



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO, TÉCNICO E EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

VICTOR HUGO MOREIRA DE LIMA

**A INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COM A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DONA INÊS, CURIMATAÚ PARAIBANO**

JOÃO PESSOA, PB

2015

VICTOR HUGO MOREIRA DE LIMA

**A INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COM A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DONA INÊS, CURIMATAÚ PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: MSc. Silene Lima Dourado Ximenes Santos

JOÃO PESSOA, PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L732i Lima, Victor Hugo Moreira de
A Integração da Vigilância Epidemiológica com a Estratégia
Saúde da Família no Município de Dona Inês, Curimataú
Paraibano [manuscrito] / Victor Hugo Moreira de Lima. - 2015.
45 p. : il. color.

Digitado.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde EAD) -
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio,
Técnico e Educação à Distância, 2015.

"Orientação: Profa. Ma. Silene Lima Dourado Ximenes
Santos, PROEAD".

1. Estratégia Saúde da Família 2. Atenção básica em saúde.
3. Vigilância epidemiológica. I. Título.

21. ed. CDD 613

VICTOR HUGO MOREIRA DE LIMA

A INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COM A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE DONA INÊS, CURIMATAÚ PARAIBANO

Monografia apresentada ao curso de
Especialização em Gestão Pública em
Saúde da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública em Saúde.

Aprovada em: 28/03/2015.

BANCA EXAMINADORA

Silene Lima Dourado Ximenes Santos

MSc. Silene Lima Dourado Ximenes Santos (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Mônica Oliveira da Silva Simões

Dra. Mônica Oliveira da Silva Simões
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Maria Auxiliadora Lins da Cunha

Dra. Maria Auxiliadora Lins da Cunha
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, Rita Moreira da Silva e José Moacyr
Amaral de Lima, pelo amor incondicional e princípios
que me conduziram até aqui.

AGRADECIMENTOS

Ao Pai eterno, Todo-poderoso, razão de todas as coisas e fiel companheiro. Sempre esteve comigo, iluminando-me nas incertezas e fortalecendo-me nas dificuldades.

Aos meus pais, **Rita Moreira da Silva** e **José Moacyr Amaral de Lima**, exemplos de firmeza, caráter, disciplina e amor; pela força, confiança e dedicação na minha formação, sem os quais seria impossível alcançar meus objetivos.

À minha QUERIDA avó, *“in memoriam”*, **Eronita Martins Moreira da Silva**. Que partiu antes que este momento tão esperado chegasse. Partiu deixando uma saudade imensa, um vazio, às vezes sufocante.

À **José Pacífico Gomes Neto**, pela amizade e indispensável colaboração no auxílio à coleta de dados.

Aos **profissionais da atenção básica do município de Dona Inês**, pelas acolhidas, informações e disponibilidade das informações, as quais serviram de base para dados da pesquisa.

À minha orientadora e tutora, **Silene Lima Dourado Ximenes Santos**, pela orientação nos assuntos concernentes a minha pesquisa, pelas sugestões valiosas e pelo estímulo.

À **Especialização em Gestão em Saúde** da Universidade Estadual da Paraíba, pela oportunidade, confiança e ótima mediação nos processos acadêmicos.

*Se eu pudesse deixar algum presente a vocês,
Deixaria acesso ao sentimento de amar a vida dos seres humanos,
A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo afora...
Lembraria os erros que foram cometidos, para que não mais se repetissem.
A capacidade de escolher novos rumos.
Deixaria para vocês, se pudesse o respeito àquilo que é indispensável...
Além de pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação.
E quando tudo mais faltasse, um segredo: o de busca no interior de si mesmo
a resposta e a força para encontrar a saída.*

Mahatma Gandhi

RESUMO

A percepção dos profissionais de saúde sobre a integralidade da atenção básica pode ser considerada como representante da sua efetividade e eficiência. O objetivo do presente estudo foi entender a relação existente entre o setor da vigilância epidemiológica e a atenção básica com a pretensão de qualificar esta relação, principalmente o sistema de repasse de informações da vigilância epidemiológica para os profissionais que estão inseridos a atenção básica e quais são os processos de trabalho adotados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Dona Inês, Paraíba. Esta pesquisa utilizou o método quantitativa através de entrevistas semi-estruturadas. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2015 a fevereiro de 2015, com uma amostra de três profissionais em cada USF do município como respondentes dos três módulos da pesquisa. O módulo I, respondido pelo gestor, tratou dos aspectos referentes à estrutura e organização da atenção básica e da vigilância epidemiológica no município. O segundo módulo da pesquisa, respondido pelo coordenador da atenção básica tratou das ações do campo da vigilância epidemiológica incorporadas à rotina dos profissionais da ESF. Por fim, o terceiro módulo de conteúdo semelhante ao segundo, foi respondido por um agente de saúde comunitário. Os resultados aqui apresentados poderão subsidiar as discussões sobre a descentralização em vigilância epidemiológica e a definição de recursos humanos para o SUS.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, integralidade, atenção básica, vigilância epidemiológica

