

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**CLAUDIA MARIA SCHEFFEL CORRÊA DA SILVA**

**A INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE:  
UM ESTUDO DE CASO**

**São Leopoldo**

**2013**

CLAUDIA MARIA SCHEFFEL CORRÊA DA SILVA

A INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE:  
UM ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção de Mestre em Saúde Coletiva,  
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos  
Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2013

S586i Silva, Claudia Maria Scheffel Corrêa da  
A integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde: um estudo de caso / Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva. -- 2013.  
118 f. : il. ; 30cm.

Inclui o artigo “As interfaces da vigilância com a atenção básica em saúde: um estudo de caso”.

Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) -- Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2013.  
Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges.

1. Saúde pública. 2. Atenção Básica. 3. Territorialidade. 4. Vigilância em saúde. I. Título. II. Junges, José Roque.

CDU 614

## ATESTADO

ATESTO, para os devidos fins, conforme consta nos assentamentos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, que **CLAUDIA MARIA SCHEFFEL CORRÊA DA SILVA**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - nível de Mestrado, realizou, em sessão pública, a Defesa da Dissertação intitulada "*A integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde: um estudo de caso*", sob orientação do Prof. Dr. José Roque Junges, defendida no dia 20 de agosto de 2013.

ATESTO, ainda, que a banca examinadora foi constituída pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosângela Barbiani e pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liane Beatriz Righi.

São Leopoldo, 20 de agosto de 2013.



Eusébio Schneider  
Gerente de Registros Acadêmicos

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ivo e Tereza (em memória), pelo afeto, dedicação e incentivo.

Ao meu marido Delfino e filhos, Joel, Lucas e Daniela, pela constante assessoria durante essa caminhada.

Ao professor José Roque Junges, pela orientação, pela paciência e firmeza diante das minhas inquietações e ansiedades.

Aos membros da Banca de Qualificação, professoras Rosangela Barbiani e Lísia Fensterseifer, pelas sugestões que enriqueceram esse estudo.

Aos professores do PPG em Saúde Coletiva da Unisinos, pela oportunidade de desfrutar deste aprendizado, em especial à professora Rosangela Barbiani, pelo apoio e orientações dispensadas e à professora Nêmora Tregnago Barcellos, pelas dúvidas resolvidas durante o percurso.

Aos colegas do Mestrado, pelas amizades que surgiram e que facilitaram o trajeto a ser percorrido.

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde, particularmente à Maria Salette Mariani dos Santos, pela acolhida e pelo apoio, mesmo com a atribulada rotina da vigilância.

Aos servidores da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde do município de Sapucaia do Sul que participaram deste estudo, pela colaboração que foi muito importante.

Aos meus colegas de trabalho, em especial, à antiga e à atual chefia, Alethea Fagundes Sperb e Luciana Sehn, pelo incentivo e apoio; e a Clarice Beienke Hass, que se dispôs a me acompanhar durante as reuniões de Grupo Focal, assumindo o papel de relator durante as discussões.

E, finalmente, à CAPES pela oportunidade de concluir esse mestrado.

## RESUMO

Este estudo pretendeu conhecer o estágio em que se encontra o processo de integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Acredita-se que a integração entre estas duas áreas é fundamental para se alcançar a integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde. O município escolhido tem investido em inovações gerenciais, contando com a presença do apoiador institucional, que valoriza as ações intersetoriais, buscando a articulação entre as diversas áreas do sistema de saúde e de outros setores fora dele. Espera-se que esta opção favoreça a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. O estudo teve como objetivo conhecer os entraves existentes e as conquistas já vivenciadas durante o processo de integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS. O delineamento da pesquisa é o Estudo de Caso. As técnicas de pesquisa utilizadas foram a entrevista semiestruturada, o grupo de discussão focal e a pesquisa documental. A análise interpretativa chamada de hermenêutica dialética foi a técnica utilizada nesse estudo para a análise dos dados. Verificou-se que grande parte das ações de vigilância epidemiológica foi descentralizada e é executada pela Atenção Básica (AB). A vigilância ambiental é a área com menos ações descentralizadas e atividades realizadas de forma conjunta. O território da AB é respeitado pelos servidores da Vigilância em Saúde. O maior desafio encontrado para a integração entre a AB e a vigilância foi a troca de servidores não estáveis por funcionários concursados em 2012. Em torno de 80% dos servidores da Atenção Básica precisou ser substituído. Tal quadro se refletiu na rotina de trabalho e na integração entre as áreas. O quadro funcional ainda sofre alterações. Sabe-se que vai levar algum tempo para que a rede esteja novamente completa. Entretanto, passado esse período difícil, acredita-se que funcionários estáveis e com plano de carreira definido se fixem, o que tornaria a rotatividade bem menos frequente. Por isso, pensa-se que o cenário futuro tende a ser melhor do que era antes da troca de funcionários e que o processo de integração tenda a se efetivar.

Palavras-chave: Vigilância em saúde. Atenção Básica. Territorialidade.

## ABSTRACT

This study aimed to learn about the status of the integration process between the Primary Health Care and the Health Monitoring System in a city of the metropolitan area of de Porto Alegre/RS. It is believed that the integration between such areas is fundamental for the integrality of Health Care, one of the principles of the Unified Health System. The chosen city has invested in management innovation, relying on the presence of the institutional supporter, who prioritizes intersectoral actions, seeking articulation among the several areas of the health care system as well as of other segments external to it. It is expected that such option favors the integration between the Primary Health Care and the Health Surveillance. This study had the intent of making known the existing obstacles and the conquests already experienced throughout the integration process between the Primary Health Care and the Health Surveillance in a city of the metropolitan area of de Porto Alegre/RS. The outline of the research is based on a Case Study method. The survey techniques used were: semi-structured interview, focus group discussion, and desk research. The interpretative analysis type called Dialectical Hermeneutics was the technique used in the group for the data analysis. It has been demonstrated that the integration process between the Primary Health Care and the Health Surveillance in the city is at an advanced stage. Most of the actions are already done conjunctively and the territory of the Basic Health Care is respected by the workers in the Health Surveillance. The greatest challenge for the integration of the Primary Health Care and the Health Surveillance was the exchange of non-tenured workers for long-tenured ones in 2012. About 80% of the workers in Primary Health Care needed to be replaced. Such scenario reflected on the work routine and on the integration between the areas. The staff are still undergoing changes. Still, it is known that it will be a long time until the network is again settled. Nevertheless, after such a difficult time, it is believed that the long-tenured workers with a career plan will end up settling down, making the turnover quite less frequent. For that reason, it is thought that the future prospect tends to be better than it was before the replacement of workers and that the integration process is prone to be achieved.

Key words: Health Monitoring System. Primary Health Care. Intersectoriality.

## SUMÁRIO

<b>I. PROJETO DE PESQUISA .....</b>	<b>11</b>
<b>II. RELATÓRIO.....</b>	<b>60</b>
<b>III. ARTIGO .....</b>	<b>100</b>



## APRESENTAÇÃO

A dissertação consta de três partes: projeto, relatório e artigo.

O projeto aborda o tema da pesquisa, a sua delimitação, os objetivos do estudo, a justificativa, o referencial teórico, o problema de pesquisa, a metodologia utilizada, os aspectos éticos, o orçamento, o cronograma e as referências nele utilizadas. Este projeto passou por um exame de qualificação para sua aprovação no qual foram feitas observações que foram inseridas no texto. O projeto foi igualmente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, recebendo a resolução de aprovação necessária para entrar em campo.

O relatório descreve o itinerário de execução do que foi proposto no projeto: descrição do campo de pesquisa, a entrada em campo, as dificuldades encontradas, as diversas coletas de dados, os caminhos de análise desses dados, os resultados alcançados, as referências consultadas para discutir esses resultados, que não haviam sido pesquisadas para a construção do projeto.

A terceira parte consta do artigo que recolhe e discute os principais resultados da pesquisa a serem divulgados numa revista científica da área da Saúde Coletiva.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde .....	20
Figura 2 - Pórtico do Município .....	64
Figura 3 - Localização do Município .....	64
Figura 4 - Localização de Sapucaia do Sul.....	65
Figura 5 - Distribuição da Rede Básica de Saúde .....	66
Figura 6 - Disposição das cadeiras .....	69

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos servidores da vigilância em saúde por categoria funcional e vigilância, SMS, Sapucaia do Sul, 2012.....	40
Quadro 2 - Orçamento .....	45
Quadro 3 - Cronograma.....	46
Quadro 4 - Entrevistados. ....	67
Quadro 5 - Participantes do Grupo Focal 1 .....	70
Quadro 6 - Participantes do Grupo Focal 2 .....	71
Quadro 7 - Documentos da SMS analisados .....	93

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica em Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CIEVS	Centro de Informação Estratégica e Resposta em Vigilância em Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
DA	Divisão Administrativa
DAB/SAS/MS	Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção em Saúde do Ministério da Saúde
DAT	Divisão de Apoio Técnico
DOTS	ou Tratamento Diretamente Observado (tuberculose)
TDO	
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DVAS	Divisão de Vigilância Ambiental em Saúde
DVE	Divisão de Vigilância Epidemiológica
DVS	Divisão de Vigilância Sanitária
DVST	Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador
ESF	Estratégia Saúde da Família
EXPOEPI	Mostra Nacional de Experiências Bem sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAPA	Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde
LVC	Lâmina de Verificação de Cura
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUREVS	Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPACTO	Instrumento virtual para a pactuação de indicadores
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SS	Serviço de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
Tb	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
URR	Unidade de Resposta Rápida
UVE	Unidade de Vigilância em Saúde
VISA	Vigilância Sanitária
VS	Vigilância em Saúde

## **I. PROJETO DE PESQUISA**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Tema .....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Delimitação do Tema.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>15</b>
1.3.1 Objetivo Geral .....	15
1.3.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>1.4 Justificativa .....</b>	<b>16</b>
<b>1.5 Problema de Pesquisa.....</b>	<b>18</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Desigualdades Sociais e os Determinantes Sociais da Saúde .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 Os Princípios do SUS e Modelos de Atenção .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3 A Promoção da Saúde .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4 Atenção Básica em Saúde.....</b>	<b>25</b>
<b>2.5 A História da Vigilância e o Processo de Descentralização da Vigilância em Saúde .</b>	<b>27</b>
<b>2.6 Relato de Experiências Concretas de Integração .....</b>	<b>35</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 Universo Empírico .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 A Entrada no Campo .....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 Coleta de Dados .....</b>	<b>41</b>
3.4.1 Entrevista Semiestruturada .....	41
3.4.2 Grupo Focal .....	41
<b>3.5 Análise dos Dados .....</b>	<b>43</b>
<b>4 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>44</b>
<b>5 ORÇAMENTO .....</b>	<b>45</b>
<b>6 CRONOGRAMA.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GRUPO FOCAL.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS .....</b>	<b>55</b>

<b>APÊNDICE D - ROTEIRO PARA A PRIMEIRA REUNIÃO DE GRUPO FOCAL.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE E - ROTEIRO PARA A SEGUNDA REUNIÃO DE GRUPO FOCAL.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO A - CÓPIA DO CEP.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO B - CÓPIA DA CARTA DE ACEITE.....</b>	<b>59</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho versa sobre um estudo cujo foco é o processo de integração entre a Atenção Básica (AB) e a Vigilância em Saúde (VS). Será realizada em um município da região metropolitana de Porto Alegre uma pesquisa com abordagem qualitativa, utilizando como ferramentas de trabalho o estudo documental e a pesquisa de campo.

A motivação para realizar tal estudo decorreu da atividade profissional da autora, que trabalha na vigilância em saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (CEVS/SES/RS) desde o final da década de 1980. Tal atividade laboral lhe propiciou vivenciar as transformações ocorridas no sistema de saúde desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre tais mudanças, percebeu que a descentralização do sistema foi um dos processos mais marcantes e que trouxe qualidade à assistência prestada. Experimentou as modificações no modo de se trabalhar na vigilância durante este período. As ações, que no princípio eram executadas de forma centralizada, passaram paulatinamente pelo processo de descentralização. Os municípios começaram a criar seus serviços de vigilância e a responsabilizar-se pela realização das ações. Isso aproximou a vigilância do território, trazendo qualidade a essa atividade.

O SUS tem entre seus princípios a integralidade. A integralidade do cuidado é obtida por meio de ações de promoção da saúde. Para isso, é necessário melhorar a qualidade de vida das pessoas e reduzir riscos à saúde. Conhecer os riscos e estar próximo do território, permite ao trabalhador da saúde incentivar a autonomia dos usuários, ajudando-os na busca por melhores condições de vida e saúde. O termo usuário neste estudo refere-se aos clientes dos Serviços de Saúde.

A integração da AB e da VS é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e no alcance de bons resultados.

A Política Nacional de Atenção Básica caracteriza as ações de saúde desenvolvidas pela AB. Refere que o objetivo dessas ações é propiciar atenção integral visando melhorar as condições de saúde, tornar as pessoas mais independentes e agir sobre os determinantes e condicionantes de saúde dos povos. (BRASIL, 2011). Já a Política Nacional de Vigilância em Saúde, no seu artigo 5º diz que essa integração é essencial para se alcançar a integralidade da atenção e desenvolver um processo de trabalho que seja adequado à realidade dos usuários dos serviços de saúde; que a VS seja introduzida nas redes de atenção à saúde, sob a coordenação da AB; que o atendimento integral deve permitir o acesso a todos os serviços necessários para restabelecer e manter a saúde. (BRASIL, 2009a).

O conhecimento das condições de saúde da população a ser assistida pelos Serviços de Saúde também permite o atendimento das condições crônicas. Conforme Mendes (2012), as condições crônicas abrangem as doenças e agravos, cujo percurso evolutivo é longo.

A população brasileira está em processo de envelhecimento, ou seja, em nítida transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas. Os sistemas de atenção à saúde precisam responder às condições agudas, mas necessitam principalmente estar preparados para atender às condições crônicas. (MENDES, 2012).

Realizar um diagnóstico situacional, que aponte as prioridades de atendimento, é fundamental para a gestão dos SS. Tal medida contribuiria para que a prestação de cuidado, se desse de forma integral. Para se atingir tal qualidade na atenção prestada, a integração entre a AB e VS é essencial.

Esse estudo pretende conhecer melhor esse processo, por meio dos caminhos já trilhados pelo município de Sapucaia do Sul rumo a essa integração.

## **1.1 Tema**

O tema desse estudo é a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica em Saúde.

## **1.2 Delimitação do Tema**

Os limites e as conquistas da integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica em Saúde.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo Geral**

Conhecer os entraves existentes e as conquistas já vivenciadas durante o processo de integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde no município de Sapucaia do Sul/RS.

### **1.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a organização da Vigilância em Saúde;

- Conhecer a atuação da Vigilância;
- Conhecer a relação de cada Vigilância com a Atenção Básica;
- Identificar existência de “nós críticos” nessa relação.

#### **1.4 Justificativa**

A escolha do tema dessa pesquisa deu-se pela experiência profissional da autora e por ela acreditar na importância da integração da VS com a AB para se atingir a equidade e a integralidade da atenção. A criação e a implantação do SUS foi, sem dúvida, uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira. Com a sua criação, o município, como ente federado, obteve certa autonomia política e administrativa.

O Brasil apresenta grande extensão territorial e importantes diferenças regionais, o que reforça a importância da descentralização das políticas públicas. A saúde também passou por este processo. Com a descentralização dos serviços de VS, os municípios tiveram que criar suas equipes de vigilância para realizar as ações. Essas atividades, antes administradas e executadas pelos servidores da esfera federal e estadual, passaram a ser progressivamente assumidas pelos trabalhadores das secretarias municipais de saúde.

A municipalização facilitou a interação entre a comunidade e os profissionais dos SS. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, nos trouxe um novo conceito de saúde. Diz que a saúde “é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. (RELATÓRIO..., 1986). Mediante esse conceito, a saúde deixou de ser entendida como ausência de doença, mas decorrente das condições de vida dos indivíduos. Por essa definição, conhecer o local onde residem as pessoas deveria ser fundamental para os SS.

A Política Nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde afirma que a VS objetiva analisar de forma permanente a situação de saúde das populações. Tais ações visam a controlar os determinantes, os riscos e os danos à saúde das comunidades que habitam os diferentes territórios, assegurando a integralidade da atenção, tanto individual como coletiva. (BRASIL, 2009a). O território está em contínua transformação, logo não é estático. As desigualdades sociais e de acesso estão presentes em muitos deles. O diagnóstico situacional deve abranger fatores ligados às condições de vida e de saúde das populações que vivem neles. Por isso, embora a municipalização da VS tenha trazido qualidade a esse diagnóstico, acredita-se que, para torná-lo mais fidedigno e dinâmico, as ações de vigilância precisam ser desenvolvidas no território. Essa aproximação poderia possibilitar a construção de um perfil

demográfico que retrate a realidade e que permita uma atualização diária; facilitar a elaboração de indicadores epidemiológicos e sociais que mostrem, de forma clara, os problemas daquela comunidade; também cooperar para que a intervenção sobre eles se dê de forma participativa e com mais eficiência.

No final do último século, observou-se importante crescimento da AB em todo o país. Seus profissionais trabalham no território, próximos aos usuários do sistema. A Política Nacional de Vigilância em Saúde enfatiza a necessidade de a VS trabalhar junto a essas equipes, no território onde elas atuam; refere que tal mudança facilita a gradativa inclusão das ações de VS na rotina dessas equipes; salienta a importância de se fazer planejamento das ações de forma integrada, bem como a realização do monitoramento e da avaliação de forma conjunta; reforça que é necessário reestruturar os processos de trabalho, utilizando metodologia que facilite essa integração; diz da importância de se buscar ações que promovam a prevenção, a proteção, a promoção e a atenção à saúde. (BRASIL, 2009a).

O trabalho conjunto qualifica a assistência prestada e coopera para a consolidação do SUS, tendo a integralidade do atendimento ao usuário como o objetivo dessa atenção. Em função disso, este estudo quer conhecer melhor o estágio em que esse processo de integração se encontra no município de Sapucaia do Sul, que tem investido em inovações gerenciais, com a presença do apoiador institucional.

O Apoio Institucional tem função gerencial e visa a reformular a maneira tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Seu objeto é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir, em nosso caso, saúde. Tem como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, ajudando na análise da instituição e na busca de novos modos de trabalho. (BRASIL, 2010b). Cabe ao apoiador institucional:

- a) incentivar a criação de espaços coletivos que propiciem a interação entre os sujeitos;
- b) buscar a viabilização de projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais;
- c) ser o mediador junto ao grupo, no processo de construção de objetivos comuns e no estabelecimento de pactos;
- d) levar para a atividade de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais;
- e) oportunizar aos grupos de expressarem-se de modo crítico e aos profissionais de saúde dar incentivo para que atuem sob novos referenciais, objetivando melhorar a qualidade da gestão no SUS. (BRASIL, 2010 b).

Em função dessa inovação na área da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, optou-se por estudar o processo de integração entre a AB e a VS no município de Sapucaia do Sul. Tal escolha deriva-se do fato de o apoio institucional priorizar as ações intersetoriais, buscando a articulação entre as diversas áreas do sistema de saúde e de outros setores fora dele. Acredita-se que esta opção gerencial favoreça a integração da VS e a AB.

### **1.5 Problema de Pesquisa**

Entraves e conquistas do processo de integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde no município de Sapucaia do Sul/RS.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

No referencial teórico serão abordados cinco temas. São eles: as Desigualdades Sociais e os Determinantes Sociais da Saúde; os Princípios do SUS e Modelos de Atenção; a Promoção da Saúde; a Atenção Básica em Saúde; a História da Vigilância e o Processo de Descentralização da Vigilância em Saúde e Relato de Experiências Concretas de Integração.

### **2.1 Desigualdades Sociais e os Determinantes Sociais da Saúde**

Nosso país apresenta grandes desigualdades sociais. Segundo Rocha (2005), a diferença entre a renda máxima e mínima da população brasileira, se distancia cada vez mais. De acordo com esse autor, o Brasil é um dos países que têm os maiores índices de desigualdade do mundo.

Nos últimos anos, pôde se observar diversas ações tentando reduzir estas desigualdades. As ações afirmativas exemplificam essas tentativas. Elas buscam ajudar no resgate da cidadania de grupos desfavorecidos.

Balsan (2010) refere que as ações afirmativas foram implementadas a partir dos anos 1990. Diz que essas ações são melhorias excepcionais e que só se justificam enquanto durar a situação de desigualdade socioeconômica. Não podem ser pensadas como algo permanente. Entre elas, encontra-se a política de quotas, a redução de imposto para que o deficiente físico adquira veículo automotivo e a isenção do pagamento de transporte público pelos idosos. Conforme esse mesmo autor, elas não podem ser confundidas com assistencialismo, pois enquanto o assistencialismo torna os indivíduos dependentes desta ou daquela política governamental, as ações afirmativas devem necessariamente visar à autonomia do cidadão e representar importante avanço na luta contra a exclusão social. (BALSAN, 2010).

A concentração da riqueza pode ser observada nos diferentes países do mundo, sendo mais grave nas regiões menos desenvolvidas. Isso gera grandes desigualdades na saúde desses povos. Tal quadro levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (BUSS, et al., 2007) visando conscientizar os povos, sobre os efeitos nocivos desses determinantes sobre a saúde das pessoas e que é necessário combater as iniquidades por eles produzidas. Fizeram parte dessa comissão lideranças políticas, científicas e da sociedade civil organizada.

