICATIVA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV/ PROFORMAR, 2004.

SANTOS M.POR UMA GLOBALIZAÇÃO: DOPENSAMENTO UNICO à CONSCIÊNCIA UNIVERSAL. Rio de Janeiro: Record, 2001..

SÃO PAULO, Agencia Nacional de Vigilância Sanitaria, RDC nº141, disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/520240804cf25c03bcc0be551355428f/C%C3%>

B3digo%2Bde%2B%C3%89tica%2Bda%2BAnvisa.pdf?MOD=AJPERES, acessado em: 25 de fevereiro de 2014.

SABROSA, Paulo. Verbetes "VIGILÂNCIA EM SAÚDE". 20 p. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf> . Acessado em 14/02/2014.

TEIXEIRA, Carmen. O SUS e a vigilância em saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 60 p. il. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).