ABSTRACT

The perception of health professionals about the completeness of primary care can be considered as representative of their effectiveness and efficiency. The aim of this study was to understand the relationship between the sector of epidemiological surveillance and primary care with the intention of qualifying this relationship, especially the epidemiological surveillance information transfer system for professionals who are included primary care and what are work processes adopted by professionals in the Family Health Strategy of Dona Inês municipality, Paraíba state. This research used the quantitative method through semi-structured interviews. Data collection was conducted from January 2015 to February 2015 period, with a sample of three professionals in each USF as respondents of the three modules of the research. The module I, answered by the manager, addressed the aspects related to the structure and organization of primary care and epidemiological surveillance in the city. The second module of the survey, answered by the primary care coordinator dealt with the actions of the surveillance field incorporated into the routine of the ESF professionals. Finally, the third content module similar to the second, was answered by a community health worker. The results presented here may support the discussions on decentralization in epidemiological surveillance and the definition of human resources for the SUS.

Keywords: Family Health Strategy, completeness, primary care, epidemiological surveillance

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Unidade Básica de Saúde da Família I	42
Figura 2. Unidade Básica de Saúde da Família II – Helena Maria de Jesus	43
Figura 3. Unidade Básica de Saúde da Família III – Nova Conquista	44
Figura 4. Trabalhadores na pedreira do município de Dona Inês	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica em Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEV - Campanha de Erradicação da Varíola

CNS/MS – Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FSESP - Fundação Serviços de Saúde Pública

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

PB - Paraíba

PNH - Política Nacional de Humanização

SIAB - Sistema de Informação sobre Ações Básicas

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE/PB – Tribunal de Contas do Estado da Paraíba

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Sistema Único de Saúde - SUS.....	16
3.2 Vigilância epidemiológica	16
3.3 Atenção Básica.....	17
3.4 Estratégia Saúde da Família - ESF	18
3.5 Política Nacional de Humanização – PNH	19
3.6 Gestão compartilhada	20
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de pesquisa	22
4.2 Área de estudo	22
4.3 Coleta e análise dos dados	22
4.4 Aspectos éticos	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
5.1 Estrutura da Vigilância Sanitária.....	24
5.2 Perfil dos profissionais da Atenção Básica	25
5.2.1 Responsável pela Atenção Básica	25
5.2.2 Agente Comunitário de Saúde (ACS).....	25
5.3 Avaliações das ações desenvolvidas	26
5.4 No âmbito de território	26
5.5 No âmbito do domicílio	27
5.6 No âmbito da Unidade Básica de Saúde	28

5.7 Ações transversais	28
5.8 Ações resolutivas e articulação com a Vigilância Epidemiológica	29
6 CONCLUSÕES	30
7 REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES.....	36

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem como marco na institucionalização da vigilância epidemiológica, a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) 1966-1973 que promoveu e apoiou a organização de unidades de vigilância epidemiológica na estrutura das secretarias estaduais de saúde. O modelo CEV inspirou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) para organizar em 1969 um sistema de relatórios semanais, e criar um boletim epidemiológico (ROUQUAYROL & ALMEIDA, 2000).

Em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, através da Lei 6.259/76, instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), ao exigir que as doenças transmissíveis fossem relatadas, por ordem do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

O atual Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, definindo no texto da Lei 8080/90, o conceito de vigilância epidemiológica como o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança na determinante e fatores condicionantes de saúde individual ou coletiva, a fim de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças e distúrbios (BRASIL, 1999).

A vigilância epidemiológica tem como objetivo fornecer orientação técnica permanente para aqueles que têm a responsabilidade de decidir sobre a implementação de ações, disponibilizando para o efeito, a informação atualizada sobre controle de doenças e problemas de saúde (BRASIL, 1999).

Nas ações de nível primário de saúde as atividades da vigilância epidemiológica fazem parte das atividades das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, auxiliar e técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os profissionais da ESF são elementos-chave para alimentação de sistemas de informações de interesse para a vigilância epidemiológica, incluindo: o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação sobre Ações Básicas (SIAB) e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (ROUQUAYROL & ALMEIDA, 2000).

Conforme o Plano Estadual da Saúde 2008-2011, documento da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (BRASIL, 2008), a Atenção Básica em Saúde (ABS) tem papel estratégico na conformação do novo modelo assistencial ainda em

implantação. Por isso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada pelo Estado da Paraíba como prioridade, sendo operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas da Família, hoje denominadas Unidade de Saúde da Família. Atualmente, a ESF está implantada nos 222 municípios do Estado da Paraíba e sua cobertura tem alcançado, aproximadamente, 94,01% da população paraibana, há indícios de deficiências na gestão a nível municipal, bem como falhas no suporte, monitoramento e avaliação por parte do Governo Estadual (SUS, 2014; TCE/PB, 2010).