De acordo com Buss et al. (2007), o Brasil foi o primeiro país a instituir a sua comissão. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi nomeada em 13 de março de 2006, por Decreto Presidencial. Sua atuação foi orientada por três compromissos: recomendar ações concretas sobre políticas, programas e intervenções,

visando a combater as iniquidades em saúde, produzidas pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS); promover a equidade em saúde, como garantia do direito universal à saúde; e fundamentar suas recomendações em evidências científicas. Entre seus principais objetivos encontram-se a produção de conhecimento sobre os DSS no Brasil, o apoio ao desenvolvimento de políticas e programas que promovam a equidade em saúde e a promoção de atividades que mobilizem a sociedade civil para atuar sobre esses determinantes. (BUSS et al., 2007). Segundo esse mesmo autor, a CNDSS define os DSS como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. (BUSS et al., 2007, p. 87-88).

Mendes (2012) refere que existem diversos modelos para se representar a determinação social da saúde. Diz que, no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead. Conforme esse autor, tal modelo representa os determinantes sociais da saúde em camadas concêntricas, inseridas segundo seu nível de abrangência, indo das mais próximas do indivíduo (centro do modelo) até as mais distais.

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991 apud MENDES, 2012, p. 165)

Na figura acima, pode-se observar que neste modelo, os indivíduos são colocados na base do desenho com suas características individuais. Tais características podem interferir na sua saúde individual. Na próxima camada, fica o estilo de vida assumido pelo indivíduo. No

entanto, as decisões individuais são influenciadas pelo coletivo. Por isso, é muito difícil atuar sobre comportamentos de risco, pois os fatores culturais do meio onde os indivíduos estão inseridos, exercem forte influência sobre essas decisões pessoais. Em função disso, atividades que envolvam toda a população oferecem melhores resultados. É o caso das políticas que facilitam o acesso a alimentos saudáveis, que melhoram os espaços públicos destinados à prática de esportes e lazer, além da veiculação de programas educativos. Na seguinte, aparece a influência das redes sociais e comunitárias, cuja importância é fundamental para a saúde da comunidade. Servem de apoio nas situações difíceis. Além disso, sentir-se parte de uma comunidade aumenta a autoestima, a segurança emocional e contribui para o crescimento individual. São essenciais para a coesão social. Na outra camada, aparecem os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. Para viver, todo cidadão necessita ter acesso a alimentos saudáveis, à educação de qualidade, a emprego que lhe dê dignidade, à moradia salubre e a serviços essenciais. Nas situações de exclusão social, os indivíduos não dispõem desses recursos e por isso têm risco aumentado de adoecimento. Por fim, no último nível, aparecem os macrodeterminantes que estão relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais, exercendo forte influência sobre as outras camadas. (BUSS et al., 2007).

Trabalhar junto à população assistida permite à equipe conhecer melhor as condições de saúde presentes naquele território e as suas necessidades, facilitando a intervenção sobre esses fatores de risco.

## **2.2 Os Princípios do SUS e Modelos de Atenção**

A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado. Conforme Paim (2009), este direito está ligado à condição de cidadania. A saúde passou a ser vista como um direito social, cabendo ao Estado a obrigação de garanti-lo.

De acordo com Tasca et al. (2011), o SUS se constitui na política pública mais inclusiva praticada no Brasil. Antes da sua implantação só tinham acesso aos serviços da previdência pública os trabalhadores com contratação formal de trabalho e seus dependentes. Os demais brasileiros eram tratados como indigentes. Segundo Campos (2006), o SUS foi criado como um sistema de proteção social, que presta atendimento a toda a sociedade. Além de prestar assistência, também protege a sociedade dos riscos sanitários.



A saúde é o bem maior de cada indivíduo. Seu acesso deve ser buscado e ampliado. A Constituição faz referência à garantia do acesso universal, gratuito e igualitário às “ações e serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação da saúde”. (BRASIL, 1988).

No entanto, pelas desigualdades sociais existentes no Brasil, tratar de modo igual todo cidadão pode manter essas desigualdades, impedindo que se atinja a igualdade. Por isso, visando, sobretudo à distribuição de recursos, cresce em importância a noção de equidade, que admite a possibilidade de se atender desigualmente os que são desiguais, priorizando os que mais necessitam para se poder alcançar a igualdade. (PAIM, 2009). De acordo com Duarte (2000), é muito rico e complexo debater a equidade e a justiça social no campo sanitário. A autora refere que esse conhecimento aprofundado pode cooperar para a redução das desigualdades derivadas de iniquidades sociais, particularmente importantes nos países menos desenvolvidos.

Pensando-se nas desigualdades sociais, cabe referir que o SUS, entre suas diretrizes, destaca a integralidade da atenção. A busca pela integralidade é um dos grandes desafios. Todo o cidadão, a partir da AB, deve ter acesso a todos os Níveis de Atenção, de acordo com suas necessidades de atendimento. Também pode se afirmar que prestar atendimento integral é prestá-lo de modo resolutivo. A integralidade deve reforçar atitudes totalizadoras, em que as pessoas são percebidas como sujeitos inseridos num contexto, levando em conta as “dimensões biológica, psicológica e social”. (CAMPOS, 2003, p. 577). Tal concepção se fundamenta “na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e não pode ser explicado pelos seus componentes, físicos, psicológico ou social, considerados separadamente”. (CAMPOS, 2003, p. 577). Quando isso não acontece, não se visualiza a origem dos problemas e tampouco o usuário como um ser integral, inserido em uma dada realidade e com necessidades de ações e serviços diferenciados.

Atendimento integral é também organizar os serviços de saúde de acordo com o quadro epidemiológico local, reduzindo os riscos de doenças e outros agravos. Deve estar voltada para a promoção, a prevenção e para a cura. O atendimento deve visar também à saúde e não somente à doença.

Os serviços devem conhecer o quadro sanitário da região onde estão inseridos e estarem preparados para prestar atendimento conforme esses indicadores epidemiológicos. Segundo Mendes (2011, p. 209),

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções

do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Esse autor refere que existe necessidade de se buscar equilíbrio entre a atenção à saúde não programada e a atenção à saúde programada. E que a forma como o sistema responde às condições agudas e crônicas é que diferencia a atenção programada, da não programada. (MENDES, 2011).

Também diz que as condições agudas são os eventos dos quais não se pode prever o momento da ocorrência. É o caso das doenças infecciosas de curso curto, como a amigdalite, por exemplo, os traumas ou até a agudização de uma doença crônica. Como não se pode prever o momento da ocorrência desses eventos, eles não podem ser programados. É isso que justifica os pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às urgências e às emergências. (MENDES, 2011).

No entanto, segundo esse mesmo autor, nas condições crônicas, pelo seu curso longo e, às vezes, definitivo, as ações devem ser planejadas por meio de uma atenção programada. Declara ainda que é preciso se alterar os sistemas de atenção à saúde para que a prestação do atendimento se dê com efetividade, eficiência e segurança nas situações de saúde dominadas pelas condições crônicas. Como elas podem ser previstas, os SS precisam estar preparados para prestar o atendimento, sem se descuidar do atendimento às condições agudas. (MENDES, 2011).

Para que o sistema responda de forma eficiente às condições crônicas, ter um diagnóstico de saúde da área de abrangência do serviço é fundamental. Com base nos indicadores de saúde, é possível fazer um planejamento que contemple as condições crônicas, responsável pela maioria da demanda. Um serviço de saúde eficiente é aquele que se consegue planejar de forma adequada ao quadro epidemiológico local. Sendo assim, a presença do olhar da VS junto com a AB qualifica o trabalho assistencial.

### **2.3 A Promoção da Saúde**

Com o SUS, a promoção da saúde é assumida para focar nos determinantes do processo saúde-doença, tais como a violência, o desemprego, a falta de saneamento básico, habitação insalubre ou ausente, fome, urbanização desordenada, entre outros. (BRASIL, 2010d).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010d, p. 5) refere que o Brasil tem, ao longo de sua história, “investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde”. Pode-se dizer que tem havido forte empenho na elaboração de um modelo de atenção à saúde que dê prioridade às ações que qualificam a vida dos sujeitos e coletivos.

É importante que os serviços se apropriem desses determinantes presentes no território. Ao prestar o cuidado, os profissionais devem ter presente todo esse contexto, para que, ao longo do tempo, possam ajudar a alterar as condições de vida e de saúde dessa comunidade. (BRASIL, 2010d). Para isso, torna-se necessária a existência de comprometimento e corresponsabilidade entre profissionais de saúde, usuários e território. As relações precisam ser mais horizontais e de escuta. Essa construção coletiva de saberes ainda está longe das práticas da maioria dos nossos serviços de saúde. (BRASIL, 2010d).

É o caso do enfrentamento aos estilos de vida nocivos à saúde. As opções das pessoas ainda têm sido entendidas sob uma ótica individualizada e fragmentada por muitos profissionais de saúde. A responsabilidade pelas mudanças negativas ocorridas no processo saúde-doença é atribuída às pessoas e às comunidades. Ignora-se que tais opções individualizadas não se dão de forma isolada, mas resultam do contexto social onde vivem e trabalham essas pessoas. (BRASIL, 2010d).

Isso não é uma tarefa fácil. A própria formação profissional dos trabalhadores é fragmentada e voltada para a prestação de cuidados individualizados. Assim, enquanto o nutricionista quer conscientizar seus pacientes sobre a importância da alimentação saudável, o educador físico incentiva a prática de exercícios regulares para manter a qualidade de vida. E isso perpassa por quase todas as profissões da área. Suas práticas, muitas vezes, refletem a percepção de que educar pressupõe normatizar condutas de forma verticalizada. Não é uma relação dialógica, que busca reduzir as situações de vulnerabilidade produzidas pelo meio mediante a redução dos riscos de adoecer.

Segundo Durán González e Almeida (2010), a substituição de modelos de atenção tradicionais centrados na doença, que defende a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, ainda não foi conquistada em todos os serviços. Dizem que essa mudança depende da formação e da prática desses profissionais. Referem a existência de descompasso entre as necessidades dos SS e a formação dos profissionais. (DURÁN GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

A promoção da saúde também trabalha com ações intersetoriais. Para se buscar a integralidade da atenção, se faz necessária a articulação entre as diversas áreas do sistema de

saúde e de outros setores fora dele, modificando as práticas de trabalho. Essa política defende a implementação das ações de promoção da saúde, em todos os níveis de atenção, porém dá ênfase à Atenção Básica. Tal ênfase se justifica, pois para se desenvolver essas ações, é imprescindível conhecer o território e ter vínculo com a comunidade. A Atenção Básica trabalha dentro dessa lógica.

## **2.4 Atenção Básica em Saúde**

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje estratégia, foi criado no país na década de 1990. Segundo Rosa e Labate (2005), o Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma nova estratégia de atenção à saúde e de reorientação do modelo de assistência a partir da Atenção Básica. Os autores afirmam que o trabalho em equipe e com a família do usuário caracterizam este modelo. (ROSA; LABATE, 2005).

Gil (2006) menciona que em nosso país, as expressões Atenção Básica (AB) e Atenção Primária em Saúde (APS) são igualmente citadas por diferentes autores, apesar de o termo AB predominar. Neste estudo, consideraremos esses dois termos como equivalentes, conforme foi sugerido na Política Nacional de Atenção Básica de 2011. (BRASIL, 2011).

De acordo com Baptista, Fausto e Cunha (2009), a APS tem desempenhado função essencial na tarefa de organizar as ações dos SS em vários países do mundo, desde a metade do século XX, assumindo diferentes formatos, segundo cada realidade. Sua concepção e desenvolvimento das ações vêm se modificando com o passar dos anos. Também difere a percepção quanto ao seu propósito, dependendo do ator envolvido.

Já Starfield (2002) diz que a APS é a base e é quem define o trabalho dos outros níveis do sistema de saúde, responsabilizando-se pela organização e pelo uso racional dos recursos existentes. Age sobre os problemas mais comuns da comunidade, desenvolvendo ações de prevenção, cura e reabilitação aos usuários.

Rosa e Labate (2005) sustentam que o PSF inova ao aproximar os profissionais de saúde da comunidade assistida. Dizem que nesta relação existe o compromisso de prestar assistência integral e resolutiva. O acesso aos serviços é garantido e prestado por uma equipe multidisciplinar. A assistência dispensada deve estar de acordo com as necessidades da população, decorrentes dos fatores de risco identificados no território. Em função disso, o PSF passa a ser a estratégia para se modificar o modelo assistencial, buscando a qualidade de vida da população assistida.

A Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde definiu AB como sendo uma série de atividades de saúde prestadas para indivíduos e coletividade. Tais ações visam a promover e proteger a saúde, prevenir agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar, reduzir danos e manter a saúde. Têm como finalidade prestar atendimento integral que qualifique a saúde e a independência das pessoas, intervindo sobre os determinantes e condicionantes de saúde das comunidades. (BRASIL, 2011).

O trabalho em equipe é a forma de prestar o cuidado na AB. As ações se destinam a populações de territórios definidos. A equipe assume a responsabilidade sanitária por aquela comunidade. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz parte dessa equipe. Ele deve possuir o ensino fundamental e ter concluído o curso introdutório de formação. Tem entre suas funções o acompanhamento das famílias e indivíduos colocados sob sua responsabilidade, por meio da visita domiciliar; aproximar a comunidade da equipe de saúde; e realizar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância em saúde, utilizando atividades educativas de forma individual e coletiva nas residências e na comunidade, informando a equipe de saúde sobre os riscos identificados. (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica salienta que, na prestação desses cuidados, são observados os critérios de “risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deva ser acolhida”. (BRASIL, 2011).

Essa política prevê a existência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF faz parte da AB e é composto por uma equipe de profissionais de diversas áreas do conhecimento, que atuam em conjunto com a ESF, por meio do apoio matricial, nos territórios da equipe da ESF. O NASF não é porta de entrada. Entre as ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais do NASF junto às equipes da ESF encontram-se a análise dos casos, elaboração de projetos terapêuticos, atividades de educação permanente, ações no território e na saúde de grupos específicos, atividades intersetoriais de prevenção e promoção da saúde, análise com as equipes dos processos de trabalho, entre outras ações. (BRASIL, 2011). Se o NASF contar com a presença de um sanitarista, ele pode, em conjunto com os demais profissionais, realizar a análise e a intervenção sobre riscos e vulnerabilidades presentes no território, participar de discussões sobre indicadores de saúde e na organização do processo de trabalho. (BRASIL, 2011).

De acordo com Starfield (2002), a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. Ainda segundo a mesma autora, a integralidade da atenção é a garantia de que os serviços sejam adequados às necessidades do

usuário. Quando não estão disponíveis, enfermidades podem deixar de ser evitadas, a evolução das doenças pode se alongar mais do que o necessário, a qualidade de vida dos doentes pode ser afetada e alguns podem morrer mais cedo do que o esperado. (STARFIELD, 2002).

A AB deve ser de acesso fácil para reduzir a morbidade e a mortalidade. (BRASIL, 2011). O atendimento prestado deve ser efetivo e prever todos os níveis de atenção. A Política Nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde fala da importância do acolhimento e da necessidade de organizar o SS a fim de impactar positivamente na grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou minimizar danos e sofrimento. Diz ser fundamental a facilidade de acesso, o acolhimento, a responsabilização e a resolutividade para a efetivação da AB como a principal porta de entrada na rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2011).

É importante que a APS conheça sua comunidade. O trabalho integrado com a VS favorece esse conhecimento e permite que a equipe de saúde mantenha um diagnóstico atualizado, apesar do caráter dinâmico do território. Isso é fundamental para a qualidade e a eficiência do atendimento. Essa integração não é simples. São áreas distintas, com culturas de trabalho diversas. Muitos creditam à lógica normativa da VS uma das principais dificuldades nessa aproximação. No entanto, Teixeira refere que o problema não está na norma, e sim, no que se faz com ela. Diz que ela é até necessária em algumas áreas. O problema é acreditar que sua existência impeça a realização de trabalho criativo e com autonomia. É mais um problema de cultura organizacional. Os trabalhadores ainda não descobriram como “é prazeroso inovar, inventar, criar; desenvolver a autonomia, a criatividade, a possibilidade de fazer diferente”. (ENTREVISTA..., 2008, p. 191). A existência de normas não impede a inovação no modo de realizar as tarefas. (ENTREVISTA..., 2008).

Atuar sobre Determinantes Sociais também não é tarefa fácil. A formação profissional é ainda centrada na doença e na medicalização dos problemas de saúde. Aprender e trabalhar junto com os usuários, cooperar na solução de problemas locais é um processo ainda a ser vivido e aprendido pela maioria dos trabalhadores da saúde.

## **2.5 A História da Vigilância e o Processo de Descentralização da Vigilância em Saúde**

Em saúde, a palavra *vigilância* tem sua origem em ações relacionadas à quarentena e ao isolamento. O ato de isolar os doentes é uma das formas mais antigas de se evitar a transmissão das doenças. No Brasil do início do século XIX, as epidemias eram frequentes. As ações de prevenção de doenças epidêmicas também eram dirigidas ao saneamento do

meio. Essas atividades buscavam intervir nas condições de vida e de saúde das pessoas, com a finalidade de vigiar e controlar as epidemias. A cidade, os cemitérios e o comércio de alimentos eram controlados. Durante esse período, também houve grande emigração europeia para o Brasil. Esses migrantes eram suscetíveis às doenças tropicais, agravando a situação sanitária do país. Tal quadro refletiu na economia brasileira, que, na época, se centrava na exportação do café. Navios estrangeiros recusavam-se a atracar nos portos brasileiros, prejudicando a atividade comercial do país. Esse cenário levou o governo brasileiro a priorizar ações de saúde no início do século XX. O controle das endemias passou a ser considerado como efetiva política de Estado. Foram realizadas melhorias nas condições sanitárias, dirigidas basicamente para o eixo agroexportador e administrativo, localizado nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Tais ações abrangiam o controle das endemias, o saneamento dos portos e do meio urbano. (BRASIL, 2005; RISI, NOGUEIRA, 2002, p. 117-234). Neste estudo, entende-se por endemia, a presença constante de uma doença ou agente infeccioso em determinada área geográfica. (BRASIL, 2009c). As principais doenças presentes na época e que necessitavam de maior atenção pública eram a cólera, a peste bubônica, a febre amarela, a varíola, a tuberculose, a hanseníase e a febre tifoide. Para o seu controle, o governo federal instituiu, entre outras ações, o estabelecimento de medidas de higiene, a aplicação de vacinas, a notificação de casos, o isolamento dos doentes e a eliminação dos vetores. Oswaldo Cruz iniciou a luta contra a febre amarela em 1903, implantando a vacinação obrigatória. A estratégia adotada na época gerou uma revolta popular conhecida como a *Revolta da Vacina*. As medidas empregadas para o controle da febre amarela, da peste bubônica e da varíola, bem como as ações de promoção de higiene urbana, eram medidas coercitivas, com o uso de instrumentos jurídicos para impor a notificação de doenças, a vacinação obrigatória e medidas gerais de vigilância sanitária. (BRASIL, 2005; RISI, NOGUEIRA, 2002, p. 117-234). Tais campanhas reduziram significativamente a incidência dessas enfermidades. As experiências do período propiciaram a construção das bases conceituais e metodológicas dos sistemas de vigilância. (TEIXEIRA et al., 2009, p. 129-30).

Na atualidade, a função da vigilância em saúde é observar e analisar de modo permanente a situação de saúde da população, por meio de ações que visam a controlar determinantes, riscos e condicionantes da saúde humana em seus territórios, assegurando a integralidade da atenção, abrangendo ações individuais e coletivas dos problemas de saúde. Inclui atividades de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. Sua ação abrange a vigilância e o controle de doenças transmissíveis e doenças e agravos não

transmissíveis; a vigilância da situação de saúde; a vigilância ambiental em saúde; a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. (BRASIL, 2009b, p. 15). No âmbito nacional, a ANVISA se responsabiliza pelas atividades de vigilância sanitária e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) pelas ações das demais vigilâncias do país.

As epidemias e as pandemias ocasionadas por doenças emergentes ou reemergentes fizeram com que a comunidade internacional aprimorasse os serviços de vigilância em saúde. Neste trabalho, define-se epidemia da seguinte forma: excesso confirmado de número de casos de uma doença prevista para aquele local e época do ano. (BRASIL, 2009c, p. 107-8); e incidência é o número de casos novos de uma doença ocorridos em determinado local e época do ano (BRASIL, 2009c, p. 110); pandemia é a ocorrência da epidemia de uma doença em vários países e/ou continentes (BRASIL, 2009c, p. 112); doenças emergentes são aquelas surgidas ou identificadas em época recente, ou enfermidades que adotaram novas formas de transmissão, por alterações nas características do agente infeccioso ou ainda doenças que se transformaram em problema de saúde pública, quando em passado recente eram consideradas enfermidades raras e restritas e as doenças reemergentes são as já conhecidas e que foram controladas, mas que voltaram a ameaçar a saúde humana, tornando-se um problema de saúde pública. (BRASIL, 2010c, p. 21).

Entre os fatores que cooperaram para a ocorrência de tais eventos encontram-se a pressão demográfica, mudanças no comportamento social e alterações no ambiente. A globalização também contribuiu de forma significativa, pois além de integrar os países e aumentar a circulação das pessoas e das mercadorias, diminuiu as distâncias, aumentando o compartilhamento de agentes causadores de doenças, provocando mudanças epidemiológicas. Além disso, o aumento da circulação do vírus da influenza, a pandemia por síndrome respiratória aguda grave, conhecida como SARS e o uso de Antraz em ações terroristas exemplificaram a necessidade de aperfeiçoar a vigilância em saúde em âmbito internacional e nacional. A Assembleia Mundial de Saúde (1995) recomendou a revisão do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 1969 e propôs que nesta revisão fossem pensadas novas formas de se fazer vigilância e controlar as doenças. Depois de alguns anos de debates, o novo RSI foi assinado, trazendo modificações importantes, em especial para os eventos que possam trazer risco de propagação internacional. Neste estudo, *evento* foi definido como a manifestação da doença ou qualquer ocorrência que cria as condições para o surgimento de uma doença. (ANVISA, 2009, p.15). Por esta definição, os fatores de risco passam a ser considerados. O novo RSI também exige dos países a elaboração de instrumentos legais que



atendam a esse Código Sanitário. (BRASIL, 2006b; ANVISA, 2009, TEIXEIRA et al., 2009, p. 126).

Tais fatos contribuíram para que o Ministério da Saúde criasse o Centro de Informação Estratégica e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS) nacional e impulsionasse a criação dos CIEVS, nas vigilâncias em saúde dos estados e municípios brasileiros. O CIEVS tem como objetivo identificar e dar resposta às emergências de saúde pública, emitindo um “sinal de alerta”. Avalia diariamente a situação de saúde do território pelas notícias veiculadas na mídia, notificações recebidas através do Disque-Vigilância e as oriundas das demais vigilâncias e dos laboratórios públicos. O Disque-Vigilância é um serviço que, entre outras ações, disponibiliza um contato telefônico gratuito colocado à disposição da população em geral e dos profissionais de saúde, durante vinte quatro horas diárias, nos sete dias da semana. A partir do conhecimento do evento, os gestores têm condições de adotar com agilidade as medidas adequadas para a investigação epidemiológica e o bloqueio da disseminação dessas doenças. Se necessário, o CIEVS nacional ou estadual poderá enviar equipes treinadas para ajudar no controle do surto (URR – Unidade de Resposta Rápida). O CIEVS busca facilitar e agilizar a investigação, tornando a tomada de decisão mais precisa, sendo considerado fundamental para combater as epidemias e pandemias. (BRASIL, 2010c, p. 30; BRASIL, 2009c, p. 57-8).

No Rio Grande do Sul, cabe ao Centro Estadual de Vigilância em Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde (CEVS/SES) desenvolver a política de VS. Atua como gestor estadual. (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 21-4). As suas competências e atribuições estão referidas no Decreto nº 44.050 de 5 de outubro de 2005 (RIO GRANDE DO SUL, 2005), publicado no Diário Oficial do Estado de 6 de outubro de 2005.

Quanto a sua estrutura organizacional, o CEVS tem uma direção e seis divisões. As divisões têm trabalhado de forma integrada e fomentado a intersetorialidade, visando a atingir melhores resultados na execução das ações. Faz parte dessa estrutura a Divisão de Vigilância da Situação de Saúde; a Divisão Administrativa; a Divisão de Vigilância Epidemiológica; a Divisão de Vigilância Ambiental; a Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Divisão de Vigilância Sanitária. (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 21). Tem entre seus serviços, o CIEVS e o Disque-vigilância.

A Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul está dividida em dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e em trinta regiões de saúde. Cada CRS se responsabiliza por uma a quatro dessas regiões e por um grupo de municípios, participando, junto com a gestão municipal, das atividades de planejamento, acompanhamento e avaliação

das ações e serviços de saúde. O CEVS desempenha suas funções junto com os Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS), localizados nas CRS. Os NUREVS têm a função de apoiar os municípios da sua região, sempre que solicitado e necessário, na programação, realização e avaliação das atividades de VS. (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 21-4).

A VS do município de Sapucaia do Sul apresenta uma estrutura organizacional formada pela Direção e quatro vigilâncias. São elas a Vigilância Ambiental, a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária e a Vigilância Alimentar e Nutricional. Na Vigilância Epidemiológica, são executadas as ações de imunizações, de vigilância em saúde do trabalhador e das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

A descentralização das ações de vigilância, a partir de 1999, também foi acompanhada da descentralização dos recursos financeiros para a execução das atividades de VS. O dinheiro é repassado da União e dos estados pelo Fundo Nacional e pelo Fundo Estadual de Saúde para os fundos municipais de saúde. Os fundos nacional, estaduais e municipais são contas-correntes abertas exclusivamente para receber os recursos financeiros destinados à saúde, incluindo os recursos oriundos do tesouro municipal. Tal modalidade de repasse se chama “repasse fundo a fundo”. (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 116). Esses fundos são fiscalizados e acompanhados por diferentes instâncias fiscais da União e do Estado e pelo Controle Social através dos conselhos de saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 122-123). Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, possuidores de função deliberativa e fiscalizatória, existentes em todas as esferas de governo. Quanto a sua composição, obedecem ao critério da paridade, sendo 50% dos participantes representados pelos usuários dos SS e os outros 50%, por trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços do setor público e privado. O Conselho de Saúde viabiliza a participação da sociedade organizada, proporcionando controle social. (BRASIL, 2003).

Para a utilização dos recursos financeiros, os gestores precisam respeitar as legislações federais, estaduais e municipais vigentes. (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 123). Também necessitam pactuar suas metas de cobertura e desempenho com a participação e aprovação dos Conselhos de Saúde. Isso dá mais transparência à gestão. Após, esses compromissos serão analisados pela Comissão Intergestora Bipartite, que tem representação de gestores municipais e da Secretaria Estadual da Saúde. Por fim, igual processo se dá no âmbito federal, na Comissão Intergestora Tripartite, composta por representantes das três esferas de gestão (União, estados e municípios). Nesses pactos, várias metas de desempenho são propostas e pactuadas. É o caso do atingimento de coberturas vacinais que possam manter o controle das

doenças, investigação de doenças e agravos e outras ações de VS. Esse tipo de financiamento exige uma maior participação de gestores e comunidade, tanto no planejamento quanto na avaliação das ações de saúde realizadas. Também leva à reorganização da forma de atenção, contemplando com mais recursos municípios que implantarem ESF, assistência ao desnutrido e outras ações, ao invés de limitar-se ao pagamento por procedimentos diagnósticos e terapêuticos. (CAMPOS, 2003).

Ao longo dos anos, a vigilância tem atuado principalmente sobre “o controle de doenças contagiosas e de vetores, o saneamento, as intervenções sobre o meio ambiente e, mais recentemente, a prevenção de fatores de risco e a promoção da saúde”. (CAMPOS, 2003, p. 574). No entanto, se fixarmos o olhar para a sua denominação atual *Vigilância em Saúde*, já se pode vislumbrar a ampliação do seu campo de ação. Ao se utilizar a “noção de análise de situação de saúde, o objeto da Vigilância passava a ser a situação de saúde em sua complexidade, resultado da interação entre problemas de saúde e seus determinantes”. (ENTREVISTA ..., 2008, p. 187).

Teixeira et al. (2009) dizem que os avanços da vigilância em saúde nestes últimos anos, a descentralização das atividades de vigilância, o uso de indicadores de avaliação, a institucionalização do uso da ferramenta epidemiológica no planejamento e nos momentos de decisão, a evolução no processo de integração das diferentes vigilâncias nas três esferas de governo, bem como entre a VS e a AB comprovam sua evolução. Também referem que

O campo de atuação da vigilância em saúde, por força da sua natureza, envolve controle de riscos, causas e danos; intervenções transeitoriais organizadas que, no mais das vezes, exigem intensa e contínua participação social, representa espaço privilegiado para impulsionar, dentro do SUS, o processo de desenvolvimento da Promoção da Saúde. (TEIXEIRA et al., 2009, p. 141).

Há mais de vinte anos, pesquisadores de nosso país vêm realizando estudos epidemiológicos que têm mostrado a existência de desigualdades na distribuição das doenças e dos óbitos. Tais estudos têm apontado a relação desta distribuição com as condições de vida das pessoas. (PAIM, 2006).

Barcellos et al. (2002, p. 130) referem que “se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar” que o espaço não é só produto, mas é também produtor de diferenças sociais e ambientais, ocasionando reflexos sobre a saúde dos grupos sociais relacionados (BARCELLOS et al., 2002) e que as pessoas e as áreas com piores condições socioeconômicas apresentam as piores condições de saúde. Assim, áreas com nível de renda mais alto possuem, geralmente, melhor cobertura de serviços

públicos como saneamento básico, serviços de saúde, educação e outros. Já as áreas pobres tendem a ser desprovidas desses serviços. Embora seja esperada essa heterogeneidade, verifica-se que próximo às indústrias produtoras de poluentes, com insuficiência de serviços públicos, concentram-se as populações de baixa renda. (BARCELLOS et al., 2002).

Os mesmos autores ainda salientam que o conhecimento da estrutura e da dinâmica da população no território marca o início da caracterização das condições de saúde. Desse modo, é possível planejar as ações de controle e alocar os recursos necessários, permitindo a apropriação do contexto socioambiental onde os eventos de saúde acontecem. Tais eventos decorrem da relação entre os grupos sociais e seu território. (BARCELLOS et al., 2002).

No entanto, conforme Monken e Barcellos (2005), para que isso aconteça não se pode reduzir o conceito de

Espaço utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. Tal olhar deve refletir planos de trabalho que respondam de forma efetiva as necessidades da comunidade. (MONKEN; BARCELLOS 2005, p. 898).

Se a ação não gerar propostas concretas, mas servir apenas para cumprir tarefas, ela se torna burocrática e desnecessária para a saúde das comunidades.

Nosso sistema de saúde vem sofrendo importantes modificações desde a reforma sanitária. As conquistas foram significativas. No entanto, hoje é crucial abandonar a lógica tradicional das organizações e estabelecimentos sanitários. É necessário aproximá-lo da comunidade, humanizá-lo, torná-lo mais solidário e resolutivo. (CAMPOS, 2003). Conforme Campos (2003, p. 570), “princípios como territorialidade, vínculo, continuidade, planejamento local, promoção à saúde estão cada vez mais presentes nas pautas e agendas não só dos técnicos, como também dos movimentos sociais ligados ao setor”. Segundo esse mesmo autor, no nível primário são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população. Por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade. (CAMPOS, 2003).

Cazarin, Augusto e Melo (2007) afirmam que a realização do diagnóstico de uma doença, sem levar em conta o coletivo e o epidemiológico, ajuda a manter as “situações de risco, de adoecimento e de morte, que em muitos casos poderiam ser evitáveis”. (CAZARIN; AUGUSTO; MELO 2007, p. 383).

A partir da integração da AB com a VS, as ações de vigilância são incluídas na rotina das Equipes de Saúde da Família, com definição de atribuições e responsabilidades, atuando no mesmo território, com processos de trabalho integrado. Dessa forma, tanto as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) quanto as dos Agentes de Controle de Endemias (ACEs) serão desenvolvidas de forma conjunta e complementar. (BRASIL, 2009a).

O território não é estático, mas resulta da interação entre as pessoas, delas com os serviços públicos e da luta para manter-se integrado numa sociedade que é díspar e muitas vezes injusta, provocando desigualdades sanitárias. Identificar o dinamismo desse território é essencial na caracterização dos problemas de saúde e na priorização das ações. Isso deve se refletir no planejamento das ações. Nele as condições crônicas devem ser contempladas, tendo por base um atualizado diagnóstico epidemiológico da área. Para tal, o território deve ser analisado de modo contínuo, para que os problemas de saúde identificados sejam reais e impactem na qualidade do atendimento prestado.

A realização de trabalho integrado entre os ACSs e os ACEs é essencial para a organização dos serviços. Eles são o principal elo entre os serviços de saúde e a comunidade assistida. (BRASIL, 2008). Conforme Limonge et al (2008), a integração da VS com a AB também evita a sobreposição de ações e otimiza os recursos financeiros empregados). O Ministério da Saúde estabeleceu pela Portaria nº 1007, de maio de 2010, incentivo financeiro aos municípios que incluíssem o ACE nas equipes da AB. (BRASIL, 2010a). As ações do ACS e do ACE são regidas pela Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006. (BRASIL, 2006a).

O ACE executa ações de vigilância, prevenção, controle de doenças e atividades de promoção da saúde. Entre suas funções, encontram-se a realização de vistorias em terrenos baldios, inspeção de caixas d'água, calhas e depósitos, buscando identificar focos endêmicos, além de orientar a comunidade sobre a aplicação de larvicidas e inseticidas e sobre medidas preventivas e de tratamento contra doenças infecciosas. Essas ações são essenciais para a prevenção e o controle da dengue, da leishmaniose e de outras doenças. Sua escolaridade mínima é o ensino médio. (TORRES, 2009, p. 16-17). Assim como os ACS, também executam suas ações, trabalhando em contato com a comunidade. Devem trabalhar de forma integrada com as equipes da AB.

A caminhada rumo à integração entre essas duas áreas não é tarefa simples. São áreas que possuem especificidades, histórias e vivências culturais diversas. No entanto, tal integração propiciará aos trabalhadores da AB e da VS grande oportunidade de crescimento, já que ambos possuem formas diversas de executar as tarefas e a atividade conjunta poderá levá-los a repensar a própria prática e encontrar outros modos de realizar o trabalho.

## 2.6 Relato de Experiências Concretas de Integração

A busca pela integração entre a AB e a VS ainda é relativamente recente. O Ministério da Saúde tem incentivado este trabalho conjunto por meio de ações concretas como a implementação do incentivo financeiro aos municípios que introduzirem o ACE nas ESFs (BRASIL, 2010a) e da normatização das funções e atribuições do ACS e do ACE nas ações de VS, realizadas pela ESF. (BRASIL, 2008). Gestores do Ministério da Saúde têm evidenciado a importância de aproximar essas práticas. A revista RET-SUS, número 35, de março de 2008, publicou uma entrevista com o secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Nesta entrevista, Gerson Penna fala da importância da integração entre a AB e a VS, salientando que esse é um projeto prioritário do Ministério para a defesa da integralidade da atenção. Ele afirma que a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), estão construindo diretrizes para estimular essa integração nas três esferas de gestão. Reforça também o secretário que essa integração deve abranger a compatibilização dos bancos de dados e sistemas de informação, materializar a programação, o planejamento e o monitoramento programado de forma conjunta, bem como os processos de educação permanente. Ele cita como positivo, a publicação pelo DAB/SAS em parceria com a SVS, do *Caderno Vigilância em Saúde* (BRASIL, 2008) e da *Revista de Saúde da Família* (2007), assinalando que, enquanto o caderno aborda a temática da vigilância, incluindo a descrição de algumas doenças de maior prevalência, a revista fala de experiências de integração entre a VS e a AB consideradas exitosas e que estão acontecendo em diferentes localidades brasileiras. (PENNA, 2008, p. 2-4).

Entre os relatos de sucesso alcançados nesta iniciativa, escolheram-se algumas experiências que teriam sido consideradas bem-sucedidas. Segue a descrição delas.

Nos Anais da 9ª EXPOEPI (Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças), realizada em Brasília/DF, no período de 18 a 20 de novembro de 2009, encontra-se entre seus resumos, a iniciativa do Governo do Estado do Amazonas, por meio da Secretaria de Estado da Saúde daquela unidade federada. Na experiência intitulada *O Desafio da Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica na realidade do Amazonas* pode-se ler que a Fundação de Vigilância em Saúde iniciou o processo de integração das ações de VS com a AB, por entender ser este o caminho para a viabilidade das ações de vigilância. Esse processo já estava em curso no estado do Amazonas

desde 2005, para o controle da malária. No entanto, a gestão estadual, em conformidade com uma das prioridades do Ministério da Saúde, resolveu integrar as demais atividades de vigilância, reorganizando os serviços para facilitar a prestação de uma atenção integral à comunidade. Ao final, refere que a integração das ações de VS com a AB pode ser considerada um avanço em direção à integralidade da atenção, ressaltando que, no estado do Amazonas, tal objetivo tem sido considerado prioritário para o governo. (SILVA, L.; SILVA, C., 2009, p. 86).

Selecionou-se também a experiência do município de Borba, pertencente ao estado do Amazonas. A experiência é relatada em um trabalho intitulado *O Impacto da Integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica nas Ações de Controle da Malária*. Esse trabalho recebeu menção honrosa no prêmio Pró-Equidade em Saúde. Borba manteve elevado número de casos de malária em área urbana, durante muito tempo, o que tornava o seu controle mais difícil. Além disso, grande parte do município é contornada pelo Lago Borba, conhecido como “criadouro” de mosquito, o que trazia ainda mais dificuldades. Tais fatos fizeram Borba ser considerado um dos municípios prioritários para o controle da malária. As ações desenvolvidas eram tradicionalmente realizadas pela Gerência Municipal de Endemias de forma centralizada, ligada à Fundação de Vigilância em Saúde. Em 2009, o governo do Estado integrou-as à Gerência de Endemias e à AB, visando a aprimorar o controle da malária. A partir de então, várias atividades antes desenvolvidas pelos ACE, passaram a ser executadas pelos ACS. Essa iniciativa oportunizou a descentralização do controle dessa doença. Foi implantado em cada UBS do município um laboratório para a realização do diagnóstico. Isso permitiu que o ACS participasse do tratamento dos pacientes, aprazando a coleta da LVC (Lâmina de Verificação de Cura) e o acompanhamento do paciente durante o tratamento. Na atualidade, a zona rural de Borba é atendida por ACS treinados para a coleta de lâminas e microscopistas que prestam atendimento à comunidade. A área indígena também conta com a presença dos ACS. Em 2010, foi instituído o Comitê Interinstitucional de Vigilância e Controle da Malária e Dengue, com a participação das secretarias municipais de Saúde, Educação, Esportes, Cultura e Lazer, Assistência Social, Administração, Obras, Produção Rural e Abastecimento. Reúnem-se mensalmente, e extraordinariamente sempre que necessário. Nestas ocasiões, as atividades realizadas são avaliadas e se discutem novas medidas de intervenção. (PIMENTEL, 2011).

Também se selecionou, nos Anais da 8ª EXPOEPI, mais uma das experiências ali descritas. No trabalho intitulado *A integração das práticas de vigilância epidemiológica e atenção básica em Porto Seguro-BA*, foi relatado a experiência de integração das práticas

entre essas duas áreas em Porto Seguro/BA. Nesse município, as ações de VE na AB se restringiam à notificação de casos e aplicação de vacinas. No entanto, em 2007, visando à integralidade, foi assumida pela AB a lógica da vigilância. Tal ação objetivava descentralizar as ações de vigilância epidemiológica para a AB e desenvolver processo de educação permanente. Aconteceram reuniões conjuntas entre as equipes da AB e VE para organizar os modos de trabalho, criar fluxos, definir funções e organizar cronograma de educação permanente para os profissionais de saúde. Esse trabalho trouxe como resultados positivos o desenvolvimento de ações de combate à dengue pelos ACS; elevação do percentual de alta por cura entre os portadores de tuberculose, em relação ao ano de 2006; investigação de óbitos infantil, materno e de mulheres em idade fértil pelas ESFs; redução do tempo entre os primeiros sintomas, o início do tratamento e a cura de casos de malária; e qualificação dos profissionais de saúde. Costatou-se que tal iniciativa trouxe resultados positivos para os profissionais em relação à saúde. (QUARESMA, 2009, p. 33).

Também se buscou, nos Anais da 9ª EXPOEPI, a experiência vivenciada em um município do Espírito Santo. No trabalho intitulado *A integração entre a VS e AB no município de Santa Teresa-ES, através de um Sistema de Informação Unificado (SIU)*, foi descrito o modo como foi criado o Sistema de Informação Unificado com os objetivos de organizar e dar mais agilidade à prestação das ações de saúde, avaliar o seu impacto na situação de saúde da comunidade assistida, alcançar a integralidade na prestação desses cuidados, além de propiciar a integração dos setores da saúde. O SIU busca manter atualizados os dados sobre as características do território, unificar o conhecimento sobre as famílias e imóveis, promovendo a integração e a intersetorialidade, facilitando a identificação de agravos e endemias, além de otimizar as ações dos ACSs e dos ACEs. Para a execução desse trabalho, foi necessário que a VS e AB planejassem e executassem as ações de forma integrada, realizassem capacitações e oficinas com os profissionais e mantivessem mapas da área atualizados. Esse sistema propiciou a extração de informações para a realização do diagnóstico da área a ser atendida, servindo de base para um bom planejamento de atividades, com previsão dos recursos necessários, prazos, facilitando a prestação dos cuidados de forma integral e resolutiva. (LIMA; SILVA, 2009, p. 83).

Outra experiência descrita nos Anais da 8ª EXPOEPI é o trabalho intitulado *As interfaces da vigilância em saúde na estratégia Saúde da Família*, vivenciada no município de Americana-SP. A integração das atividades dos ACS com as da equipe do Programa Municipal de Controle da Dengue (PMCD) era visto como ação desafiadora, tanto pela AB quanto pela VS desse município. Mesmo o controle da dengue, fazendo parte das atribuições



dos ACS, foi necessário reorganizar o processo de trabalho, pois a ESF trabalha com o cadastro familiar, e o PMCD utiliza a base territorial para realizar as visitas aos domicílios. Com a finalidade evitar duplicidade de ações e atingir 100% da cobertura dos imóveis da área da ESF, a coordenação do PMCD sugeriu que os agentes de controle de vetor (*agentes de controle de vetor* são os ACEs utilizados nesse estudo) fossem inseridos nas áreas da ESF, para garantir as visitas aos domicílios não cobertos pelos ACS. Foram realizadas reuniões e capacitações com os agentes dos dois programas e seus coordenadores. Ao final, ficou acordado que os ACS usariam uma planilha de diagnóstico domiciliar criada pelo PMCD, que proporcionou aos profissionais da ESF conhecer as condições dos imóveis dos pacientes com suspeita de dengue, agilizando a tomada de decisão com relação aos doentes e ao controle de vetores. Segundo o relato, essa integração tornou o controle da dengue no município mais eficiente e melhorou a qualidade de vida daquela população. (SOUZA et al., 2009, p. 34).

Teríamos ainda outros casos para registrar. No entanto, pelos já descritos, pode-se perceber que a integração é um processo que evolui e tem qualificado a prestação dos cuidados dispensados à comunidade assistida.

### **3 METODOLOGIA**

Este capítulo abordará o tipo de estudo utilizado na pesquisa, descreverá o universo empírico, como se deu a entrada no campo, a coleta e a análise dos dados.

#### **3.1 Tipo de Estudo**

O delineamento da pesquisa é o Estudo de Caso. Sua opção se deve ao fato de ele contribuir de “forma inigualável, para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos”. (YIN, 2001, p. 21).