O sistema de saúde é pouco estudado nos municípios de pequeno porte, o que gera uma grande carência de informações sobre esse sistema fundamental para o desenvolvimento social das comunidades e qualidade de vida dos seus membros. Partindo do pressuposto, esta pesquisa pretende avaliar em que medida as ações da vigilância epidemiológica podem ser compreendidas como parte das rotinas da atenção básica em saúde e quais são os processos de trabalho adotados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Dona Inês, Paraíba.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o grau de incorporação das ações incluídas no campo da vigilância epidemiológica às rotinas dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família do Município de Dona Inês, Curimataú paraibano.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a estrutura municipal em relação à Estratégia Saúde da Família e a vigilância epidemiológica.
- Identificar as ações da atenção básica desenvolvidas no âmbito do território que correspondem às atribuições da vigilância epidemiológica.
- Identificar as ações da atenção básica desenvolvidas no âmbito do domicílio que corresponde às atribuições da vigilância epidemiológica.
- Identificar as ações da atenção básica desenvolvidas no âmbito da Unidade de Saúde da Família que correspondem às atribuições da vigilância epidemiológica.
- Identificar o tipo de integração existente entre a atenção básica e as áreas da vigilância epidemiológica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Sistema Único de Saúde - SUS

Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, fruto da redemocratização e mobilização social alcançado por diferentes atores é proposta a criação de um sistema de saúde diferenciado para resolver os problemas da população. Essa proposta foi incluída no relatório final da conferência, dando origem ao SUS, constituindo um marco na reforma do sistema de saúde brasileiro. Só depois de dois anos de criação da proposta, o SUS fica estabelecido pela Constituição Federal. (ALBUQUERQUE et al., 2002).

Diante a consolidação do SUS, ocorre a concentração de esforços para que o município passe a assumir as responsabilidades de saúde sob sua jurisdição (LEITE et al., 2003). Por conseguinte, fica evidenciado que a descentralização, a municipalização das ações e dos serviços do SUS desencadeou uma aproximação diante as particularidades da realidade epidemiológica, social e política de cada localidade (BEZERRA et al., 2009).

3.2 Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica, já passou por várias redefinições de conceitos. Entre os séculos XVII e XVIII era relacionado ao isolamento, designado também de quarentena. Só passou a ser considerado instrumento de saúde pública no fim do século XIX com o surgimento da microbiologia. “A sua prática, em todo o mundo, pauta-se nas chamadas doenças pestilenciais, como a varíola e a febre amarela, e à execução de medidas “policialescas” (ALBUQUERQUE et al., 2002, p.8).

O termo vigilância epidemiológica, na realidade, se refere a um sistema com o dever de coletar, analisar e como resultado das duas primeiras ações produzirem informações importantes e repassá-las, para que medidas sejam efetuadas em tempo hábil em busca da promoção, prevenção e consequente controle da ocorrência de doenças. De acordo com Leite et al. (2003, p. 178) “a vigilância tem o propósito de gerar prontamente informações que possam ser processadas e

analisadas, uma vez que, as suas práticas envolvem um conjunto de orientações de caráter clínico-individual, epidemiológico-coletivo e administrativo”.

Bezerra et al. (2009) afirmam que as informações oriundas da vigilância epidemiológica, constituem uma importante ferramenta para organização do sistema de saúde, ao passo que se utilizadas de forma efetiva, viabilizarão definir prioridades, distribuir melhor os recursos, possibilitando maior qualidade na intervenção por parte dos serviços.

Em 1975 a vigilância epidemiológica passou a ser regida pela lei Federal 6.259 e regulamentada pelo decreto 78.321 de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) que é designado como o conjunto de informações e investigação necessárias à programação e a avaliação das ações de controle de doenças e de agravos à saúde. O decreto define a informações consideradas básicas para o funcionamento do SNVE, estas viriam da notificação compulsória de doenças, das declarações de óbito, dos estudos epidemiológicos e da notificação de agravos inusitados, que por serem anormais, necessitassem de medidas de controle coletivas (ALBUQUERQUE et al., 2002).

3.3 Atenção Básica

A Atenção Básica foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local

onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma-Ata, de 12 de setembro de 1978).

De acordo com Barbara Starfield, as principais características da Atenção Primária à Saúde (APS) são:

- **Constitui a porta de entrada do serviço:** Espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS é o Primeiro Contato da medicina com o paciente.
- **Continuidade do cuidado:** A pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade.
- **Integralidade:** O nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.
- **Coordenação do cuidado:** Mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que freqüentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que portanto têm pouco diálogo entre si.

3.4 Estratégia Saúde da Família - ESF

A ESF é uma grande aposta de reformar o sistema de saúde, pois deve atender 80% da população e solucionar 95% dos problemas detectados, tendo assim adequada resolubilidade. Ela facilita o acesso por trata-se da porta de entrada do sistema de saúde. E por ter como intuito trabalhar a promoção e prevenção em

saúde, pode somar o trabalho das vigilâncias. Porém os resultados atuais ainda se mostram muito insignificantes (CAMPOS, 2007).

A ESF assume, no atual cenário de saúde, papel de destaque, desenhada com a pretensão de reestruturar o modelo de atenção à saúde, hegemônico predominantemente centrado no hospital e na prática médica, com característica assistencial individualizada e curativa. Porém, a ESF só poderá causar mudanças se for concebida realmente como uma estratégia, onde os atores sociais sejam co-participantes no modo de fazer saúde, buscando realizar ações voltadas a promoção e prevenção (SANTOS & MELO, 2008).