Assumirá a forma Descritiva e Exploratória, com abordagem qualitativa. É Descritiva, porque pretende descrever e entender os entraves e desafios da integração entre a VS e a APS e exploratória, porque quer compreender o fenômeno das interfaces entre a VS e a AB que interferem na sua integração.

#### **3.2 Universo Empírico**

O trabalho será desenvolvido no município de Sapucaia do Sul, que está localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, no Vale do Rio dos Sinos, no estado do Rio Grande do Sul. A população informada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 130.957 habitantes e a sua área territorial é de 58,309 km<sup>2</sup>. (IBGE, 2013).

A escolha deu-se pela existência de equipes de Saúde da Família e de Vigilância em Saúde no município. A opção por Sapucaia do Sul deve-se também ao fato de o município contar com apoiadores institucionais para melhorar os processos de trabalho em saúde e incentivar uma mudança no modelo de atenção. Essa mudança poderia apontar para um modelo de maior integração entre Atenção Básica e Vigilância.

O Quadro abaixo apresenta a distribuição dos servidores da VS do município.

Quadro 1 - Distribuição dos servidores da vigilância em saúde por categoria funcional e vigilância, SMS, Sapucaia do Sul, 2012

Profissionais de Saúde	Direção	Vigilância Ambiental	Vigilância Epidemiológica			Vigilância Sanitária	Vigilância Alimentar e Nutricional	TOTAL
			Imunizações	Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis	Vigilância em Saúde do Trabalhador			
Diretor (Direito e nutrição)	1							1
Recepção (Administrativo)	1							1
Motorista	3							3
Biólogo		2						2
Enfermeiro			1	2	1			4
Farmacêutico						1		1
Médico Veterinário						2		2
Administrativo				1				1
Agente de Endemias		7	1		1		2	11
Agente Municipal			1	1				2
Fiscal Municipal						1		1
Fiscal Sanitário						1		1
Oficial Municipal		1		1		2		4
Técnico de Enfermagem	1							1
Técnico de Segurança do Trabalho						1		1
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>36</b>

Fonte: VS/SMS/Sapucaia do Sul/RS (2012).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, Sapucaia do Sul possui quatorze equipes de Saúde da Família (ESF), cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma equipe de Atenção Domiciliar, uma Unidade de Referência da Tuberculose, uma Unidade Central de Especialidades, um Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e a Fundação Hospitalar de Sapucaia do Sul, conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. (BRASIL. 2013).

### 3.3 A Entrada no Campo

O primeiro contato com o município de Sapucaia do Sul deu-se em 13 de junho de 2012. Nesta ocasião, houve uma reunião com a Secretária Municipal de Saúde, quando foi

apresentado o presente projeto de pesquisa, os objetivos do trabalho e a metodologia a ser empregada durante o estudo. Ao final do encontro, a pesquisadora recebeu da Secretária, a autorização formal para a realização do trabalho de campo no município (ANEXO B). Também ficou definido que as datas das entrevistas e do Grupo Focal seriam agendadas depois de ele ser aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa da UNISINOS.

A totalidade dos sujeitos de pesquisa ficará entre 15 a 17 pessoas das equipes da VS e da AB do município.

### **3.4 Coleta de Dados**

Na coleta de dados serão descritos as técnicas de pesquisa utilizadas no estudo.

#### **3.4.1 Entrevista Semiestruturada**

O trabalho de campo será iniciado pelas entrevistas.

Essa técnica de pesquisa é utilizada quando se deseja compreender o significado que os entrevistados têm sobre questões ou situações. Segundo Minayo (2008), a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado pode discorrer sobre o tema, sem a necessidade de se prender à pergunta formulada. Quanto ao entrevistador, May refere que, apesar de seguir um roteiro de entrevista (APÊNDICE C), é permitido ir além das respostas dadas, podendo solicitar esclarecimentos sobre o que foi respondido ou fazer outras anotações que julgar importante para o estudo. (MAY, 2004). As entrevistas serão feitas com 5 técnicos da Vigilância em Saúde. O tempo previsto para a atividade ficará em torno de 1h30. Serão realizadas individualmente e com datas a serem definidas pelos entrevistados. As entrevistas serão gravadas, transcritas, ficando sob a guarda da pesquisadora, por cinco anos, quando então, serão destruídas.

As questões abordarão grandes temas como a organização VS, a existência ou não da integração e os possíveis entraves e desafios dessa integração ou não (APÊNDICE C).

#### **3.4.2 Grupo Focal**

De acordo Kitzinger e Barbour (1999 apud BARBOUR, 2009, p. 21), em relação ao Grupo Focal “qualquer discussão de grupo pode ser chamada de um grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando às interações do grupo”. Logo, o Grupo

Focal é um momento de discussão em que um grupo se reúne e conversa sobre determinado tema. Nesta técnica, segundo Flick (2009), o entrevistador deve evitar que as contribuições de algum participante, ou de parte do grupo de entrevistados, se sobreponham à opinião dos demais. Também precisa estimular os menos participativos a contribuírem durante a discussão. (FLICK, 2009).

A técnica do Grupo Focal será realizada com profissionais da VS e da APS numa discussão conjunta.

O número de participantes do Grupo Focal será de dez a doze profissionais de saúde da VS e da APS. Os participantes oriundos da APS serão profissionais com graduação universitária, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O grupo vindo da VS será formado por profissionais com graduação universitária, técnicos de enfermagem e agente de controle de endemias. O critério de escolha dos participantes será o de maior tempo de experiência na área. Tal critério visa a possibilitar uma discussão mais aprofundada sobre o tema. Quanto ao número de participantes, acredita-se que esse quantitativo propicia maior diversidade de opiniões, facilitando o debate.

Participarão também da atividade de Grupo Focal, um moderador, que terá a tarefa de manter a discussão focada no tema, incentivar a participação de todos e buscar o aprofundamento da discussão, visando a construir relações entre os participantes do grupo que facilitem o aprofundamento do tema. Segundo Flick (2009), o papel principal do moderador é facilitar a manifestação dos participantes, criando ambiente favorável à argumentação, para que as discussões possam fluir naturalmente.

Também integrará o grupo um relator que terá função de observador. Além de registrar, cabe a ele anotar as expressões não verbais emanadas de cada componente, tais como olhares, expressões faciais e outros sinais significativos para a interpretação dos dados. O papel de moderador será desempenhado pelo próprio pesquisador e o de relator por outro colega que já realizou pesquisa semelhante e que, por isso, já conhece o tema abordado nesse estudo.

Num primeiro momento haverá a apresentação dos componentes do grupo, incluindo o moderador e o relator. Será feita uma abordagem sobre os objetivos do estudo e explicada a técnica do Grupo Focal. O tempo de duração do grupo, uma a duas horas, deverá ser pactuado entre os integrantes.

As questões geradoras da discussão (APÊNDICE D e E) deverão abranger grandes temas como a organização da APS e VS, a existência ou não da integração e os possíveis entraves e desafios dessa integração ou não.

### 3.5 Análise dos Dados

As “falas” contidas nas entrevistas e na discussão do Grupo Focal serão inicialmente transcritas, classificadas e codificadas. A interpretação dos dados é essencial na pesquisa qualitativa. (FLICK, 2009).

A análise interpretativa está baseada na matriz teórica da Hermenêutica Dialética. Minayo (2002; 2008) refere que a Hermenêutica é a arte da compreensão, pois se ocupa de compreender os significados que aparecem nos textos produzidos. Mas ao agregar a palavra dialética, que é a arte do estranhamento e da crítica, permite desentranhar as condições históricas e sociais da construção desses significados, descobrindo semelhanças e diferenças, contradições e conflitos, pois aponta para as disparidades “entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e a quebra da possibilidade desse acordo”. (MINAYO 2008, p. 343).

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), independente do tipo de dado ou da tradição de pesquisa subjacente, o objetivo da análise dos dados “é organizar, fornecer estrutura e extrair significado dos dados de pesquisa”. (POLIT; BECK; HUNGLER 2004, p. 358). Na perspectiva hermenêutica, Diekkelmann, Allen e Tanner (apud POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) oferecem um processo de análise dos dados em sete etapas. São elas:

- a) realizar a leitura de todas as entrevistas ou texto, visando a uma compreensão geral;
- b) fazer resumos interpretativos de cada entrevista;
- c) pedir para um grupo de pesquisadores realizarem a análise das entrevistas transcritas ou dos textos selecionados;
- d) retornar ao texto para esclarecer qualquer discordância interpretativa;
- e) identificar significados comuns no texto, comparando e contrastando as práticas compartilhadas;
- f) permitir a eclosão de relações entre os temas;
- g) mostrar para a equipe um esboço dos temas, junto com exemplares dos textos, incluindo no esboço final, as respostas e sugestões.

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS**

O Projeto de Pesquisa será submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Serão incluídos na pesquisa os que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, ficando uma cópia com o participante e a outra com o pesquisador.

Antes da realização das entrevistas e do Grupo Focal, será disponibilizado tempo para esclarecer dúvidas e para a realização da leitura do Termo de Consentimento. Na ocasião, os participantes serão informados de que as ‘falas’ serão gravadas e transcritas e será enfatizado o compromisso da confidencialidade por parte do pesquisador.

## 5 ORÇAMENTO

O quadro abaixo descreve o material necessário para a realização do estudo. Cabe esclarecer que o custo será de responsabilidade do pesquisador.

Quadro 2 - Orçamento

<b>Descrição do Material</b>	<b>Valor Unitário (R\$)</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
<b>Pastas</b>	<b>15,00</b>	<b>5 unidades</b>	<b>75,00</b>
<b>Folhas A4</b>	<b>13,00</b>	<b>5 pacotes</b>	<b>65,00</b>
<b>Gravador digital</b>	<b>200,00</b>	<b>01 um</b>	<b>200,00</b>
<b>Fotocópias</b>	<b>0,15</b>	<b>500 cópias</b>	<b>75,00</b>
<b>Cartucho de tinta preta impressora</b>	<b>110,00</b>	<b>5 unidades</b>	<b>550,00</b>
<b>Transporte</b>	<b>13,30</b>	<b>10 visitas</b>	<b>133,00</b>
<b>Canetas</b>	<b>25,00</b>	<b>01 cx</b>	<b>25,00</b>
<b>Total</b>	<b>376,45</b>	<b>—</b>	<b>1.123,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho.



## 6 CRONOGRAMA

Quadro 3 - Cronograma

	2012										2013						
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J
<b>Definição do Objeto de Pesquisa</b>	X	X															
<b>Elaboração do Projeto</b>		X	X														
<b>Revisão de Literatura</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X							
<b>Apresentação da proposta para a SMS de Sapucaia do Sul</b>					X												
<b>Aprovação pelo Comitê de Ética</b>							X										
<b>Qualificação</b>								X									
<b>Coleta de dados</b>								X	X	X							
<b>Transcrição das falas</b>								X	X	X							
<b>Término da Pesquisa</b>											X	X	X				
<b>Redação e digitação</b>			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
<b>Análise e revisão do texto</b>													X	X	X		
<b>Confecção de artigo</b>															X	X	
<b>Defesa</b>																	X

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Regulamento sanitário internacional RSI**: 2005. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rsi2005.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2013.
- BALSAN, F. L. Pobreza e desigualdade social no estado democrático de direito: o caso brasileiro. **Revista Internacional de Direito e Cidadania**, Erechim, n. 8, p. 125-137, out. 2010. Disponível em: <[http://www.reid.org.br/arquivos/00000211-10-francys\\_balsan.pdf](http://www.reid.org.br/arquivos/00000211-10-francys_balsan.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2010.
- BAPTISTA, T. W. F.; FAUSTO, M. C. R.; CUNHA, M. S. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1007-1028, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a06.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2012.
- BARBOUR, R. S. **Grupos focais**. Porto Alegre: Bookman: Artmed, 2009. (Pesquisa qualitativa).
- BARCELLOS, C. C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002. Disponível em: <<http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a03.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2013.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 14 jul. 2013.
- BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006a**. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010a**. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103937-1007>>. Acesso em: 10 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 16 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3252, de 22 de dezembro de 2009a**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>>. Acesso em: 14 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, DF, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd21.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estabelecimento de saúde do município: Sapucaia do Sul**. Brasília, DF, 2013. Disponível em:

<[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=432000&NomeEstado=RIO%20GRANDE%20DO%20SUL](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=43&VCodMunicipio=432000&NomeEstado=RIO%20GRANDE%20DO%20SUL)>. Acesso em: 22 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **CBVE: curso básico de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/corso\\_vigilancia\\_epidemiopdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/corso_vigilancia_epidemiopdf)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centro de informações estratégicas em vigilância em saúde - CIEVS**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apostila\\_cievs\\_bilingue.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apostila_cievs_bilingue.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília, DF, 2010c. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doen\\_infecciosas\\_guiabolso\\_8ed.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doen_infecciosas_guiabolso_8ed.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília, DF, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_de\\_gestao\\_web.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_de_gestao_web.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF, 2009c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve\\_7ed\\_web\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília, DF, 2010d. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 16 out. 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis:**

Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.23-33, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/04.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2012.

CAZARIN, G.; AUGUSTO, L. G. S.; MELO, R. A. M.. Doenças hematológicas e situações de risco ambiental: a importância do registro para a vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 380-390, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/08.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/resolucao333.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm)>. Acesso em: 24 mar. 2013.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 443-463, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7107.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

DURÁN GONZÁLEZ, A.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde, norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, maio 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a18.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

ENTREVISTA: Carmen Teixeira. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, p. 185-194, mar./jun.2008. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r203.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Traduzido por Costa, J. E. 3. ed.. Porto Alegre: Artmed. 2009. (Métodos de pesquisa).

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=432000>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

LIMA, C. E.; SILVA, D. S. A integração entre a vigilância em saúde e atenção básica no município de Santa Teresa-ES, através de um Sistema de Informação Unificado (SIU). In: EXPOEPI, 9., 2009. Brasília, DF. **Mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009. p. 83. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_9\\_expoepi.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_9_expoepi.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

LIMONGI, J. E.; MENEZES, E. C.; MENEZES, A. C. Vigilância em saúde no programa saúde da família. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Minas Gerais,

v. 4, n. 7. p. 35-44, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16916/9322>>. Acesso em: 25 out. 2012.

MAY, T. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO M. C. S.; DESLANDES S. F. (Org.) **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107. (Criança, mulher e saúde).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2012.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p.34-46, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/05.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2012.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PENNA, G. A construção dos territórios integrados é o caminho para a efetiva integração das ações de atenção básica e vigilância em saúde. **Revista RET-SUS**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 2-4, mar. 2008. Entrevista. Disponível em: <<http://www.retsus.fiocruz.br/uploadsistema/revista/pdf/revista35.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2013.

PIMENTEL, J. Controle da malária no Amazonas é bem sucedido com a integração entre serviços. **Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS)**. Rio de Janeiro, 8 set. 2011. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/experiencias/o-impacto-da-integracao-entre-a-vigilancia-em-saude-e-atencao-basica-nas-acoes-de-controle-da-malaria-no-amazonas>> Acesso em: 24 mar. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUARESMA, M. A. A integração das práticas de vigilância epidemiológica e atenção básica em Porto Seguro - BA. In: EXPOEPI, 8., 2008. **Mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009. p. 33. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_8expoepi.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_8expoepi.pdf)>. Acesso em: 4 abr.2013.

RELATÓRIO final da 8ª conferência nacional da saúde. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 8, n. 16, out./dez. 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista\\_saude\\_familia16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saudefamilia/revista_saude_familia16.pdf)>. Acesso em: 8 abr. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 44.050, de 5 de outubro de 2005**. Aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde. Disponível em: <[http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXT0&Hid\\_TodasNormas=49010&hTexto=&Hid\\_IDNorma=49010](http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=49010&hTexto=&Hid_IDNorma=49010)>. Acesso em: 18 mar. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde**: informações para os secretários municipais, 2013. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Centro Estadual de Vigilância em Saúde, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1366981414\\_CARTILHA%20PREFEITOS.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1366981414_CARTILHA%20PREFEITOS.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

RISI JÚNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 117-234. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2013.

ROCHA, J. L. A. Aspectos gerais da exclusão social e o papel das ações afirmativas no estado democrático de direito brasileiro. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 579, 6 fev. 2005. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/6251>>. Acesso em: 14 out. 2012.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2012.

SILVA, L. S. F.; SILVA, C. S. F. O desafio da integração da vigilância em saúde com a atenção básica na realidade do Amazonas. In: EXPOEPI, 9., 2009. Brasília, DF. **Mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009. p. 86. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_9\\_expoepi.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_9_expoepi.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

SOUZA, E. C. A. et al. As interfaces da vigilância em saúde na estratégia saúde da família. In: EXPOEPI, 8., 2008b. **Mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009. p. 34. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_8expoepi.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_8expoepi.pdf)>. Acesso em: 4 abr. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)>. Acesso em: 16 jun. 2013.

TASCA, R. (Coord.). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. (NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 2). Disponível em: <[http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS\\_Verde\\_web\\_final.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2012.

TEIXEIRA, M. G. et al. Vigilância em saúde: é necessária uma legislação de emergência? **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 126-144, jul./out. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.usp.br/rdisan/article/viewFile/13166/14973>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

TORRES, R. **Agente de combate a endemias.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Profissao&Num=2&Destques=1>>. Acesso em: 1 set. 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Traduzido por Grassi, D. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

**Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva**, enfermeira, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), está propondo uma pesquisa sob a orientação do Prof. José Roque Junges sobre **A integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde: um estudo de caso**. O estudo pretende verificar como é a rotina e como acontecem as interfaces entre essas duas atividades, identificando os entraves e desafios para sua efetivação. A pesquisa pode trazer resultados positivos para essa integração.

Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa. Caso aceite, você será entrevistado por mais ou menos uma hora. As questões colocadas serão sobre a sua prática de trabalho.

Salienta-se que sua participação deve ser livre e voluntária, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. Você receberá todas as informações necessárias sobre o estudo e poderá solicitar esclarecimento de dúvidas que surgirem durante o processo, com a pesquisadora.

A conversa será gravada, transcrita e posteriormente analisada. Todas as informações serão confidenciais, pois seu nome nunca aparecerá na publicação dos resultados. As gravações transcritas serão mantidas até o final do mestrado e depois destruídas.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma em suas mãos e outra com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_

Estou de acordo em participar da pesquisa de Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva, telefone 51-91951026.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - GRUPO  
FOCAL**

**Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva**, enfermeira aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), está propondo uma pesquisa sob a orientação do Prof. José Roque Junges sobre os **A integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde: um estudo de caso**. O estudo pretende verificar como é a rotina e como acontecem as interfaces entre essas duas atividades, identificando os entraves e desafios para sua efetivação. A pesquisa pode trazer resultados positivos para essa integração.

Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa. Caso aceite, você participará de um grupo de discussão entre profissionais da Atenção Básica e da Vigilância com duração média de duas horas. As questões colocadas para discutir serão sobre as interfaces e a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância.

Salienta-se que sua participação deve ser livre e voluntária, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. Você receberá todas as informações necessárias sobre o estudo e poderá solicitar esclarecimento de dúvidas que surgirem durante o processo, junto à pesquisadora.

A discussão em grupo será gravada, transcrita e posteriormente analisada. Todas as informações serão confidenciais, pois seu nome nunca aparecerá na publicação dos resultados. As gravações transcritas serão mantidas até o final do mestrado e depois destruídas.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma em suas mãos e outra com a pesquisadora.

Eu, \_\_\_\_\_

Estou de acordo em participar da pesquisa de Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva, telefone 51-91951026.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### **APÊNDICE C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS**

- 1 Com base na notificação de um surto de sarampo em uma empresa do município de Sapucaia do Sul, poderias descrever como seria trabalhado este evento e que áreas da SMS estariam envolvidas nessa atividade?
- 2 Caso a Atenção Básica não tenha sido lembrada, perguntar qual seria o seu papel nessa ação.
- 3 Ações que são realizadas de modo conjunto.
- 4 Percepção dessa integração na rotina de trabalho.
- 5 Existência de reuniões periódicas entre a VS e AB agendadas; finalidade delas e quem participa.
- 6 Existência de capacitações conjuntas.
- 7 Como está estruturado o serviço.

## **APÊNDICE D - ROTEIRO PARA A PRIMEIRA REUNIÃO DE GRUPO FOCAL**

### **Questões Norteadoras sobre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde no Município**

#### **A. Rotinas de Trabalho Integradas**

- 1.** Eu gostaria que vocês falassem como procederiam se recebessem na unidade casos de diarreia de crianças de uma creche localizada em uma área da Estratégia.

Que medidas seriam tomadas (quais passos seriam dados)?

- 2.** E se a notificação entrasse pela VS? Eu precisaria que vocês me dissessem como esse caso seria normalmente resolvido:
- 3.** E as outras doenças de notificação compulsória, como são feitas as notificações e as investigações?

#### **B. Concurso**

- 4.** Como vocês avaliam o momento da troca de servidores após o concurso? Como foram mantidas as rotinas? Existem nas unidades fluxograma, manuais com as rotinas das unidades?

#### **C. Gestão**

- 5.** Pensando-se nessas trocas (ou até nas tarefas diárias), quando existe necessidade de contato entre a VS e a AB, como é feito esse contato? Eu gostaria que vocês me dissessem como fazem quando surgem dúvidas com relação a alguma rotina. Para comunicar algum caso, ou outra necessidade, como vocês procedem?

#### **D. Território**

- 6.** E a dengue, gostaria que vocês falassem sobre esse trabalho aqui no município.

## APÊNDICE E - ROTEIRO PARA A SEGUNDA REUNIÃO DE GRUPO FOCAL

### Questões Norteadoras sobre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde no Município

#### A. Rotinas de Trabalho Integradas

1. Como está funcionando a descentralização do Programa da Tuberculose, já que o município recebeu até menção honrosa?

#### B. Território

2. Como é a rotina de trabalho dos ACSs e dos ACEs no programa da dengue? Existem funções definidas?

#### C. Integração se dá em atividades pontuais.

3. Pelo que percebi nas discussões, a integração se dá mais em atividades pontuais. É isso ou estou errada? Por quê?

#### D. Concurso

4. Por que todos os funcionários foram demitidos em bloco? Houve algum treinamento sobre as rotinas de trabalho ou iniciaram direto na unidade?

## ANEXO A - CÓPIA DO CEP



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)  
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

## UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## RESOLUÇÃO 105/2012

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: N° CEP 12/090    Versão do Projeto: 24/09/2012    Versão do TCLE: 24/09/2012

**Coordenadora:**

Mestranda Cláudia Maria Scheffel Corrêa da Silva (PPG em Saúde Coletiva)

**Título:** A integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde: um estudo de caso.

**Parecer:** O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

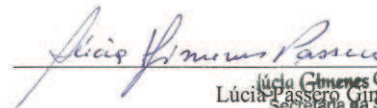
São Leopoldo, 24 de setembro de 2012.

Prof. Dra. Cátia de Azevedo Fronza  
Coordenadora Adjunta do CEP/UNISINOS

**ANEXO B - CÓPIA DA CARTA DE ACEITE****CARTA DE ACEITE**

Eu, Lucia Passero Gimenez, Secretária Municipal de Saúde de Sapucaia do Sul autorizo a realização da pesquisa intitulada "**A INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**", desenvolvida pela aluna Claudia Maria Scheffel Corrêa da Silva, orientada pelo Prof. Dr. José Roque Junges do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UISINOS nas Unidades Básicas de Saúde e na Vigilância em Saúde do município.

Essa pesquisa tem por objetivo apontar os avanços e desafios do processo de integração da Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Para a coleta de dados serão utilizadas entrevistas semi-estruturadas e Grupos Focais. As entrevistas serão realizadas com os coordenadores da Vigilância em Saúde do município e os grupos focais serão realizados com os trabalhadores da AB e com os técnicos da Vigilância em Saúde.

  
Lúcia Gimenez Passero  
Lúcia Passero Gimenez  
Secretaria de Saúde  
Sapucaia do Sul

13.06.2012

## **II. RELATÓRIO**

**CLAUDIA MARIA SCHEFFEL CORRÊA DA SILVA**

**A INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE:  
Um Estudo de Caso**

Relatório do Trabalho de Campo apresentado como requisito parcial requisito parcial para obtenção de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

**São Leopoldo (RS)**

**2013**



**SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>63</b>
<b>1.1 Escolhas Realizadas.....</b>	<b>63</b>
1.1.1 Escolha do Município.....	63
1.1.2 Escolha dos Participantes das Entrevistas Semiestruturadas e das Reuniões de Grupos Focais.....	63
<b>2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO .....</b>	<b>64</b>
<b>3 COLETA DE DADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>3.1 Entrevista Semiestruturada.....</b>	<b>67</b>
<b>3.2 Reunião de Grupo Focal .....</b>	<b>68</b>
<b>3.3 Pesquisa Documental.....</b>	<b>71</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>73</b>
<b>4.1 Dados Primários .....</b>	<b>73</b>
4.1.1 Território.....	73
4.1.2 Gestão .....	75
4.1.3 Processos de Trabalho Integrado .....	77
4.1.4 Entraves Existentes.....	85
<b>4.2 Dados Secundários.....</b>	<b>91</b>
4.2.1 Análise Documental .....	91
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

Por meio desta pesquisa, pretendeu-se conhecer o processo de integração existente entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde em um município da região metropolitana de Porto Alegre. Buscou-se identificar quais foram as dificuldades que este município tem encontrado nessa trajetória, bem como os sucessos já experimentados. Para isso, utilizaram-se as técnicas da entrevista semiestruturada, reunião de Grupo Focal e a pesquisa documental.

### **1.1 Escolhas Realizadas**

Descreve-se a seguir os motivos que levaram o pesquisador a se definir pelo município de Sapucaia do Sul e os critérios de escolha dos participantes da pesquisa.

#### **1.1.1 Escolha do Município**

O município de Sapucaia do Sul foi escolhido por situar-se próximo a Porto Alegre, facilitando as visitas necessárias para a conclusão do estudo; pela existência de equipes de Saúde da Família e de Vigilância em Saúde estruturadas e por contar com a presença do Apoio Institucional (AI) na gestão municipal. Pelo fato de o AI priorizar ações intersetoriais, acredita-se que esse tipo de gestão facilite a integração da VS e a AB.

#### **1.1.2 Escolha dos Participantes das Entrevistas Semiestruturadas e das Reuniões de Grupos Focais**

A escolha dos profissionais a serem entrevistados e dos componentes do grupo para as reuniões de Grupo Focal foi feita pela gestão municipal, obedecendo a critérios previamente estabelecidos pela pesquisadora, tais como antiguidade e trabalhar na VS ou na AB. Solicitou-se também que houvesse paridade entre o número de trabalhadores da AB e VS. Tais critérios têm por objetivo possibilitar discussões mais aprofundadas e críticas.

## 2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

Figura 2 - Pórtico do Município



Fonte: Sapucaia do Sul ([2013?])

Figura 3 - Localização do Município



Fonte: [MAPA de Sapucaia], ([2013?])

A cidade de Sapucaia do Sul está localizada na região metropolitana de Porto Alegre. Possui uma população estimada pelo IBGE para 2013 de 130.957 habitantes e sua área territorial é de 58,309 km<sup>2</sup>. (IBGE, 2013).

O ano de 1937 marca a sua fundação. Era conhecida por Fazenda Sapucaia ou Fazenda do Cerro. A principal atividade econômica da época era a criação de gado. Os matadouros surgiram na região, no final do século XIX. Nesse período, as fazendas se transformaram em grandes invernadas, recebendo gado de diversos locais. Por volta de 1930, famílias abastadas de Porto Alegre e arredores passaram a ter sítios de lazer na região. Nos finais de semana, famílias vinham desfrutar dos ares de Sapucaia. O processo de industrialização iniciou em 1940, a partir da construção da BR 2, hoje BR 116, devido basicamente às isenções de tributos dispensados pelo governo estadual e pelo município de São Leopoldo às empresas que viessem se fixar na região. Assim, a primeira grande empresa a se instalar, no então

distrito de Guianuba, foi a Vacchi e Cia. Ltda., e em seguida, em 1946, o Lanifício Kurashiki do Brasil S.A. Essas e outras empresas trouxeram grande crescimento ao 7º Distrito de São Leopoldo, levando a região a se emancipar em 1961. (SAPUCAIA DO SUL, 2009b).

De acordo com dados da Prefeitura Municipal, a atividade econômica de Sapucaia do Sul se origina 79,5% da indústria e 20,95% do comércio, serviços e agricultura. Os setores considerados fortes são a siderurgia, a metalurgia, as bebidas, os fios têxteis, a refrigeração, a construção civil e os artefatos de couro. (SAPUCAIA DO SUL, 2009a).

Destacam-se como principais pontos turísticos do município o Parque Zoológico do Rio Grande do Sul, a Estação Ecológica do Pesqueiro e a Fundação Zoobotânica do Rio Grande do Sul.

O município tem acesso viário fácil pela BR 116 e RS 118. Além disso, conta com os serviços do trem (Trensurb), que liga Porto Alegre a Novo Hamburgo, com duas estações existentes no município de Sapucaia do Sul. Seus municípios limítrofes são Novo Hamburgo, São Leopoldo, Gravataí, Cachoeirinha, Esteio, Nova Santa Rita e Portão. (COMO..., 2005. p. 13).

Figura 4 - Localização de Sapucaia do Sul



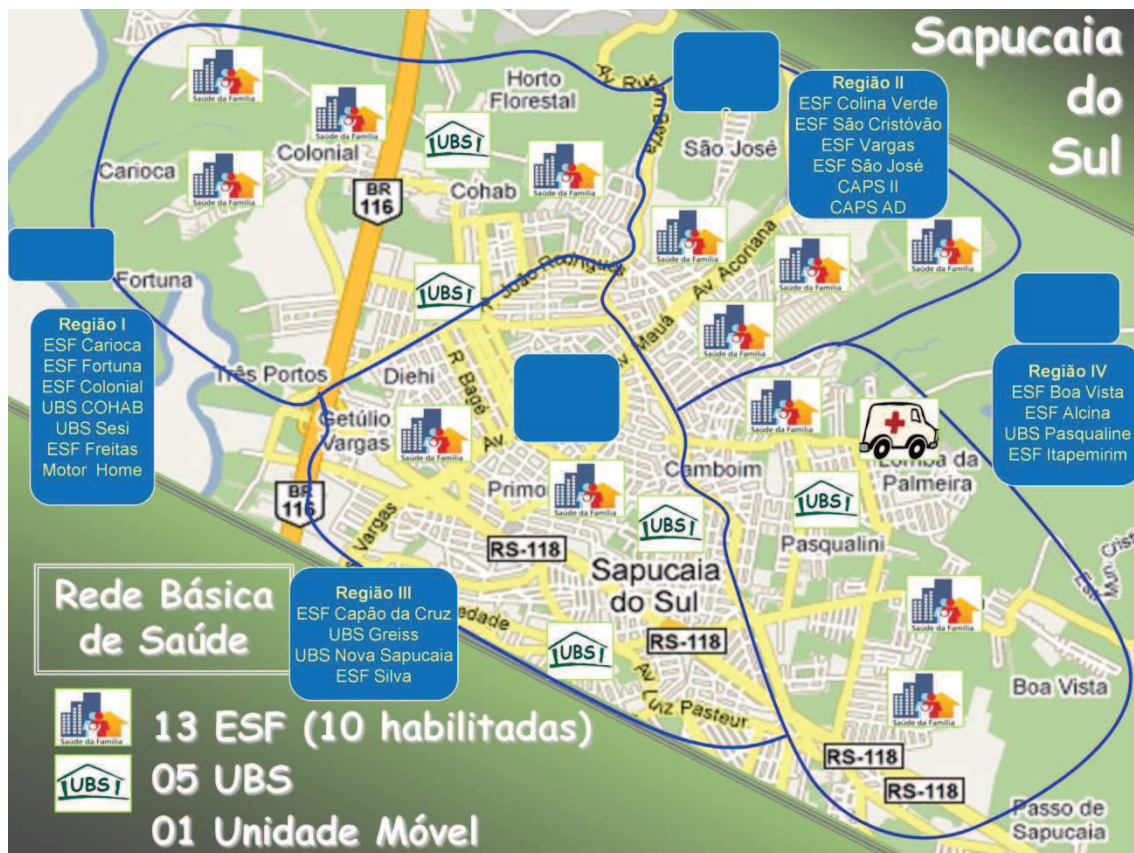
Fonte: Região ... (2008)

As indústrias que se instalaram no município também foram responsáveis pelo rápido crescimento populacional ocorrido na região, com a vinda de pessoas de diferentes lugares em

busca de empregos. Esse aumento trouxe progresso, mas também gerou graves problemas sociais e sanitários.

O órgão gestor do SUS em Sapucaia do Sul é a Secretaria da Saúde. Essa secretaria operou mudanças na área da gestão, com a introdução do Apoio Institucional na gerência municipal. Até então, a coordenação era realizada pelos núcleos profissionais (de medicina, de enfermagem e de odontologia) e pelos programas (saúde bucal, da mulher, da criança, do idoso, entre outros programas). Com o Apoio Institucional, o município foi dividido em quatro distritos, e cada uma dessas quatro áreas passou a ser gerenciada por um grupo de dois apoiadores, escolhidos pela coordenação municipal da AB. O Apoio Institucional passou a ser a referência profissional das equipes sob sua coordenação. (SAPUCAIA DO SUL, 2012). Com o título “Avanços e desafios na Implantação do Apoio Institucional em Sapucaia do Sul, RS”, esse modelo de gestão foi apresentado na I Mostra de Experiências em Saúde da Família/ Atenção Básica no 10º Congresso Internacional da Rede Unida e recebeu o primeiro lugar na “Modalidade Comunicação Oral”. (APOIO..., 2012).

Figura 5 - Distribuição da Rede Básica de Saúde



Fonte: Sapucaia do Sul ([2013?b])

Nota: Atualmente o município possui 14 ESFs (ESF Natal foi inaugurada em 2012 e pertence à Região III). A autora retirou do mapa o nome dos Apoiadores Institucionais, por questões éticas.

### 3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados primários, foram utilizadas a entrevista semiestruturada e a reunião de Grupo Focal. Os dados secundários foram obtidos na análise de documentos e relatórios disponibilizados pela Secretaria da Saúde do município e que pudessem demonstrar a existência ou não de integração entre a VS e a AB.

#### 3.1 Entrevista Semiestruturada

Foram realizadas sete entrevistas com servidores da Vigilância em Saúde, Atenção Básica e Apoio Institucional. A inclusão de técnicos da AB e Apoio Institucional deu-se por sugestão da Banca de Qualificação. Tal solicitação foi levada à gestão municipal que concordou com o aumento no número dos entrevistados.

Por questões éticas, os entrevistados tiveram seus nomes substituídos por números, indo do entrevistado nº 1 até o entrevistado nº 7. As datas das entrevistas e a formação básica dos servidores são as descritas abaixo:

Quadro 4 - Entrevistados.

<b>DATA DA REALIZAÇÃO</b>	<b>SERVIDORES</b>
04.12.2012	SERVIDOR 1
20.12.2012	SERVIDOR 2
20.12.2012	SERVIDOR 3
20.12.2012	SERVIDOR 4
21.12.2012	SERVIDOR 5
26.12.2012	SERVIDOR 6
26.12.2012	SERVIDOR 7

Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho

Quanto à formação básica dos entrevistados, tem-se:

- dois enfermeiros, um biólogo, um médico veterinário, um psicólogo, um nutricionista e um com formação em direito e nutrição.

Essas datas foram definidas pelos entrevistados. Antes de se iniciar a conversa, foi feita uma rápida apresentação a cada participante dos objetivos e da justificativa do estudo, da metodologia a ser utilizada e das questões éticas envolvidas na pesquisa. Foi entregue a cada um deles uma cópia da Resolução 105/2012 do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, com a aprovação deste projeto pelo comitê (ANEXO A) e duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para ser assinado pelo pesquisador e pelo entrevistado. Dessas duas cópias, uma ficou com o entrevistado e a outra com a pesquisadora.

Esclareceu-se também que a realização dessa pesquisa foi autorizada pela Secretaria da Saúde do município de Sapucaia do Sul (ANEXO B). Foi informado ainda para eles que a conversa seria gravada, e após, transcrita para posteriormente ser analisada.

Utilizaram-se nas atividades de entrevistas, os roteiros com as questões referidas no Apêndice C. No entanto, no transcorrer dos trabalhos, outros pontos foram acrescentados, em função da necessidade de explicar melhor afirmações feitas pelos participantes durante o evento e situações levantadas por eles que mereceram ser melhor exploradas. Isso está de acordo com o referido por May (2004) e Minayo (2008), quando salientam ser permitido ao entrevistado responder além do que lhe foi perguntado e ao entrevistador solicitar esclarecimentos sobre afirmações feitas ou indagar sobre algum ponto que julgar pertinente ao estudo.

Os entrevistados mostraram-se disponíveis e cooperativos, demonstrando interesse em falar sobre os temas levantados. Não foram identificados problemas durante a realização das entrevistas.

### **3.2 Reunião de Grupo Focal**

Embora no projeto constasse apenas uma reunião de Grupo Focal, ocorreram duas durante a pesquisa, por sugestão da Banca de Qualificação. Tais encontros se deram em 11 e 18 de abril de 2013, no prédio da VS, porque, segundo a gestão municipal, a sua localização facilitaria o acesso de todos os participantes. Nos dois encontros, participaram trabalhadores da AB e da VS, não havendo homogeneidade de entrevistados das duas áreas. Alguns técnicos da AB não puderam comparecer. Entretanto, nas discussões, não se observou predomínio da participação da VS nos dois encontros, apesar de estarem em maior número. Nas duas reuniões, antes de se iniciarem os trabalhos, foi feita uma rápida apresentação aos participantes do grupo, dos objetivos e da justificativa do estudo, da metodologia a ser utilizada e das questões éticas envolvidas na pesquisa. Depois se distribuiu cópia da Resolução 105/2012, emitida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS, com a aprovação deste projeto por este comitê (ANEXO A) e duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para ser assinado pelo pesquisador e pelos participantes da reunião. O grupo foi informado de que a pesquisa recebeu autorização da Secretaria da Saúde do município de Sapucaia do Sul para ser realizada (ANEXO B). Também se fez um agradecimento pela participação de todos. Salientou-se a importância da presença de cada trabalhador na pesquisa. Foram informados de que a reunião seria gravada,

para depois ser transcrita e analisada. Salientou-se o caráter confidencial da identidade dos participantes. Referiu-se que cada participante teria posteriormente seus nomes substituídos por letras. Ligou-se o gravador, sendo em seguida realizada a apresentação dos participantes, incluindo a do relator e a do moderador. Delimitou-se o tempo médio de duração do encontro e, por sugestão do grupo, elegeu-se um dos seus integrantes para controlar o tempo de duração do trabalho, nos dois encontros. Por fim, iniciou-se a reunião. Com relação a esses dois encontros, observou-se que alguns participantes se manifestavam mais. Entre eles, parte era trabalhador da AB e outra, da VS. Entre tais servidores, não se notou predomínio de fala entre os possuidores de cargo de nível superior. Houve homogeneidade na participação quanto ao fator escolaridade e local de trabalho. Os menos participativos evitaram se manifestar, mesmo quando provocados pela pesquisadora, restringindo sua participação aos momentos em que foram questionados sobre algum ponto da discussão, que se relacionava a sua área de trabalho. As duas reuniões foram realizadas na sala da coordenação da VS. As cadeiras foram colocadas uma ao lado da outra, formando uma elipse, conforme o desenho abaixo.

Figura 6 - Disposição das cadeiras



Fonte: Desenho da autora.

Essa organização de cadeiras foi realizada sem a solicitação da pesquisadora, mas por iniciativa do grupo. No entanto, sabe-se que esta forma facilita a visualização de cada integrante do grupo, ajuda a integrar e favorece a participação de todos na discussão.

A pesquisadora organizou uma pequena confraternização com doces, salgados e refrigerantes no final de cada reunião, visando a aproximar os participantes. Houve um clima cordial. Uma das trabalhadoras da AB declarou no final do 1º encontro, após a mestrandia pedir que retornassem na próxima quinta-feira: *Então, semana que vem a gente se vê. Adorei.* Outro servidor da VS disse: *Foi bom porque sempre é um momento de se poder falar o que se pensa.*

A pesquisadora gostaria de ter realizado as reuniões de Grupo Focal durante os meses de janeiro e fevereiro. Foi desencorajada pela gestão municipal, por serem meses de férias dos servidores, o que prejudicaria a participação das pessoas. No entanto, hoje se considera positivo tal adiamento. Nesse período, realizou-se a transcrição de todas as entrevistas. E esse é um processo muito demorado, pois precisa ser uma transcrição literal. Após, passou-se a



leitura minuciosa delas para identificar os “grandes temas” salientados, com base nos quais chegou-se às “categorias” que foram o fio condutor para a criação dos tópicos e perguntas abordadas durante as reuniões de Grupo Focal. Esse tempo de análise do conteúdo das entrevistas foi fundamental para o preparo da primeira reunião de Grupo Focal. Processo semelhante foi realizado na preparação da segunda reunião.

Assim como nas entrevistas, seguiram-se os roteiros descritos nos APÊNDICES D e E. Entretanto, também nas reuniões de Grupo Focal foram adicionadas outras questões que surgiram durante as discussões. Tais assuntos foram considerados pela pesquisadora pertinentes de serem mais bem trabalhados pela sua importância para o estudo.

Da análise das sete entrevistas e das duas reuniões de Grupo Focal realizadas, fez-se a “codificação inicial”, seguida de uma “codificação seletiva”, identificando-se no final quatro categorias principais: a “gestão”, o “território”, o “processo de trabalho integrado” e os “entraves existentes”.

Os quadros abaixo descrevem os participantes das duas reuniões de grupo focal.

No quadro 5, pode-se observar que o número de representantes da VS foi maior do que os da AB durante a primeira reunião de Grupo Focal. Isso se deve ao fato, de dois trabalhadores da AB não terem comparecido ao encontro. Não explicaram os motivos da ausência.

Quadro 5 - Participantes do Grupo Focal 1

<b>NOME</b>	<b>LOCAL DE TRABALHO</b>
A1	AB-ESF
B1	AB-UBS
C1	VS-VE
D1	VS-VE
E1	VS-VISA
F1	VS-VA
G1	VS
H1	VS-VE
I1	AB-ESF
J1	AB-ESF

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho.

Quanto à profissão dos participantes do primeiro grupo tem-se:

- AB – dois enfermeiros, um ACS e um técnico de enfermagem;
- VS – um enfermeiro, um médico-veterinário, um biólogo, um nutricionista, também, com formação em direito, um auxiliar de enfermagem e um técnico de enfermagem.

Com relação ao tempo de serviço no município, identificaram-se três trabalhadores com 15 anos; três com cinco anos; outros quatro, com 5, 8, 9 e 12 anos, respectivamente.

Já no quadro 6, pode observar que a VS também foi majoritária em número de representantes, quando comparado com a AB. Tal fato decorreu do não comparecimento de dois funcionários da AB na reunião.

Quadro 6 - Participantes do Grupo Focal 2

<b>NOME</b>	<b>LOCAL DE TRABALHO</b>
A2	VS-VE
B2	RESIDENTE AB
C2	RESIDENTE AB
D2	VS-VA
E2	VS-VA
F2	VS-VE
G2	VS-VA
H2	VS-VA
I2	AB-ESF
J2	AB-ESF
L2	VS-VE
M2	AB-UBS

Fonte: Elaborado pela autora do trabalho.