As equipes de ESF, representando atualmente na maior parte dos municípios a atenção básica, possuem como propósito primordial reorganizá-la, redefinindo um novo modelo de atenção à saúde, que valorize a família, a comunidade, no seu espaço delimitado. E por estar próxima a realidade, por estarem em lócus, torna-se mais propício a ESF trabalhar as questões relacionadas à vigilância epidemiológica, estas inseridas ao trabalho rotineiro, diário.

As atividades da vigilância epidemiológica precisam ser integradas a prática do profissional que está atuando na atenção básica, possibilitando maiores acertos, e maiores condições de realizar a promoção em saúde. Entende-se que não se trata apenas de repassar mais uma função para as equipes de ESF, e sim de assumir a responsabilidade sanitária sobre a área de abrangência, realizando intervenções através da articulação intersetorial. Compreende-se também que os problemas de saúde da área de abrangência deverão ser direcionados conforme a complexidade e a disponibilidade de recurso, assegurando a integralidade da atenção e a melhoria dos indicadores de saúde (SANTOS & MELO, 2008).

3.5 Política Nacional de Humanização – PNH

Em 2003 é criada a PNH, que trouxe algumas propostas com a intenção urgente de modificar o atual modelo de atenção e gestão que há muito tempo demonstra estar saturado. Ela vem propor que gestão e atenção não devem andar separadas, mas sim extremamente associadas, pois são complementares. Até então ao se falar em humanização, falava-se no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (instituído em 2001), que passou a ser questionado a partir do momento em que a PNH apontou seus limites. Segundo Benevides e Passos (2005,

apud MORI; OLIVEIRA, 2009) “o conceito de humanização expressava, até então, as práticas de saúde fragmentadas ligadas ao voluntarismo, assistencialismo e paternalismo, com base na figura ideal do “bom humano”. A humanização está longe de ser uma prática de indivíduos bonzinhos conforme apontam os criadores da PNH. Estes trazem uma nova proposta que vem readequar o significado da humanização.

O intuito da PNH é aglutinar experiências positivas para a organização dos serviços, melhorando assim as práticas tanto de gerencia quanto de produção da saúde em si, produzindo também formas diferenciadas de circulação do poder (BRASIL, 2009a).

A PNH possui seus princípios como possui uma política pública. É formada por três princípios: o de transversalidade, que aponta que é preciso desenvolver novos formatos de comunicação entre os serviços, conseqüentemente alterando as relações de poder, o de que há uma relação inseparável entre atenção e gestão, pois se torna impossível cuidar e gerenciar de forma independente, pois são práticas indissociáveis, e por último a certeza de que os trabalhadores devem atuar sendo protagonistas dotados de certa autonomia, resultando em responsabilidades mútuas no processo de atenção e gestão (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

Há maneiras de disciplinar melhor o trabalho, organizando se o processo através de algumas diretrizes que podem ser a solução para muitos problemas. São tentativas de mudar a forma engessada do processo que já ocorre há muito tempo, são algumas saídas colocadas pela PNH, como: a cogestão, o acolhimento, a clínica ampliada, a produção de redes, a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde (BRASIL, 2009a).

3.6 Gestão compartilhada

Foi para adquirir capital que o trabalho humano foi organizado, por meio de intensiva disciplina e uma gestão verticalizada, dotada de controle sobre o trabalhador, onde este não passava de um meio para aquisição de lucro, sendo desconsiderado no momento de pensar a organização do processo de trabalho, tornando-se um sujeito alienado. Sujeitos alienados acabam por não produzirem saúde. A alienação é algo prejudicial demais para o trabalhador e para a instituição. Portanto surge a idéia de reorganizar o trabalho em saúde, tentando significar, dar sentido ao trabalhador que vai executar este trabalho (BRASIL, 2009b).

A gestão pode ser interpretada como uma forma de organizar, de apaziguar conflitos. E também traçar e alcançar objetivos, melhorias, utilizando para isso recursos materiais e humanos, que interligados possam ocasionar mudanças. É imprescindível que exista a gestão porque obviamente não existe a coincidência de todos pensarem e buscarem interesses afins. A gestão interfere diretamente no trabalho humano. “A gestão não é um lugar ou espaço, campo de ação exclusiva de especialistas: todos fazem gestão” (BRASIL, 2009b, p. 20). Os trabalhadores possuem diversificados interesses, que geram contradições. Portanto é urgente a necessidade de se trabalhar num novo formato de gestão dentro das organizações de saúde que possam dar sentido ao trabalho desenvolvido pelo trabalhador, tornando-o um profissional realizado, valorizando sua atuação (BRASIL, 2009b).