As profissões dos participantes do segundo grupo são:

- AB – quatro enfermeiros e um ACS;
- VS – três ACEs, um enfermeiro, um biólogo, um auxiliar de enfermagem e um técnico de enfermagem.

Com relação ao tempo de serviço no município, identificaram-se os seguintes anos trabalhados: três trabalhadores, oito anos, três, um ano; dois, 15 anos; dois, 5 anos e os demais trabalharam respectivamente 12 anos e 7 anos.

Apesar de o número de trabalhadores da VS ter sido maior que os da AB, não se observou predomínio de nenhuma das áreas durante as reuniões.

Não foi referido o motivo das ausências nas duas reuniões.

### 3.3 Pesquisa Documental

Por sugestão da Banca de Qualificação, solicitaram-se aos técnicos dessas áreas documentos relativos ao tema estudado, para que se pudesse posteriormente analisá-los. De acordo com Flick (2009), apesar de os documentos não terem sido criados visando à pesquisa, seu conteúdo pode ser útil para o estudo. Podem ser utilizados como complemento aos demais métodos. Ainda segundo o mesmo autor, os documentos precisam ser entendidos como uma estratégia de se contextualizar a informação. Diz que é importante se questionar sobre quem elaborou tal documento e quais foram os motivos que levaram a sua produção. Nas organizações, os documentos geralmente são utilizados para registrar as rotinas institucionais, além de legitimar o modo como se executam as ações na rotina. Refere que eles precisam ser analisados dentro de seu contexto e, nesse caso, podem significar um acréscimo aos dados obtidos pelas entrevistas ou pela observação. (FLICK, 2009). Adverte que o essencial a ser observado durante a análise documental é “contextualizar as relações entre o conteúdo explícito, o significado implícito e o contexto de funções, bem como o uso dos documentos e a forma como considerá-lo”. (FLICK, 2009, p. 236). Segundo Yin (2001, p. 109), esse documento tem importância “por corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes”. Também podem contradizer algum dado previamente encontrado e indicar ao pesquisador que é necessário aprofundar o estudo. (YIN, 2001).

## 4 RESULTADOS

Conforme referido anteriormente, as categorias identificadas no trabalho de campo foram *o território, a gestão, o processo de trabalho descentralizado e os entraves existentes*.

### 4.1 Dados Primários

Os dados primários analisados foram coletados através das entrevistas e das reuniões de grupo focal.

#### 4.1.1 Território

De acordo com Pereira e Barcellos (2006, p. 48), a “territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF”. Essas equipes se responsabilizam pelo acompanhamento da saúde dessa comunidade adstrita à determinada área, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, que permitem que se demarquem os limites da área de atuação dos serviços; que se reconheçam o ambiente, a população da área e sua dinâmica social, bem como o estabelecimento de relações com outros serviços. Campos (2003) ressalta que o território é percebido como o lugar onde grupos sociais residem, têm suas relações, trabalham e têm acesso à educação. Segundo o autor, tais grupos são possuidores de uma cultura própria e tem percepções sobre saúde e doença, família e sociedade. É no território que se dá a interação e a criação de vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde, a identificação de seus problemas e o impacto das ações desenvolvidas junto à comunidade atendida. (MONKEN; BARCELLOS, 2005). De acordo com Campos (2003), a vigilância da saúde também desenvolve seu trabalho, tendo no princípio da territorialidade seu principal fundamento. O objetivo final da vigilância é o indivíduo. No entanto, esse cidadão deve ser concebido como parte da família, da comunidade e de um grupo social.

No município de Sapucaia do Sul, tais conceitos podem ser identificados. A equipe da ESF é a responsável pela saúde da comunidade residente em sua área de abrangência. Nas entrevistas realizadas com profissionais das áreas de vigilância e AB, ficou evidente que as ações VS, especialmente as de vigilância epidemiológica são desenvolvidas no território da AB. Quando os técnicos da ESF não conseguem participar do trabalho, a VS realiza suas

ações de forma individualizada, mantendo, porém, a equipe informada do processo executado. O servidor da VS referiu durante a entrevista que

*“Nós procuramos sempre ver a importância da articulação com a AB. Sabemos que a área pertence àquela ESF. É responsabilidade dela. Então a nossa interferência deveria e deve sempre acontecer com a participação de alguém daquela estratégia, acompanhada de alguma forma pela equipe”.* (EVS1).

Em outro momento da entrevista, esse servidor, relatou que durante uma oficina realizada no município, um dos ACSs fez um comentário que exemplifica a importância dessa integração:

*“Tive um dia que vi um agente de endemias lá na área e eu não sabia o que ele fazia’. Foi uma forma desse agente dizer que é necessário a equipe da ESF estar informada sobre as ações desenvolvidas por outros profissionais na sua área. Esse agente de endemias estava visitando armadilhas colocadas para prevenir a dengue. Eles precisam observar essas armadilhas com regularidade. E esse ACS é um agente novo e ainda não tinha recebido capacitação em dengue. Isso mostra a importância de se estar falando de todas as ações realizadas em área de ESF. Então, aqui no município já é bem claro que o controle de doenças e agravos, deve ser realizado necessariamente pela ação integrada das equipes de VS e AB. E essa integração não se restringe aos agentes, mas a toda a equipe”.* (EVS1).

Ainda este mesmo servidor referiu:

*“Nós trabalhamos de forma articulada com os diferentes níveis de atenção, porque não é só com a AB (embora de forma especial com a AB), mas também com a atenção secundária, com o hospital e outros serviços. As equipes de AB do município já incorporaram muitas ações da vigilância nas suas práticas diárias. Muitas das ações de vigilância já estão sendo executadas na AB. Até agora quando eu comecei a relacionar, eu parei um pouquinho pra pensar e relacionar e vi que são muitas. Mas a gente nem pensa nelas, na forma como está acontecendo. E essa integração com a incorporação das ações de vigilância na prática das atividades das equipes da AB favorece respostas mais imediatas, mais rápidas, para os problemas de saúde identificados. Isto porque eles estão diretamente em contato com as pessoas e com as situações. Então as ações de vigilância efetivamente deveriam estar acontecendo o mais possível junto à comunidade, nas áreas de abrangência das ESFs e nas unidades de AB. Aqui no município a gente tem equipes com estratégia de saúde de família e equipes só de UBS. A proposta é aumentar significativamente o nº de equipes com estratégia. Para a vigilância trabalhar com estratégia é muito melhor, é muito mais fácil.”* (EVS1).

Ao comentar a importância de se respeitar o princípio da territorialidade, este servidor lembrou-se de um dos trabalhadores da VS.

*“Ele sempre fala aos colegas: “Ninguém entra em área de estratégia sem convidar alguém da área”. Claro que em algumas situações, pode que não tenha*

*ninguém pra ir junto. Tudo bem, daí a gente faz igual, porque nós temos prazo para fechar as investigações e tal. Mas sempre a gente prioriza trabalhar junto.”* (EVS1).

Ao se referir ao programa de controle da tuberculose no município, esse servidor comentou que os técnicos da vigilância em saúde fazem rodadas de Tb junto às equipes de AB. Pedem espaço para falar durante as reuniões semanais dessas equipes. Essas capacitações são programadas nas reuniões do Comitê Gestor da AB. Disse que nessas rodadas é discutida a situação daquela área, levam o número de casos, quantificam os que estão inseridos no tratamento diretamente observado, discutem o preenchimento dos livros da Tb e exames solicitados por aquela unidade. Informou que esses encontros menores são importantes, porque nas capacitações maiores, não se consegue discutir sobre o mais específico da região. E essas rodadas propiciam tal discussão.

Com relação ao processo de integração entre os ACSs e os ACEs, o servidor da AB disse durante a entrevista:

*“Acredito que não tem uma aproximação. Eu acho que um respeita muito o trabalho do outro, mas não como parceria. Agora, recentemente, se teve esse encontro onde os agentes foram nas unidades. A receptividade do enfermeiro, do técnico, do médico, em relação aos agentes de endemias foi muito maior que os próprios agentes comunitários. Eles se veem como dois agentes diferentes e não trocam tanto... Teve até a fala de uma agente comunitária da nossa área: “Eu sou agente comunitária, eles são de endemias, e cada um na sua”. Então, nesse aspecto, existe uma dificuldade bem grande. Esse processo ainda está em andamento. Mas em questão de gestão, de pensar educação permanente, de pensar processo de trabalho, é muito presente”.*(EAB7).

Durante as duas discussões de Grupo Focal, quando este tema foi abordado pelo grupo, observou-se que realmente esse processo ainda está numa fase muito inicial. A integração é quase inexistente e quando se dá, é em ações pontuais. No entanto, foi referida a importância das capacitações conjuntas, que trazem também como consequência, uma maior integração.

#### 4.1.2 Gestão

A forma tradicional de gestão foi substituída pelo Apoio Institucional. Durante a entrevista com o servidora AB, foi declarado:

*“Fomos gradualmente integrando as políticas dentro da Secretaria de Saúde, não mais isoladas, como coordenação de saúde mental, de saúde bucal, coordenação da enfermagem ou coordenação da área médica, até se constituir esse modo de*

*trabalhar que hoje temos. Era uma forma bem tradicional, e hoje a gente trabalha com apoio institucional. Aí foram se transversalizando as linhas de cuidado. Sapucaia pode experimentar nesses quatro anos uma mudança importante, uma mudança grande, eu avalio assim”. (EAB6).*

Ele informou que inicialmente foi feita a regionalização do município. Cada área e seus respectivos serviços passaram a ser coordenadas por duplas de apoiadores. Os serviços incluídos foram às unidades de ESF, as UBSs e alguns serviços do nível secundário de atenção. Outro servidor da AB afirmou: *Antigamente a gente trabalhava por coordenações. E desde outubro de 2010, aconteceu uma mudança aqui no município com a introdução do Apoio Institucional.* (EAB7) Conforme informações recebidas nas entrevistas, o Apoio Institucional começou o trabalho, aproximando-se das equipes da AB, participando das reuniões semanais dessas equipes. Nessas reuniões, fizeram rodadas de discussão sobre o SUS, sobre a Política de AB, sobre as formas de acesso, sobre o controle social, sobre o agendamento e sobre o acolhimento. Com base nisso, as equipes introduziram o acolhimento em suas unidades. Durante essas reuniões, as equipes passaram a analisar seus indicadores para planejar suas ações. Assim, avaliaram em seu território, o percentual de hipertensos, de diabéticos e o número de consultas de pré-natal feitas por gestação. *Começamos a trabalhar com o conhecimento mais real da região, das necessidades das equipes* (EAB6), informou um dos trabalhadores da AB.

Foi introduzida a gestão por colegiados, em cujas reuniões são definidas as ações a serem modificadas ou executadas pelas diferentes áreas da Secretaria Municipal. Existem diversos colegiados de gestão. Os colegiados existentes são os que seguem, de acordo com o servidor da VS (EVS1):

- **Colegiado Gestor da AB** - conta com a participação da representação da VS, do NASF e dos apoiadores institucionais. As reuniões são semanais. Discutem-se situações-problemas, fluxos e são criadas parcerias.

- **Colegiado Gestor da Educação Permanente** – participam deste colegiado, representantes da VS, quatro apoiadores institucionais (um de cada região) e o NASF. A agenda de capacitações é organizada nestas reuniões. Falta espaço nesta agenda, tendo em vista a existência de tantos servidores novos. As reuniões são semanais.

- **Colegiado Gestor Ampliado** - tem a participação do Secretário da Saúde do município, o secretário adjunto e os diretores dos diversos setores (VS, AB, atenção especializada, farmácia, regulação, compras, hospital, diretor de pessoal entre outros diretores). É uma reunião de direção, onde se discutem problemas de gestão.

- **GT de mortalidade** - participam a VS, pessoal da AB e o pessoal do hospital.

- **GT metropolitano de vigilância sanitária** - fazem parte os municípios da região metropolitana. Discutem-se questões relativas à rotina da VISA.

A gestão por colegiados de gestão favorece a participação de representações de todos os seguimentos. É uma forma mais democrática e participativa de se fazer a gestão. É o que nos diz Cecílio (2010, p. 557):

A gestão colegiada, em todos os níveis da organização e em todas as organizações de saúde, tem sido adotada como o eixo de processos de gestão considerados como inovadores ou alternativos ao 'modelo gerencial hegemônico', pelo menos desde o final da década de 1980, no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país.

Afirma ainda que, a partir do momento em que a *gestão colegiada* foi incorporada, passou a ser vista como parâmetro de avaliação dos processos de gestão como mais ou menos democráticos e participativos. Por fim, segundo esse mesmo autor, as primeiras sistematizações sobre a gestão colegiada foram feitas pelo grupo do Laboratório de Administração e Planejamento em Saúde (LAPA), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas. (CECILIO, 2010).

#### 4.1.3 Processos de Trabalho Integrado

Pode-se observar que grande parte das ações de vigilância no município de Sapucaia do Sul foi descentralizada, especialmente as atividades da vigilância epidemiológica.

O servidor número 1, que trabalha na VS, disse, durante a entrevista, que a AB já incorporou, em sua rotina de trabalho, várias ações que antes eram desenvolvidas pela VS de forma isolada. Segundo esse mesmo trabalhador, *no município, já é bem claro para todos da VS que o controle das doenças e agravos deve ser realizado de forma integrada com a AB.* (EVS1). Ele afirmou que as atividades já desenvolvidas de forma integrada são: acompanhamento de instituições de longa permanência de idosos; visitas às comunidades terapêuticas; monitoramento da cobertura vacinal; vacinação contra a raiva; elaboração conjunta do projeto "Cooperando para uma vida melhor" e inclusão na rotina de trabalho dos ACS da identificação, orientação e notificação dos problemas na sua área. A forma como se dá a execução das ações é a que segue, conforme este trabalhador (EVS1):

**Acompanhamento de instituições de longa permanência de idosos** - A vistoria é realizada pela Vigilância Sanitária junto com uma pessoa da AB (Apoiadora Institucional).



Além disso, a unidade básica responsável pela área onde este asilo está situado, presta atendimento aos idosos, avaliando a situação vacinal, ajudando na padronização da documentação de controle dos pacientes. Também prestam atendimento aos pacientes acamados, devendo os que deambulam ser levados à unidade para fazer o acompanhamento de saúde.

**Comunidades terapêuticas** - As visitas às comunidades terapêuticas são feitas pela Vigilância Sanitária e pela Saúde Mental. A Vigilância vê mais a parte da estrutura física e da higiene, e a Saúde Mental, o cuidado do paciente e se o local dispõe de espaço suficiente para a realização das ações e para a convivência dos internos.

**Monitoramento da cobertura vacinal** – A gestão do monitoramento foi feita de forma conjunta, por região de saúde. Em cada uma das quatro regiões, a coordenação da ação foi realizada por um representante da VS e por outro da AB.

**Vacinação contra a raiva** - Essas vacinas não ficam em todas as unidades de saúde. Quando uma unidade precisa aplicá-la e não a tem, liga para a Vigilância e o ACE responsável por essa ação leva o imunobiológico até a unidade, acompanhando o processo até o encerramento do caso. Imunobiológico é um termo genérico, que designa vacinas, imunoglobulinas e soros. (BRASIL, 2006, p. 173).

**ACS informando problemas identificados na sua área** – Os ACS informam à Vigilância a existência de estabelecimentos que funcionam sem alvará, que vendem produtos inadequados para o consumo, entre outros. Tal informação permite que a Vigilância Sanitária possa ser alertada sobre a necessidade de fiscalização. Além disso, informam sobre a existência de terrenos com lixo acumulado, que possam trazer risco de leptospirose e outras doenças.

**Elaboração conjunta do projeto "Cooperando para uma vida melhor"** - Este projeto, aprovado pelo Ministério da Saúde, será executado junto aos alunos da 1ª a 4ª série do ensino fundamental. Resulta da parceria entre a Secretaria da Saúde (AB e VS) e a Secretaria da Educação (escolas). A ação está ligada a jogos cooperativos, alimentação saudável e oficinas.

O servidor número 1 disse durante a entrevista que o município organizou a “1ª Amostra da AB” no ano de 2012, durante cuja programação e execução a VS participou de todas as etapas, tendo inclusive realizado uma oficina sobre as “doenças transmitidas por alimentos”. Na avaliação desta atividade pelos participantes da oficina, foi referido ter sido importante se ter a noção de todo o processo de trabalho e compreender o papel que cada

trabalhador desempenha e a forma como cada um se insere no processo de prevenção de doenças transmitidas por alimentos.

Outro servidor entrevistado, o de número 2, disse que as armadilhas de controle e monitoramento do mosquito transmissor da dengue são distribuídas aleatoriamente por todo o município, conforme a Norma Técnica. Muitas são colocadas dentro das Unidades de Saúde (em ESF e UBS). Os agentes de endemias monitoram essas armadilhas, solicitando-se aos ACSs que, ao chegarem às residências dos moradores, além de falarem dos temas relativos à sua rotina normal de trabalho, que observem se existe água parada, vistoriem o terreno, além de orientarem a comunidade com relação às ações de prevenção da dengue. Ele informou também ser vantajoso para o trabalho, o fato de os ACS terem forte integração com a comunidade assistida, pois isso facilita a aceitação da orientação. Para exemplificar essa facilidade, esse servidor relatou uma experiência bem sucedida vivida em 2012 no município, ressaltando que o trabalho foi exitoso graças à ação conjunta entre os ACSs e a VS. Naquele ano, a área positivada era uma região carente, perto do arroio, onde a comunidade vivia da reciclagem do lixo. Falando da importância da participação dos ACSs junto com a vigilância na ação comunitária, esse servidor referiu que o vínculo existente entre esses agentes e a comunidade facilitou muito o trabalho.

*“[...] a gente sentiu essa facilidade. Nesse episódio que positivou, a participação dos agentes comunitários de saúde foi fundamental, porque era uma área bem crítica de saúde... com pessoas humildes, carentes, de baixa renda. E a maioria delas vivia do lixo, dependiam do resíduo para sobreviver. Então, tínhamos dois problemas: Um deles era a dengue, o mosquito da dengue pode estar nesses locais, onde tem água da chuva, pois o mosquito gosta de água limpa, não aquela água contaminada, com produtos químicos”.* (EVS2).

Esse servidor foi enfático ao dizer:

*“Como vou dizer para o cidadão: Oh, vai ter que eliminar”. Ele vai me dizer: “Eu posso até eliminar, mas eu vou passar fome”. Então é assim, eu posso morrer de dengue ou morrer de fome. Então na prática é bem mais difícil prevenir e controlar a doença. Às vezes, na teoria, lendo os conceitos, é muito simples. Evite água parada, é muito fácil se combater a dengue. Mas na prática é complicado porque nos deparamos com essas situações sociais... No caso, ele tem uma renda com aquele resíduo, com o plástico, com a latinha de alumínio do lixo, não dá para dizer que é preciso eliminar o lixo. E com o agente comunitário facilitou. Em alguns lugares, não se conseguiu solucionar, eliminar o lixo, mas conseguimos container ou tonéis para colocá-lo, container com tampa. Então se entrou com a parte da educação em saúde. Como o cidadão poderia continuar com o seu serviço de reciclagem ou de coleta de materiais inservíveis, sem contemplar a água parada dentro. Então se entrou com essas informações. Vamos pegar as garrafas PETs e colocar dentro de um tonel. Fizemos parceria*

*com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente, que, para alguns, eles conseguiram fornecer esses tonéis. Para outros, não no mesmo momento, mas se conseguiu realizar um projeto para contemplar a grande maioria. Com outros, conseguimos convencê-los a eliminar os resíduos que não serviriam para nada, nem mesmo para eles. Então, se conversou com aquela comunidade. Após esse trabalho, não foi detectado nada nas armadilhas que estão nessa área. A gente ficou bem feliz! Mas isso tudo aconteceu porque houve a participação dos agentes de endemias junto com os agentes comunitários de saúde. Mas o que a gente fez? Dentro daquele raio, primeiro a gente foi na ESF, conversamos com os agentes comunitários, pedimos a ajuda deles, e eles foram conosco nas casas. Claro que depois de uma semana, a comunidade já sabia que nós, com aquele colete da vigilância, não éramos da polícia civil. A integração foi importante para se alcançar este resultado. A participação dos militares também foi importante, pois com todo esse contingente, o trabalho foi mais rápido, permitindo eliminar o foco de forma mais ágil”. (EVS2).*

No entanto, este mesmo servidor referiu que tal ação integrada (entre ACS e ACE) se dá apenas em momentos de crise sanitária, como frente ao risco de infestação.

Em outra entrevista, o participante número 3 falou da existência de integração na investigação da mortalidade no município. Disse que ao receber as Declarações de Óbito do cartório, separa as que precisam ser investigadas. Destas, as que tiverem endereço pertencente à área de ESF serão investigadas em conjunto com alguém daquela equipe, geralmente com o enfermeiro da unidade. Referiu-se à existência do Comitê da Mortalidade em Sapucaia do Sul. Na ocorrência de óbito nestas áreas, alguém daquela equipe é convidado para participar da reunião do comitê, na data em que for discutido esse óbito. Conforme esse servidor,

*“O trabalho de investigação de óbito, é trabalhado de forma bem integrada com a AB. Os óbitos são investigados juntos – AB e VS. Os que pertencem à área de UBS são tentados agendar data em que seria possível a participação de algum técnico da unidade. Mas nem sempre essa participação é possível”. (EVS3).*

Na entrevista realizada com o servidor da VS, o de número 5, foi mencionado que, a partir da notificação de um surto alimentar, a investigação é feita pela VS por meio das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, junto com um ou mais técnicos da unidade de saúde responsável por aquela área onde se deu o evento. O caso é investigado em conjunto. Ele declarou que tal atividade é prejudicada em área aberta (não coberta pela AB) e nas áreas com UBS e que ante a necessidade de apreender produtos como carnes, bebidas e outros alimentos, sempre se contatam as unidades de saúde para informar sobre os motivos da apreensão e solicitam-se atenção e notificação imediata da presença de sintomatologia compatível com os efeitos nocivos da ingestão desse produto em pacientes atendidos pela

unidade. Isso permite se conhecer rapidamente o número de pessoas que adoeceram pela ingestão do produto.