Trabalhadores, gestores e também usuários envolvidos num processo mútuo de corresponsabilização, baseado em contratos e compromissos para melhorar as ações e serviços em saúde. É a manifestação da chamada gestão participativa defendida e preconizada pela PNH. E é possível incorporar essa corresponsabilização na ESF, mesmo levando-se em conta os limites que possam ser impostos (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Pensar em gestão compartilhada é pensar em um modo de gerir que considera as opiniões dos mais variados sujeitos para tomada de decisões. Compartilhar-se-á o conhecimento e através deste será possível usá-lo para possíveis intervenções. Podemos citar os espaços de tomada de decisões como comissões, colegiados gestores, que são encontros pactuados onde se põe em prática a cogestão, através da participação de diversos atores que estão ali posicionados com o intuito de avaliar propostas advindas de outros atores, além de reformular ou formalizar novas. Na verdade nesses espaços estão os representantes de trabalhadores e gestores dos serviços. Pode-se afirmar que ocorre o compartilhamento do poder através da possibilidade de voz ativa de cada membro participante (SANTOS FILHO; FIGUEIREDO, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

Esta pesquisa foi direcionada a uma abordagem qualitativa, pois a principal intenção será identificar, sob o ponto de vista dos profissionais entrevistados a partir da aplicação de questionários padronizados e estruturados, as percepções a respeito do grau de incorporação das ações incluídas no campo da vigilância epidemiológica às rotinas dos profissionais que atuam na atenção básica em saúde. As entrevistas foram aplicadas aos profissionais de saúde do município de Dona Inês que atuam na Estratégia Saúde da Família entre os meses de janeiro a fevereiro de 2015.

4.2 Área de estudo

O município de Dona Inês está localizado na Microrregião Curimataú Oriental e na Mesorregião Agreste Paraibano do Estado da Paraíba. Sua área territorial é de 132,445 km². A sede do município tem uma altitude aproximada de 421 metros distando 160 km da capital. O acesso é feito, a partir de João Pessoa, pelas rodovias: BR 230, BR 104, PB 105 e PB 103. O município foi criado em 1959, a população total é de 10.517 habitantes. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,545, segundo o IBGE (2010).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o município de Dona Inês possui cinco Unidades Saúde da Família. Verifica-se no município a descentralização administrativa com a formação de Conselhos nas áreas de educação, saúde e assistência social, além do Fundo Municipal nas áreas de educação e saúde.

4.3 Coleta e análise dos dados

Elaborou-se um instrumento de coleta de dados a partir da identificação de um elenco de ações próprias aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, tanto aquelas definidas em normas do Ministério da Saúde, como as que, apesar de não previstas, já são efetivamente realizadas pelas equipes.

Foram definidos três profissionais em cada USF do município como respondentes dos três módulos da pesquisa. O módulo I trata dos aspectos referentes à estrutura e organização da atenção básica e da vigilância epidemiológica no município, e foi respondido pelo gestor. O segundo módulo da pesquisa trata das ações do campo da vigilância epidemiológica incorporadas à rotina dos profissionais da ESF, o que justifica a escolha do coordenador da atenção básica como respondente. O terceiro módulo tem conteúdo semelhante ao segundo, e foi respondido por um agente de saúde comunitário.

Para cumprir o objetivo principal da pesquisa, ou seja, “conhecer o grau de incorporação das ações incluídas no campo da vigilância epidemiológica às rotinas dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família” é importante discutir a conotação da palavra “incorporação”, a mesma foi utilizada nesse estudo com o sentido de começar a fazer parte de algo.

As perguntas do questionário foram estruturadas em blocos: caracterização da estrutura municipal; ações desenvolvidas no âmbito do território; ações desenvolvidas no âmbito do domicílio; ações desenvolvidas no âmbito da USF; ações transversais e; ações de articulação com a vigilância epidemiológica. A maioria das questões recebeu a forma de perguntas fechadas. Foram abertas, entretanto, janelas para exceções não totalmente previstas no modelo do formulário, bem como para respostas de variáveis de conteúdo, tais como montante de recursos, número de profissionais, dentre outros. Procedimentos de checagem da consistência dos dados e revisão dos formulários precederam a etapa de análise, que é específico para o tipo de pesquisa adotada, possibilitando a tabulação e análise direta dos dados coletados.

4.4 Aspectos éticos

A pesquisa será realizada levando-se em consideração os aspectos éticos em pesquisa preconizados pela Resolução 466/12 do CNS/MS, que destaca a autonomia dos participantes submetidos à pesquisa, como também a garantia do anonimato dos entrevistados, de forma a assegurar a privacidade e o sigilo. Será assegurado o sigilo sobre as confidências dos entrevistados de modo a evitar constrangimentos e outros riscos a prejudicar os participantes.

Para a efetivação da pesquisa e sua integralidade, o participante fez ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE), que de acordo com as suas disposições, assinou as duas vias – conforme sua vontade, ficando com uma a seu poder, e outra com o pesquisador, concordando assim, em participar da pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As amostras pesquisadas correspondem às cinco Unidades de Saúde da Família do município de Dona Inês. Obtiveram-se respostas completas em todos os questionários. Os temas presentes no questionário foram respondidos pelo gestor do município, coordenador da atenção básica e agentes comunitários de saúde e são referentes à estrutura e organização da atenção básica e da vigilância epidemiológica.