O servidor 4 falou sobre a notificação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC). Disse que são realizadas em conjunto com a AB e que a VS só investiga sozinha se não tiver alguém da AB para acompanhá-la. No entanto, segundo esse servidor, a integração se dá baseada nos processos de trabalho das pessoas, como agem, e dos serviços, como funcionam. O processo de trabalho depende muito de quem está em cada lugar no município. Também declarou que a notificação de DNC precisa semanalmente ser retomada com alguém ou com alguma unidade de saúde; que a integração existe de fato em Sapucaia do Sul, mas com avanços e retrocessos; que essa integração não é homogênea e não possui garantia de sustentabilidade sem monitoramento. Durante a primeira reunião de Grupo Focal, foi salientado por três técnicos (servidores B1 e I1 da AB e D1 da VS) que existe integração entre a AB e a VS na notificação e investigação de doenças de notificação compulsória e outros agravos, mas com níveis diferentes, dependendo da área onde ocorre o caso. Em área de ESF, as ações são executadas de forma integrada na maior parte das vezes. No entanto, se ocorrer em área de UBS, sempre que possível alguém da unidade de saúde acompanha a VS, mas ressaltou que isso ocorre com maior dificuldade. E quando acontece fora de área, a ação fica restrita à Vigilância. Ainda, segundo a investigação de casos, a participante I1 da AB, referiu que a ação, *dependendo do caso, pode ser executada só pela atenção básica, mas que sempre é necessária a orientação da vigilância para que o trabalho não fique incompleto*. O participante D1, da VS, disse:

*“Nunca se atingiu um patamar do tipo: a unidade está plena, a equipe da unidade de saúde está plenamente apta a conduzir o caso. Isto porque tem etapas muito rápidas que precisam ser realizadas: bloqueio vacinal em x horas, fechamento do caso em tempo y... Aquele ‘passo a passo’ é muito acelerado. Além disso, historicamente, Sapucaia trabalha com uma rotatividade de profissionais nas unidades básicas de saúde bastante grande. De um modo geral, os agravos acontecem de forma mais esporádica... Por isso, a Vigilância se sente muito contemplada quando a unidade de saúde consegue notificar imediatamente. A forma como vai se dar o trabalho integrado, por exemplo, a partir de um caso de doença imunoprevenível (fazer a visita, avaliar a situação vacinal das pessoas, entre outras ações), vai depender da equipe da AB. O bloqueio vacinal é conversado por telefone para cada caso. Se eles dizem que vão dar conta, eles vão fazer. Se eles dão a entender que alguma coisa está faltando no sentido de informação, imediatamente a Vigilância se desloca pra ajudar.” (GF1).*

Esse mesmo técnico da VS disse que acredita não ter lembrança de caso encerrado sem ter sido sistematicamente monitorado pela Vigilância. Ao ser questionado pela pesquisadora sobre o que seria esse monitoramento, ele disse:

*“O monitorar é assim: a participante I1 notificou um caso de sarampo, na fala fica entendido que ela dá conta de fazer o bloqueio; no dia seguinte, alguém da Vigilância liga e pergunta se o bloqueio foi feito. Como é que foi? Quantas pessoas foram vacinadas? Quantas não foram vacinadas? Se a pessoa ainda está com febre... É feito um questionamento, e ela nos informa como está esse processo de investigação. Daqui a um pouco, novamente se liga pra servidora I1: Como fechou esse caso? Essa parte, o monitoramento do caso em si, independente da doença, a vigilância sempre faz”. (GF1).*

Um dos servidores da AB, participante I1, declarou:

*“Mesmo quando a vigilância não vai junto, porque nem sempre a vigilância precisa estar lá, a VS necessariamente precisa nos orientar. Isto porque os casos ocorrem distanciados uns dos outros, e a gente não tem um lugar pra pesquisar lá no posto, pra se saber o que fazer. E daqui a pouco, de um ano pro outro, muda a rotina ou a gente não se lembra de todos os detalhes. Então, por esse motivo também, a gente liga pra Vigilância, pra saber o que se tem que fazer”. (GF1).*

Este mesmo servidor disse que quando é Vigilância Ambiental, já é diferente... *Eles precisam estar sempre lá conosco. É bem mais complicado esse trabalho. (GF1).* Em resposta a essa fala, o participante F1, servidor da Vigilância Ambiental disse que

*“em termos de integração, não existe essa integração tão plena como há hoje com a epidemiológica ou com a sanitária. A Vigilância Ambiental ainda está mais distante desse trabalho. Eu acho que o grupo também da VE é mais próximo... são enfermeiras... O tipo de ações têm interfaces. E a Vigilância Ambiental ainda caminha um pouco sozinha... Acredito ser mais difícil para as ESFs absorverem as demandas da Vigilância Ambiental, em realizar suas ações. Dentro dessa dinâmica de zoonoses e vetores, falando de dengue, capacitações já foram realizadas inúmeras...”. (GF1).*

Durante a segunda reunião, o participante L2 da VS, disse que a integração com a AB é bem maior quando se trabalha com vacinas. Disse que durante as campanhas ou intensificações de vacinação, a integração se dá de forma intensa.

Quanto à descentralização do tratamento da tuberculose, o participante J2 referiu, na segunda reunião de Grupo Focal, que, na sua unidade, a forma como vai ser desenvolvido o DOTS, depende do paciente. *Às vezes, o paciente vai à unidade e recebe a medicação lá mesmo e, no final de semana, o paciente leva o medicamento para casa para tomar sozinho. Quando o paciente não vem até o posto, o agente de saúde leva até a casa dele ou onde a pessoa estiver. (GF2).* O servidor da VS (participante L2) disse que

*“[...] uma coisa é o fluxo. Como está instituído esse fluxo de trabalho no município, e a outra coisa é como acontece nas unidades básicas de saúde. Então essa parte do fluxo e treinamento é feita pela vigilância. E o programa da tuberculose é coordenado por aqui. Tem dois tipos básicos de DOTS ou TDO: um é o exemplo da J2 da AB. Eles fazem o diagnóstico do paciente na própria unidade de saúde, começam a partir do diagnóstico. Eles fazem lá esse trabalho, sem a nossa interferência. Como vão fazer o tratamento do paciente, se ele vem à unidade ou se vão até a casa dele, é na conversa que eles estabelecem como é que vai ser o dia a dia desse cidadão na sua tomada de medicação. E tem outro tipo, que a gente chama de TDO compartilhado. É aquela pessoa cujo diagnóstico é feito no hospital ou na unidade de referência, e ela se trata também na unidade de referência no que se refere a sua consulta periódica. Seu prescritor médico está na unidade de referência. Nesse caso, é a unidade de referência ou a coordenação do programa que fala com a unidade básica de saúde do paciente... Daí a unidade assume e faz a fala com o paciente ou a gente ajuda a fazer essa fala”. (GF2).*

Ao ser questionado se em todas as unidades funciona desse modo, o participante L2 explicou:

*“Em todas as unidades o programa está descentralizado. Só que o nosso fluxo foi criado baseado nas últimas normativas do Ministério da Saúde. Mas não é tão reto assim com todos os pacientes. Eu me refiro a essa coisa de que é a unidade básica que vai tratar. Ali cada cidadão é um cidadão; cada paciente é um paciente... Isto porque as pessoas também opinam sobre isso. Os próprios pacientes opinam sobre isso. E às vezes, tem um paciente que tem outras comorbidades que nem quer que o SS vá a casa dele todos os dias. Tem outro paciente que não quer ir naquela unidade e prefere outra e, como a tuberculose é um problema de saúde pública, ele tem de ser visto com olhar diferenciado no que se refere à pessoa se tratar ou não. Sempre que o paciente não se tratar, a comunidade é que fica exposta”. (GF2).*

O mesmo participante declarou ainda que às vezes pode ser alguém da comunidade o responsável pela observação da tomada de medicação do paciente. E que este é o caso do trabalho dos “padrinhos”, que são pessoas da comunidade que se dispõem a trabalhar com pacientes com tuberculose e participaram do curso de formação de padrinhos. Essa ideia, de acordo com o servidor L2, surgiu através do fundo global. Alguns municípios aderiram e Sapucaia foi um deles. Tem como objetivo principal não perder paciente, acionando todos os atores possíveis. O participante L2 referiu que

*“Esses padrinhos fizeram milagre... Quase todos trabalhavam em uma região do município. Tínhamos muita dificuldade de trabalhar com os drogaditos. Eles não aceitavam muito o contato com o serviço de saúde. Essa região era bem perigosa, e esses padrinhos tinham acesso aos pacientes e conheciam as suas famílias. O paciente respeitava o padrinho pelo vínculo prévio que existia. Vários pacientes foram curados com esse trabalho. Conseguiram fazer inclusive a investigação dos*

*contatos. Uma vez, nós fizemos quinze testes de HIV num grupo de jovens e sabíamos que nenhum deles iria a uma unidade de saúde. O mundo em que eles vivem é diferente, ir até uma unidade de saúde, de certa forma, é uma exposição que eles não se sujeitam a fazer... Tem vários casos de padrinhos... Quase todos os pacientes eram usuários de drogas". (GF2).*

Ao ser questionado pela pesquisadora quem do serviço de saúde assumia esses casos, o entrevistado L2 declarou:

*"A responsabilidade sempre é de uma unidade de saúde. Então, mesmo que ele seja feito por um padrinho, mesmo que ele seja feito por um familiar, sempre alguma unidade de saúde é a responsável. E essa unidade se envolve nesse dia a dia. Isto porque essas pessoas também têm comorbidades, e grandes, que eles identificam nesse dia a dia da vida dessas pessoas. Daí a unidade de saúde entra em ação. Quando os padrinhos têm dificuldade, eles nos acionam. Mas a gente não tem assim uma coisa: em tal momento tu nos aciona... Não. Interage-se mais ou menos baseado na facilidade e na dificuldade". (GF2).*

A descentralização do programa municipal de controle da tuberculose ocorreu em 2005, conforme o artigo Prevalência de Abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul – RS, Brasil, 2000-2008 escrito por Heck e outros autores. (HECK; COSTA; NUNES; 2011, p. 478-85). Nesse artigo, os autores analisam as prevalências de abandono do tratamento da tuberculose entre os períodos de 2000 e 2004 (período anterior à descentralização da tuberculose) e de 2005 e 2008 (período pós-descentralização). Foi encontrada diferença nas prevalências de abandono do tratamento da tuberculose, mostrando redução nas prevalências no período em que o programa foi descentralizado. Este estudo apontou ter sido positivo a descentralização desse programa.

Em outro artigo desses mesmos autores, Avaliação do programa de tuberculose em Sapucaia do Sul (RS): 2000-2008, os pesquisadores descrevem a tendência dos indicadores da tuberculose em relação à prevalência e incidência da doença. Também informam os percentuais dos possíveis desfechos dos casos no momento do encerramento (cura, abandono do tratamento ou óbito) dos pacientes que ingressaram no programa do município entre os anos de 2000 e 2008. Estes autores referem que a inclusão do monitoramento da tuberculose entre as atividades da ESF, com a consequente descentralização do programa e a ampliação da estratégia do DOTS, pode contribuir para que se alcance o controle da doença no município. (HECK; COSTA; NUNES, 2013, p. 481-8).

Esses dois artigos referem que a descentralização do Programa Municipal de Controle da Tuberculose trouxe resultados positivos para o município. No entanto, os dados mostrados ainda evidenciam a gravidade do quadro em Sapucaia do Sul, quando comparado com outras

regiões, e os desfechos estavam abaixo das metas propostas pela Organização Mundial da Saúde, comprometendo o controle da doença.

O município descentralizou a maior parte das ações de VS. No entanto, esse processo não se dá de forma homogênea em todas as unidades de saúde. Ocorre com mais facilidade em área de ESF e onde não existe rotatividade de servidores.

#### 4.1.4 Entraves Existentes

O principal entrave observado nesse estudo foi à rotatividade de servidores da AB. Esse foi o problema referido em todos os momentos em que a pesquisadora teve contato com os atores. A troca se deu em 2012. Até então, o processo estava em andamento. As duas áreas estavam acostumadas a trabalhar juntas e os técnicos da AB conheciam as ações da VS que precisavam desenvolver na sua área. A troca de servidores gerou descontinuidade neste processo. Houve a substituição de grande parte da rede da AB. Essa substituição se deu porque os funcionários antigos não eram concursados. O município realizou um concurso público, e os novos que assumiram foram os aprovados nesse processo seletivo. Durante a atividade de campo, vários servidores referiram que esta foi a maior dificuldade. Percebeu-se, entretanto, que as rotinas já são retomadas com os novos servidores. Selecionou-se parte destas afirmações, sobre o impacto da rotatividade de trabalhadores nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da AB.

Falando do SISVAN, o servidor da AB disse:

*“Temos a proposta de realizar, no próximo ano, uma capacitação na área do SISVAN. Nossas equipes estavam todas capacitadas, mas como houve uma reformulação no quadro de pessoal por causa do concurso para a ESF, para o NASF e para a saúde mental, então é muita gente nova. Todos têm qualificação, porque o concurso exigia formação e especialização, mas na prática, como a gente vai operacionalizar isso ainda não está bem azeitado. Então vamos ter que acertar isso aí, e essa é uma das capacitações que estão propostas”.* (EVS1).

Já o servidor número 4 alegou que

*“em função do concurso, as unidades de saúde estão vivendo um momento de “roda-viva”, de troca de pessoas, toda semana tem outras pessoas nos postos. E isso interfere diretamente na rotina de trabalho. Imagina-se que as ações estão sendo desenvolvidas de forma adequada, pois os servidores das unidades foram treinados e conhecem o trabalho, mas, ao se chegar à unidade, se descobre que o quadro de trabalhadores se modificou e que os que lá estão foram recém-contratados e desconhecem a rotina. Por isso não estão realizando as ações”.* (EVS4).



Ao se falar das notificações de doenças de notificação compulsória, ele declarou que *não tem semana que não se precise retomar o processo com alguém ou com alguma unidade de saúde*. (EVS4). Em outro momento, disse:

*“É que esse alto e baixo hoje está fazendo parte do processo. Quanto à política municipal de saúde, também não vejo diferença quando a comparo com outros lugares, ela está muito frágil no que diz respeito a recursos humanos. Isso, porque não existe processo de trabalho sem profissional de saúde preparado para executar a ação. Então, se ele não se fixa no lugar, e está sempre se adaptando, se adaptando, se adaptando, o processo evolui de forma muito lenta. Ele evolui, mas muito lentamente e com forte risco de retrocesso”*. (EVS4).

E quando se abordou a tuberculose, esse servidor mencionou: *Com os profissionais que trabalhavam antes no município, o programa funcionava muito bem. Os servidores novos é que estão tendo dificuldade de entender isso. [...] A turma que estava ali antes era mais proativa para a ação*. (EVS4). A troca gerou ansiedade nas duas áreas. A AB ainda não conhecia a forma de se trabalhar no município, e a VS, acostumada com os antigos trabalhadores que conheciam a rotina de trabalho e a desempenhavam sem grandes dificuldades, sentiram-se desconfortáveis ante a nova realidade posta. A equipe que chegou, quando completa, precisa de certo tempo para se conhecer melhor e formar parcerias. A própria contratação no serviço público é mais demorada, quando se compara com a iniciativa privada. E isso, com certeza, reflete na integração entre as duas áreas.

Na entrevista com o servidor da AB, quando houve o relato sobre o início do trabalho dos Apoiadores Institucionais em Sapucaia do Sul, ele citou que, em 2011,

*“as equipes estavam já pensando de outra forma. Foi quando teve o concurso público, e por isso, hoje estamos retomando muita coisa. Estamos fazendo o planejamento do apoio em função da mudança no quadro funcional. É que não saiu todo mundo e entrou todo mundo. Então ficou misto. Tem algumas unidades que ainda têm pessoal das primeiras rodadas que estão nos ajudando nisso. Então se está retomando tudo, se teve que retomar mesmo. Entraram muitos técnicos que nunca tinham passado pela Atenção Básica, então se teve que retomar tudo. No entanto, o concurso exigiu para o cargo de enfermeiro a especialização. Isso nos ajudou muito, potencializou muito as equipes”*. (EAB7).

Já o servidor da VS referiu que os servidores concursados não se mantêm no trabalho.

*“A fixação dos servidores têm se mostrado um processo difícil. Isso se deve ao fato das pessoas serem residentes em outros municípios da região metropolitana. Foram atraídos pelo salário e pela existência de plano de carreira. No entanto, a carga horária e a distância da residência que implica deslocamento, têm levado muitos a se exonerarem. Isso porque é um período muito longo de afastamento*

*das suas famílias. Então ainda está havendo trocas de servidores... Existe dificuldade de se fixarem os profissionais nas unidades básicas”. (EVS4).*

E quando se falou das rotinas de trabalho integradas, esse mesmo funcionário disse que *na atenção básica, quanto menor for a rotatividade, as rotinas vão se firmando. Agora quando sai uma pessoa chave, tu tens que ir lá e ver o que sobrou. (EVS4).*

Nas discussões de Grupo Focal, muito dos problemas mencionados nas entrevistas foram abordados pelos grupos. Inclusive se entendeu melhor o modo como se deu essa troca de servidores. Separou-se parte do que foi dito durante essas reuniões para tornar este processo mais claro.

Durante a primeira reunião de Grupo Focal, um dos servidores da VS, o participante F1, disse:

*“Concordo quando o participante D1 falou que a rotatividade dos funcionários da Secretaria da Saúde é muito grande. Eu pessoalmente já capacitei muitos agentes comunitários que hoje já não estão mais aqui. E levaram aquela informação junto. Então a gente faz uma renovação... Mas, mesmo assim, se hoje a gente fizesse um levantamento entre todos os agentes comunitários, eu diria que a grande maioria não foi capacitada. Ficam diluídos com alguns agentes antigos que ainda estão presentes. E daí aquela informação se perde. Tem que haver nova aprendizagem a cada chamada”. (GF1).*

Em resposta ao questionamento feito pela mestrandia ao grupo sobre o modo como se deu o ingresso no serviço de saúde em 2012, o participante I1, servidor da AB, referiu que

*“o pessoal do apoio havia dado algumas dicas. Também era para o apoio que se ligava quando surgiam dúvidas. No meu caso, lá na unidade, a única pessoa que continuou na equipe era uma agente comunitária de saúde. Mudou toda a equipe. Então dessas coisas da rotina, um pouco do funcionamento, a agente ia me explicando ou as gurias do apoio. E, em relação à equipe em si, a gente demorou também um tempinho pra montar toda a equipe, porque 70% dos profissionais entraram na primeira chamada, demorou uns dois, três ou quatro meses para, nas outras chamadas, virem os demais profissionais pra compor a equipe”. (GF1).*

Esse mesmo servidor, em resposta a uma afirmação de um dos participantes da VS, de que os ACS não falavam durante suas visitas à comunidade sobre as medidas preventivas contra a dengue, disse:

*“Eles são profissionais que vêm sem formação prévia... Isso foi um trabalho em que gastei bastante energia... Então teve algumas coisas que até foram deixadas de lado. Aos poucos, íamos apropriando-nos das ações. Mas isso que tu estavas falando, de que um agente comunitário tem que falar da prevenção de doenças*

*como dengue e leptospirose ao ir nas casas dos moradores da área, isso a gente trabalha até hoje com eles... É que eles realmente não sabiam fazer”. (GF1).*

Quando se discutia a necessidade de capacitações, o servidor D1 da VS declarou:

*“Com relação às capacitações, um técnico da VS disse que, na Vigilância, a gente realmente percebe grandes diferenças e até certa dificuldade de se organizar, de se proporcionar capacitações... Isto é uma das coisas que se está pensando e atuando em educação permanente... Um dos fatores é esse que ele colocou: houve a saída das pessoas das equipes, houve a nomeação... Havia a expectativa, por quem cuida dessa parte no município de que os profissionais se apresentariam e entrariam todos em ação... E isso se deu de uma forma muito diferente. Na primeira nomeação, eu sei que enfermeiros, nos dois primeiros meses, eram sete ou oito. Chamamos dezesseis; sete ou oito, em dois meses entraram em exercício. Aí se fizeram novas nomeações: novamente tem que deixar passar esse tempo... Tanto é que hoje, tem duas unidades que ainda estão sem enfermeiro. Então o concurso, ele é bom, mas leva um tempo até se identificarem aquelas pessoas que, de fato, conseguem se adaptar ao que o gestor propõe pra elas em termos de condições de trabalho, jornada de trabalho... Pra ele sentir o que é trabalhar em um município e morar em outro, se percebe que isso está sendo bastante difícil pra algumas pessoas, e eles estão com dificuldade de se estabelecer como servidor. Eu vejo dois anos como normal... Não é num mês que tu vais compor um quadro... Levam, em média, dois anos para haver trocas menos frequentes. Eu sei que aqui na vigilância em seguida a gente ouve: ‘Vamos fazer uma capacitação em tuberculose’. ‘Mas tem que esperar o pessoal chegar’. Sim, mas havia pessoas muito perdidas lá trabalhando. Então as coisas foram se adiando e as capacitações estão se dando meio que por prioridade. E o município começou priorizando fluxos. Posteriormente, entrou a parte onde se trabalham temas específicos das diferentes áreas temáticas. É um processo que está andando... Ele não é um processo que está concluído”. (GF1).*

Um dos servidores da AB (B1) defendeu a priorização dos fluxos nas capacitações.