No que diz respeito ao enquadramento do município por tipo de gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que o município está habilitado para a modalidade de gestão plena do sistema municipal. A Estratégia Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão da Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios (BRASIL, 2006).

Dados do Ministério da Saúde apontam que, em setembro de 2005, 94% dos municípios brasileiros utilizavam essa estratégia para a organização da atenção básica. O município de Dona Inês utiliza exclusivamente a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O município possui cinco equipes de Saúde da Família, possuindo uma cobertura de 100% da população (MS/SAS/Departamento de Atenção Básica, 2014). A gestora do município de Dona Inês admitiu contratar outros tipos de profissionais para compor as equipes que atuam na atenção básica. Nota-se a ampliação, principalmente, da atenção odontológica dentro da ESF, a partir da contratação de profissionais para os programas de saúde bucal, confirmando a tendência de expansão conforme dados do Ministério da Saúde de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006).

5.1 Estrutura da Vigilância Sanitária

O município pesquisado declarou possuir serviço específico da vigilância epidemiológica. Nota-se que o serviço da vigilância epidemiológica foi criado há quase 20 anos, ou seja, a partir de 1996. Este fato parece reforçar a importância das políticas de descentralização implementadas em nível nacional desde então. No que diz respeito ao nível das ações realizadas pelos serviços municipais da vigilância epidemiológica, verificou-se que executam ações de média complexidade. A Vigilância em Saúde planeja as ações de saúde, baseando-se em dois princípios fundamentais da estratégia Saúde da Família: a co-responsabilidade sanitária e a participação social. Sendo assim, considera-se que a estratégia Saúde da Família constitui o principal meio para a operacionalização da Vigilância em Saúde (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007).

O planejamento e a programação das ações de vigilância em saúde na Atenção Primária são pontos fundamentais para que se construa uma rede de saúde articulada, hierarquizada e regionalizada. O trabalho conjunto, integrado, com clareza de papéis, potencializa o alcance dos objetivos tanto da Vigilância em Saúde como da Atenção Primária (NORONHA; PENNA, 2007).

Além dos esforços locais de articulação intersetorial, deve haver envolvimento das estruturas centrais das Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde, já que algumas ações extrapolam o âmbito de atuação das equipes, exigindo assim uma decisão política (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007). Somente com ações programadas e pactuadas pelo poder público é possível vislumbrar certas ações. Ações de Vigilância Sanitária e Ambiental, por exemplo, ainda estão bastante distantes do cotidiano das ESF (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

5.2 Perfil dos profissionais da Atenção Básica

5.2.1 Responsável pela Atenção Básica

Foi entrevistada a profissional de nível superior que atua no cargo de coordenadora da Atenção Básica do município estudado. A formação profissional da gestora foi a de enfermagem. A gestora declarou ocupar o cargo há menos de um ano.

5.2.2 Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Os cinco agentes comunitários de saúde entrevistados nesta etapa da pesquisa foram indicados pela coordenadora da atenção básica. Em sua maioria (80%), os participantes afirmaram ser ACS e não possuir formação profissional específica na área de saúde. Pelo menos 20% dos entrevistados atuam como ACS há menos de dois anos, sendo a maior proporção (80%) há mais de dois anos. Estes dados demonstram uma baixa rotatividade destes profissionais. O processo inadequado de qualificação, representado por diversos microtreinamentos fragmentados, dados por diferentes programas, fora do contexto e sem uma sequência lógica, que tem sido uma constante desde a criação do PSF, dificultou a sistematização das competências dos agentes (TOMAZ, 2002).

Campos (2003) diz que a equipe não tem necessidade de dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acometem a comunidade, mas sim estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes. Talvez este seja o caminho para os ACS se adequarem ao perfil que lhe são solicitados. No entanto, quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (TOMAZ, 2002).

5.3 Avaliações das ações desenvolvidas

Foram apresentados três blocos de atividades: as ações realizadas no âmbito do território, do domicílio e no âmbito da unidade básica de saúde, sendo que, neste último, as respostas foram dadas exclusivamente pela coordenadora da atenção básica, uma vez que o ACS desenvolve suas ações fora da unidade de saúde.

5.4 No âmbito de território

Algumas ações dirigidas ao território de referência para as unidades de saúde, entendido aqui como o conjunto dos espaços externos ao domicílio, por onde circulam as pessoas de forma geral, foram selecionadas e apresentadas ao coordenador e aos ACS, com a finalidade de identificar aquelas que já são realizadas de forma rotineira pela equipe. Os resultados obtidos mostram que as ações desenvolvidas pela ESF estão associadas à hiperdia, saúde do trabalhador, humanização na gestação,

tabagismo, imunização e saúde da mulher, criança, do adolescente e do idoso, independentemente da região ou da faixa populacional da localidade do município. Para os profissionais entrevistados, 80% das equipes têm conhecimento sobre prevenção de acidentes ao trabalhador e imunização. Já na questão de identificação de vetores de doenças, a percentual de respostas positivas entre a coordenadora e os ACS foi de 80%.

O PSF é considerado a mais importante estratégia da Atenção Primária. Como nível de atenção à saúde, é conformada pelo conjunto de ações de atenção dirigida às pessoas (individuais e coletivas) e ao ambiente que cubram as necessidades de promoção da saúde em cada contexto social, a prevenção de enfermidades, lesões e riscos prevalentes, e o atendimento básico e efetivo dos enfermos (solução de enfermidades e lesões comuns e primeiro atendimento das mais complexas) (BRASIL, 2003). Um grande problema do ESF refere-se ao grande número de pessoas cadastradas para cada ESF: até 4000 habitantes com um máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2006).

A identificação riscos à saúde associados à poluição ambiental vem sendo realizada pelas equipes da atenção básica. Apesar disso, observa-se que uma proporção muito menor de entrevistados admite que haja preocupação com o reconhecimento de áreas que foram utilizadas para depósito de produtos químicos antes do processo de ocupação/urbanização deste espaço por parte das equipes da atenção básica.

Menor importância vem sendo dada à identificação de serviços de saúde não autorizados ou clandestinos na área de abrangência das unidades de saúde; que não foram apontados como atividades de interesse a ser identificada na rotina das equipes pela coordenadora e ACS entrevistados. Atividades típicas do campo da vigilância epidemiológica, como a identificação de endemias e agentes vetores de doenças, foram apontadas como rotineiras nas equipes por todos os entrevistados.

Conhecer ações que envolvem a vigilância à saúde do trabalhador através do olhar das equipes de Saúde da Família também foi avaliado neste estudo. Pode-se observar que as ações pertinentes a esta área ainda não fazem parte do universo de preocupações dos profissionais que atuam neste nível de atenção.

5.5 No âmbito do domicílio

A avaliação dos riscos relacionados às condições gerais da moradia parece estar fortemente incorporada à rotina de atividades das equipes no município pesquisado, com percentuais superiores a 90% na maioria das perguntas, independentemente do porte da localidade da USF. A avaliação de aspectos ligados à qualidade da construção das casas atingiu menor percentual, ainda que apareça como de interesse para cerca de 40% dos entrevistados. Os conhecimentos da origem da água, das condições sanitárias e de coleta de lixo já estão incorporados à rotina das equipes da atenção básica em 80% das equipes da ESF. A preocupação em identificar queixas e/ou doenças relacionadas às condições de vida entre os moradores durante a visita domiciliar foi retratada por 60% dos ACS participantes da entrevista.

5.6 No âmbito da Unidade Básica de Saúde

Para conhecer quais as ações relacionadas ao campo da vigilância epidemiológica vêm sendo desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica no âmbito interno da Unidade de Saúde, foram apresentados seis tipos de ações ao coordenador da atenção básica. O ACS não respondeu a essas questões por ter as atividades restritas ao espaço domiciliar e ao território. Os resultados obtidos nas entrevistas mostram que as ocorrências mais frequentemente citadas foram doenças transmitidas por vetores associadas à água (20%), seguidas pelas doenças infecciosas relacionadas à falta de saneamento básico (60%).

5.7 Ações transversais

As ações voltadas para a comunicação, informação e para a mobilização da comunidade em questões relacionadas com vacinação, controle de pragas e com o meio ambiente foram apresentadas pela gestora como rotineiras dos profissionais da saúde da família. Dados da pesquisa mostram que as ESF realizam ações de informação à população utilizando recursos de mídia local, como rádio e conselho municipal de saúde. Também atuam nas escolas em processos de capacitação de professores e alunos; organizando mutirões e programas de voluntários para atuar na solução de problemas comunitários. A formação de parcerias com outras instituições foi a ação com menor nível de identificação pelos participantes (20%). Considerando que promoção e prevenção à saúde são as principais atribuições da ESF, e que a

intersetorialidade é fundamental para o desenvolvimento destas, deve-se procurar interpretações pertinentes para estes resultados.

Ações de integração das ESF e coordenações de Vigilância em Saúde estão sendo experimentadas em vários Estados do país, com resultados estimulantes, como o exemplo do combate à malária no norte do país, integrado a Atenção Primária desde o ano de 2000 (LADISLAU, 2007). Porém é necessária a sistematização destas ações no âmbito das ESF em todo o país, além de uma regulamentação de abrangência nacional.

5.8 Ações resolutivas e articulação com a Vigilância Epidemiológica

A existência de uma rotina de atividades entre as ESF e as diferentes áreas da vigilância foi investigada na pesquisa. Os resultados mostram que a maior integração das equipes da atenção básica se dá com a vigilância epidemiológica, seguida dos serviços de controle de endemia e da vigilância sanitária.

A ESF, baseando-se em seus princípios de integralidade do cuidado e de responsabilização pela saúde da população, além de estar em íntimo contato com a comunidade, constitui o “lugar natural” para o desenvolvimento da Vigilância em Saúde (NORONHA; PENNA, 2007). Porém, na prática, as equipes da ESF restringem suas ações de vigilância em saúde à notificação de casos e à oferta das vacinas do Programa Nacional de Imunização (VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2007).