Realçou a importância de se conhecer a rede municipal:

*“Outra coisa que eu vejo, é a dificuldade do profissional ativar a rede. Talvez até por não se conhecer... E quando vocês estavam falando na mudança de quadro de funcionários... Isso por vezes acontecia muito... Eu tenho o privilégio de estar no município há muito tempo, trabalhei aqui na vigilância, então quando eu olho Sapucaia, eu olho todas as regiões e sei exatamente a realidade de cada um desses bairros. Essa capacidade do profissional de ativar a rede, de saber que existe uma rede com profissionais que são especializados nos ajuda muito. Eu acho que isso é bem importante”. (GF1).*

Ao se falar das dificuldades surgidas pela rotatividade de servidores na AB, um dos trabalhadores da VS (D1) referiu que, de certa forma,

*“a vigilância se sentiu com ‘as pernas quebradas’ na hora de ter um respaldo dos servidores. Acho que isso reflete tudo da integração. Inclusive teve pessoas que, em algum momento, mostraram desânimo em recomeçar... A própria vigilância*

*teve que assumir uma atitude de recomeçar tudo. E isso foi, e ainda está sendo, um trabalho bastante difícil. Essa integração das ações está muito relacionada com responsabilidades. Esse elo pode se quebrar do dia pra noite. Então assim: eu não conheço mais quem está lá, eu não sei mais quem está lá”.* (GF1).

A essa afirmação, outro servidor da AB (F1) disse: *Acho que pra nós que entramos, a vigilância representa confiança de que vai se ter as respostas sempre que se precisar, porque vocês são os que continuaram, nós não.* (GF1). O servidor D1 da VS respondeu: *Por isso que tem um tempo pra se reconstituir [...] Agora já se está em outro estágio. [...] Agora já se está com um bom caminho andado.* (GF1).

Durante a discussão sobre a falta de treinamento por problema de agenda e outras prioridades, um servidor da AB (F1) falou:

*“No posto, se começou com os agentes, ou seja, eu, o enfermeiro e os agentes. Depois passamos a fazê-la com a equipe toda, uma capacitação semanal de algum tema que a gente acha necessário... Agora também vamos negociar nas reuniões com a nossa região que é um quarto do município. Já conversamos com os apoiadores e as outras equipes. Vamos começar uma educação permanente para os agentes mensalmente. Isso na nossa região, que são três estratégias. Existem outras educações permanentes que não são “oficiais”, né?...”* (GF1).

Outro profissional da AB (B1) referiu:

*“A gente tem as reuniões de equipe... E a educação permanente com a equipe é muito boa, porque a vigilância acaba visitando as unidades pelo menos uma vez por semana para ver os casos, os registros e tal... E por vezes também nos levam coisas novas, que estão chegando informações novas e tal, que é importante para estarmos preparado. No caso de dengue, saber avaliar sinal e sintoma... Então rever tudo aquilo da dengue para poder... Isso é um processo contínuo, eu acho que sempre está acontecendo na equipe”.* (GF1).

Outra dificuldade apontada é a distância geográfica dos prédios da Secretaria Municipal de Saúde e da VS. O servidor da VS declarou:

*“Vejo ainda muito afastada a vigilância do restante da Secretaria. Poderíamos estar mais próximos, sob o meu ponto de vista, embora já se consiga trabalhar juntos. E quando ocorre troca de pessoal piora, pois é bem pessoal essa integração. Isso porque ainda não está institucionalizada aquela forma integrada de se executar a ação. Quando as pessoas mudam seu local de trabalho, é necessário recomeçar. Acredito que se a vigilância ficasse mais próxima fisicamente, não em prédios separados, facilitaria até a troca de informações, a criação de vínculos. Isto coopera para a existência de desconhecimento das ações desenvolvidas pelas duas áreas”.* (EVS2).

Essa mesma dificuldade foi comentada pelo servidor da AB, durante a entrevista. Ele disse:

*“É uma pena que a estrutura física ainda esteja tão separada. A gente chegou a especular uma forma de estar lá junto, inclusive, trabalhando mais perto e com o apoio institucional junto, porque aqui também se tem sistemas de informações. E muitos deles “se conversam”. Esses sistemas se articulam e produzem dados que são do interesse de todos. E pela nossa estrutura física, ainda não se conseguiu ter esse espaço conjunto, que eu acho que facilitaria ainda mais essa articulação. A gente está longe. O telefone não é a mesma coisa que o contato pessoal, pois a comunicação tem elementos que vão muito além da voz: tem relação com o pessoal, com a compreensão, com o verbalizado, com o gestual; e isso marca mais que um e-mail, um contato telefônico. Mesmo sabendo-se que isso tudo ajuda, e que cada vez mais isto é imprescindível, a gente sente falta da proximidade. Eu acho que mais para o futuro a gente vai conseguir tirar a Secretaria de Saúde desse lugar que é mais afastado, o Sial, como o chamam. O Sial é mais afastado da comunidade... se pretende ir para um lugar mais central e integrar-nos com a Vigilância. Eu acho que sim. A gente tem esse contato muito bom, eu avalio, atualmente”. (EAB6).*

Durante a segunda reunião de Grupo Focal, a participante C2, da AB fez um comentário que ilustrou bem as duas afirmações acima relatadas.

*“[...] antes de chegar e conhecer o trabalho da vigilância [...] a gente ficava na unidade vendo o pessoal da vigilância passando. Às vezes é muito abstrato entender esse trabalho. Por isso acredito ser importante trazer essas pessoas do concurso pra ter um pouco dessa vivência. Isto porque mudou totalmente a minha concepção de vigilância em saúde depois dessa minha vivência aqui. Não faz nem um mês que estou vindo aqui, mas já consigo entender por que se tem que levar aquela demanda pra vigilância. Depois desse tempo aqui, posso dizer que estou muito cansada esse mês, se trabalha muito aqui na vigilância. Acho que a pessoa não tem esse entendimento na ponta, de como é, de como tudo muda, de como é tudo muito dinâmico... Lá também é, mas eu acho que lá se tem, às vezes, uma imagem meio imaginária que é só passeio... Faz um trabalho aqui, outro ali”. (GF2).*

Essa contribuição foi muito importante, pois reforçou a importância das duas áreas se conhecerem melhor. E nisso, o fato de a gestão acontecer por colegiados, facilita essa troca e ajuda a aproximar as diferentes áreas.

Entretanto, a maior dificuldade encontrada foi, sem dúvida, a troca de funcionários não estáveis por funcionários concursados. Este processo ainda está em andamento. Existem unidades com o quadro de servidores ainda incompleto e outras com funcionários se demitindo por diferentes razões. Tal cenário já era esperado e faz parte do processo. As dificuldades decorrentes são inúmeras e precisam ser vivenciadas.

No entanto, a forma adequada de ingresso no serviço público é por meio de concurso público. A Constituição Federal (BRASIL, 1988), em seu artigo 37, inciso II, diz que o ingresso em cargo ou emprego público deve dar-se mediante prévia aprovação em concurso

público de provas ou provas e títulos, exceto para o cargo em comissão. De acordo com Medauar (1996), a exigência de tal processo seletivo atende, principalmente, ao princípio da igualdade e da moralidade. Meireilles (1994) salienta que o concurso público é a forma de a Administração Pública obter moralidade, eficiência e aperfeiçoamento do serviço público, dando também iguais condições de ingresso aos interessados e que a exigência de concurso público dificulta o ingresso por indicações políticas. Essa forma de seleção, conseqüentemente, prioriza a eficiência, pois teoricamente, serão contratados os mais capazes. Por isso, apesar das dificuldades já experimentadas e ainda por sentir, acredita-se que ,após sua estabilização, a AB do município iniciará uma nova página, com servidores estáveis e com direitos funcionais garantidos.

## **4.2 Dados Secundários**

Fazem parte dos documentos analisados quatro projetos e atas de reunião realizadas no presente ano.

### **4.2.1 Análise Documental**

Os documentos analisados são os que seguem:

#### **■ Projetos**

Os projetos foram elaborados de forma coletiva. Examinando-se tais documentos, constata-se que, além da integração entre a AB e a VS, tais ações envolvem diferentes áreas do setor público, privado e da sociedade civil, tendo, portanto, caráter intersetorial. De acordo com Teixeira e Paim (2000), a intersetorialidade é uma estratégia de se reorganizar a forma de dar resposta aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diferentes grupos da sociedade. O planejamento e a programação deve se dar com poder compartilhado, articulando-se interesses, saberes e práticas dos diversos setores envolvidos. A união dos esforços das diversas instituições, como a saúde, a educação, o saneamento, a segurança, o transporte e a habitação, entre outras, visa a racionalizar os recursos existentes e transformar as ações desenvolvidas para que adquiram maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades daquela comunidade. (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

## ■ Atas de reuniões

As atas das reuniões referem-se às Reuniões de Colegiado Gestor da Coordenação de Atenção Primária à Saúde. Nas atas analisadas, foram discutidos temas bem diversificados, tais como notícias sobre andamento de projetos, assuntos administrativos, tabagismo, dengue, capacitações, residência, escalas de médicos, percentual de exames por consulta, vacinas, rodas sobre a saúde da criança, regulação, notícias sobre GT Educação Permanente, PMAQ, entre outros temas. Participaram das reuniões analisadas representantes da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

O quadro 7 resume os projetos elaborados de forma integrada e analisados neste estudo. São eles:

- "Cooperando para uma vida melhor" – Fase I e II;
- "Cooperando para uma vida melhor" – Prevenção da Violência e estímulo da Cultura da Paz; e,
- Promoção da Saúde por meio de ações de Vigilância e Prevenção das violências e Acidentes.

Quadro 7 - Documentos da SMS analisados

NOME DO PROJETO	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	OBJETIVOS	POPULAÇÃO ALVO	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS
<p><b>"Cooperando para uma vida melhor" – Fase I</b></p>	<p>Secretaria Municipal da Saúde e da Educação</p>	<p>- Contribuir para a mudança de paradigma do atual sistema de saúde.;                      - possibilitar a troca do modelo hegemonicamente centrado na doença e baseado na demanda espontânea, para um modelo de atenção integral à saúde;                      - incorporar progressivamente ações de promoção e prevenção de riscos e doenças, possibilitando, por meio do processo de trocas de saberes, escolhas saudáveis.</p>	<p>Alunos matriculados nas 1ª as 4ª séries do ensino fundamental, nas Escolas Municipais de Sapucaia do Sul, localizadas na área de abrangência das Equipes da Estratégia de Saúde da Família.</p>	<p>- Oficinas;                      - jogos cooperativos;                      - alimentação saudável.</p>	<p>Avaliação qualitativa e quantitativa.                      Avaliação qualitativa: aplicação de um questionário na Equipe Escolar (professores das turmas participantes), pré-implantação e pós-implantação (após 12 meses de realização do Projeto), buscando identificar as possibilidades e limites de ações de promoção à saúde, aplicados em âmbito escolar.                      Avaliação quantitativa: por meio de uma matriz lógica de indicadores, segundo a Triade de Donabedian: <i>estrutura; processo e resultado</i>.                      Para cada componente da triade deverá ser observado um conjunto de indicadores que melhor retratem a realidade a ser avaliada. Esses indicadores deverão ser respondidos ao final de doze (12) meses de realização do Projeto.</p>



NOME DO PROJETO	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	OBJETIVOS	POPULAÇÃO ALVO	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS
<p><b>"Cooperando para uma vida melhor" – Fase II – a ser implantado em 2011</b></p>	<p>Secretaria Municipal da Saúde e da Educação</p>	<p>- Desenvolver ações de promoção da saúde com escolares do município de Sapucaia do Sul, em especial nas áreas de nutrição e educação física, de forma intersetorial, envolvendo todos os atores implicados no processo (pais, alunos, diretores, professores, profissionais de saúde), subsidiando a vigilância em saúde com informações para acompanhamento da situação nutricional destas crianças e o desenvolvimento contínuo de parceria entre esta e a Atenção Básica do município.</p>	<p>Alunos matriculados nos quintos e sextos anos de escolas municipais de Sapucaia do Sul, localizadas na área de abrangência das Equipes da Estratégia de Saúde da Família.</p>	<p>- Oficina de Educação Nutricional; - Oficina de jogos cooperativos, coordenada pela Estratégia Saúde da Família.</p>	<p>Avaliação qualitativa e quantitativa. Avaliação qualitativa: aplicação de um questionário na Equipe Escolar pré-implantação e pós-implantação (após 12 meses de realização do Projeto), buscando identificar as possibilidades e limites de ações de promoção à saúde, aplicados em âmbito escolar. Avaliação quantitativa: por meio de uma matriz lógica de indicadores, segundo a Tríade de Donabedian: <i>estrutura; processo e resultado</i>. Para cada componente da tríade deverá ser observado um conjunto de indicadores que melhor retratem a realidade a ser avaliada. Estes indicadores deverão ser respondidos ao final de doze (12) meses de realização do Projeto.</p>
<p><b>"Cooperando para uma vida melhor" – Prevenção da violência e estímulo da cultura da paz – a ser implantado em 2011.</b></p>	<p>Secretaria Municipal da Saúde e da Educação</p>	<p>- Desenvolver ações para reduzir o número de adolescentes e jovens envolvidos com situações de violência, promovendo a prevenção da violência e a promoção da cultura de paz.</p>	<p>- Alunos do oitavo e nono ano das oito escolas municipais de Sapucaia do Sul, localizadas na área de abrangência das ESFs; - profissionais das oito equipes da ESF do município.</p>	<p>Realização de oficinas sobre prevenção à violência e promoção da cultura de paz em todas as turmas de oitavo e nono anos das escolas envolvidas.</p>	<p>Avaliação qualitativa e quantitativa.</p>

NOME DO PROJETO	INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	OBJETIVOS	POPULAÇÃO ALVO	AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS
<p><b>Promoção da Saúde por meio de ações de vigilância e prevenção das violências e acidentes – a ser implantada de janeiro de 2013 a maio de 2014.</b></p>	<p>Secretaria Municipal da Saúde, Segurança Pública, Educação e lideranças comunitárias.</p>	<p><u>Geral:</u> Articular e promover capacitações e ações intra e intersetoriais, incentivando parcerias entre gestores, trabalhadores e comunidades para o fortalecimento de uma rede municipal de prevenção de violências e acidentes.</p> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar gestores, profissionais de saúde e de outros setores governamentais, do setor privado e da sociedade civil, para o desenvolvimento de habilidades técnicas para identificação, notificação e acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de violência;</li> <li>- promover, em parceria com instituição competente, a formação em Terapia Comunitária para trabalhadores de diferentes setores e lideranças comunitárias do município para o desenvolvimento de ações de vigilância e intervenções orientadas para segmentos ou grupos em situação de vulnerabilidade;</li> <li>- desenvolver ações para o alcance das metas pactuadas no SISPACTO, no sentido de implementar o serviço de notificação de violências nas unidades de saúde do município.</li> </ul>	<p>Trabalhadores das UBS, VS, CAPS AD e CAPS II, Infectologia, Clínica da Mulher, Fundação Hospital Getúlio Vargas, Secretaria de Desenvolvimento Social, Secretaria de Segurança Pública, Secretaria Municipal de Educação e lideranças comunitárias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seminário de sensibilização para identificação, prevenção e notificação de violências e acidentes.</li> <li>- Curso de Formação em Terapia Comunitária.</li> </ul>	<p>Relatório com levantamento dos impactos das ações realizadas; comparativo do quantitativo de notificações no SINAN antes e depois da realização das ações previstas no presente projeto; relatório da avaliação das chefias de serviços onde são realizadas rodas de terapia comunitária; percepções dos trabalhadores e comunidades beneficiados pelo Projeto.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi bem difícil selecionar “as falas” a serem registradas. Desconsiderar parte dos depoimentos foi tarefa ingrata. Todo o trabalho de campo foi extremamente rico. Os servidores selecionados para as entrevistas individuais e em grupo foram muito participativos durante todo o trabalho. Acredito estarem acostumados a opinar no seu ambiente de trabalho. Percebeu-se franqueza e fala espontânea durante as conversas. Não se identificaram “vacilos” durante a exposição das opiniões. Conduzir o trabalho foi fácil, porque a conversa fluiu sem muita interferência da pesquisadora.

Quanto aos objetivos do estudo, pôde-se identificar que, no município de Sapucaia do Sul, existe um processo de integração entre a AB e VS em andamento. Grande parte das ações de VS foi descentralizada para a AB, especialmente nas áreas com ESF. Ainda não se identifica o mesmo processo entre os agentes de controle de endemias e os agentes comunitários de saúde. Existe respeito pelo trabalho um do outro, todavia, na maior parte do tempo, as ações são desenvolvidas de forma individualizada. Capacitações e outras atividades realizadas de forma conjunta são fundamentais para aproximar esses dois profissionais.

Foram identificadas sérias dificuldades com relação aos recursos humanos. A troca de funcionários da AB em 2012 foi, sem dúvida, o maior obstáculo encontrado. O ingresso no serviço público por meio de concurso público é a forma mais correta e democrática de contratação. O problema foi a necessidade de se mudar quase 80% dos servidores no mesmo período. Tal quadro se refletiu na rotina de trabalho e na integração entre as áreas. O processo de contratação de funcionários ainda está em andamento. Vai levar um bom tempo para que a rede esteja novamente capacitada, e as rotinas voltem a se consolidar. Mas apesar desse período difícil e que ainda não foi totalmente refeito, funcionários estáveis e com plano de carreira, acabam se fixando, tornando a rotatividade bem menos frequente. Por isso, acredita-se que, passando este período de mudanças no quadro funcional, o cenário futuro tenda a ser melhor do que era com funcionários não estáveis e acredita-se que o processo de integração venha a efetivar-se.

Quanto aos demais objetivos do estudo, foi possível conhecer a organização da vigilância e a forma como atua. As vigilâncias já estão acostumadas a trabalhar juntas e se percebeu que cada uma delas já trabalha com a Atenção Básica. Entretanto, esse processo não se dá de forma homogênea. Talvez pelo fato de haver menos interfaces entre as duas áreas, a Vigilância Ambiental ainda não avançou tanto. As ações de Vigilância Ambiental ainda são tidas como mais difíceis de serem executadas pela AB.

A gestão municipal mostrou-se acessível durante todo o trabalho de campo. Não foi identificada nenhuma dificuldade, mesmo ante as mudanças necessárias de serem efetuadas por solicitação da Banca de Qualificação. Isso facilitou muito o trabalho de pesquisa.

Acredita-se que os objetivos do trabalho foram alcançados e que, apesar das dificuldades atuais existentes no quadro funcional, o processo já está bem avançado e tende a efetivar-se.

## REFERÊNCIAS

APOIO institucional ganha primeiro lugar na i mostra de experiências em saúde da família/atenção básica no 10º Congresso Internacional da Rede Unida. **Portal da Saúde**. Brasília, DF, 10 maio 2012. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=1547](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=1547)>. Acesso em: 17.06.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro\\_cries\\_3ed.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

CECILIO, L. C. O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n3/13.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

COMO ANDAM as metrópoles: relatório final. **Observatório das Metrópoles**: instituto nacional de ciência e tecnologia. Rio de Janeiro, 21 dez. 2005. Disponível em: <[www.observatoriodasmetroplis.ufrj.br/como\\_anda/como\\_anda\\_rm\\_portoalegre.pdf](http://www.observatoriodasmetroplis.ufrj.br/como_anda/como_anda_rm_portoalegre.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2013.

HECK, M. A.; COSTA, J. S. D.; NUNES, M. F. Avaliação do programa de tuberculose em Sapucaia do Sul (RS): 2000-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 481-488, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n2/19.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

HECK, M. A.; COSTA, J. S. D.; NUNES, M. F. Prevalência de abandono do tratamento da tuberculose e fatores associados no município de Sapucaia do Sul (RS), Brasil, 2000-2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 478-485, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n3/12.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

[MAPA de Sapucaia]. São Leopoldo: SINDIMETALRS, [2013?]. Disponível em: <[http://www.sindimetalrs.org.br/site/img/13042011\\_122838.jpg](http://www.sindimetalrs.org.br/site/img/13042011_122838.jpg)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

MEDAUAR, O. **Direito administrativo moderno**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1996.

MEIREILLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 19. ed. São Paulo: Malheiros. 1994.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia**: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 2, n. 2, p.47-55, jun.2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9274>>. Acesso em: 22 maio 2013.

REGIÃO metropolitana. [S.l.], 2008. Disponível em: <[http://4.bp.blogspot.com/\\_PuOUUnUx23vU/TFxpr3sCb\\_I/AAAAAAAAAIM/IM4x9Hg\\_QXs/s1600/untitled.bmp](http://4.bp.blogspot.com/_PuOUUnUx23vU/TFxpr3sCb_I/AAAAAAAAAIM/IM4x9Hg_QXs/s1600/untitled.bmp)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

SAPUCAIA do Sul. Pórtico. **Google imagens**. [S. l., 2013?a]. Disponível em: <[http://movimentoemrede.com/ai1ec\\_event/sapucaia-do-sul/?instance\\_id=>](http://movimentoemrede.com/ai1ec_event/sapucaia-do-sul/?instance_id=>)>. Acesso em: 14 jul. 2013.

SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. **Estatísticas**. Sapucaia do Sul, 2009a. Disponível em: <<http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/estatistica/economia.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. **Gestão em saúde de Sapucaia é reconhecida em congresso internacional**. Sapucaia do Sul, 23 abr. 2012. Disponível em: <[http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/noticias/2012/04/23-04-2012\\_04.html](http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/noticias/2012/04/23-04-2012_04.html)>. Acesso em: 17 jun. 2013.

SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. **História**. Sapucaia do Sul, 2009b. Disponível em: <<http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/historia/>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

SAPUCAIA DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. **[Mapa das regiões de saúde]**. Sapucaia do Sul, [2013?b]. Material de uso exclusivo da Instituição.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública - RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p.63-80, nov./dez. 2000. Disponível em: <<http://biblioteca.digital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

III. ARTIGO