Para quase 80% dos entrevistados, a forma de articulação mais frequente é a ESF encaminhar demandas para a vigilância epidemiológica, seguido pela promoção de ações conjuntas entre a ESF e a vigilância epidemiológica, com cerca de 20%. A prontidão na resposta às demandas apresentadas pelos dois lados foi verificada na pesquisa. É interessante observar que quando perguntados sobre a resposta do órgão de vigilância epidemiológica à ESF, apenas 20% dos entrevistados avaliaram que ela é imediata, e em torno de 80% afirmou que dependia do caso. Quando o fluxo é inverso, ou seja, a vigilância epidemiológica demanda respostas das ESF, o percentual de entrevistados que consideraram que esta se dá de forma imediata se situa na casa dos 100%.

As informações geradas por prontuários de pacientes constituem bases de dados que podem subsidiar o planejamento de medidas preventivas no âmbito local. A ausência de um sistema de vigilância em saúde para grupos vulneráveis mantém a

assistência clínica dissociada dos aspectos de proteção da saúde, no sentido de evitar novos casos e agravamento daqueles já existentes (CAZARIN; AUGUSTO; MELO, 2007).

Finalmente, os profissionais participantes da pesquisa fizeram uma avaliação da qualidade do relacionamento entre a equipe de saúde da família e a vigilância epidemiológica. Para 60% dos ACS a relação foi considerada muito boa, sendo classificada como regular por 40%.

6 CONCLUSÕES

Os resultados permitem compreender que os diferentes profissionais entrevistados que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Dona Inês, entendem a vinculação do trabalho desenvolvido entre atenção básica e vigilância epidemiológica, apesar de ainda haver limitações de compreensão, por parte de alguns, o que pode ser atribuído ao restrito tempo em que estes estão trabalhando em contato direto com a vigilância epidemiológica, ou a pequena participação nos espaços direcionados a questões de epidemiologia.

O rodízio de profissionais na vigilância epidemiológica e na atenção básica tem prejudicando o sistema de repasse de informações, já que profissionais são treinados através de reuniões, repasse de informações, capacitações e acabam desligando-se do serviço, conseqüentemente novos profissionais precisam ser lapidados, e tudo isso demanda um determinado tempo, o que geram perdas significativas individuais e para a sociedade e geram visões diferenciadas, de acordo com a informação acumulada, o que pode ser percebido nas reflexões dos entrevistados.

A relação entre a Estratégia Saúde da família e vigilância epidemiológica é mantida atualmente por uma ponte estreita criada entre vigilância epidemiológica, coordenadores da atenção básica, ficando os outros profissionais praticamente do lado de fora desses “grupos”, o que desperta descontentamento. Ficou expresso que os profissionais que não tem participado de encontros para discussão demonstraram sentir falta e os que participam incentivam a continuidade dos mesmos.

Foi atribuída importância ao setor de vigilância epidemiológica e o entendimento mesmo que parcial, da função primordial da epidemiologia dentro do SUS.

Os profissionais entrevistados demonstraram possuir ciência que a Atenção Básica e a vigilância epidemiológica são setores que se complementam que são interdependentes, que possuem uma relação, que deve manter-se próxima, íntima. Percebem-se nas falas exemplificações de vínculo entre os dois serviços, vínculos que precisam continuar existindo e sendo ampliados para aperfeiçoar a relação intersetorial e o serviço prestado aos usuários. Os profissionais da Atenção Básica demonstraram a compreensão de que o trabalho da vigilância epidemiológica é fundamental dentro desta.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.I.N.; CARVALHO, E.M.F.; LIMA, L.P. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** vol. 2, nº. 1. Recife, Jan/Apr. 2002.

ALMEIDA FILHO, N. **Modelos de saúde - doença**: Preliminares para uma teoria geral da saúde. Salvador, 2000.

BEZERRA, L.C.A. et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública.** vol. 25, nº. 4, Rio de Janeiro. Apr. 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica.** 4ª. Ed. ver. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/ Centro Nacional de Epidemiologia, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O CNS e a construção do SUS: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde.** 1. ed. Brasília, DF, 2003. 82 p.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização a Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **O Humaniza SUS na Atenção Básica.** Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. 2009. 40 p.: Il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e da Gestão do SUS.** Gestão participativa e co-gestão. Política nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. 2009, 56 p.: Il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA. **Plano Estadual de saúde: 2008-2011**. João Pessoa: SES/PB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do Percentual de Cobertura Populacional das ESF, Distribuído por Porte Populacional BRASIL** - Dezembro/2014. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#historico>. Acesso em: 20 dez. 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Estabelecimentos de saúde do município de Dona Inês**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=25&VCodMunicipio=250570&NomeEstado=PARAIBA>, acesso em 03 de nov. 2014.

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.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?** Ciênc. Saúde coletiva. vol. 12, nº 2, Rio de Janeiro. Mar./Apr. 2007.

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, 2007.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Populacional-2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250570&search=paraiba|dona-ines|infograficos:-informacoes-completas>>, acesso em 03 de nov. 2014.

LADISLAU, J.L.B. Agentes comunitários de Saúde para combater a malária no norte do país. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 46-49, 2007.

LEITE, J.A.; ASSIS, M.M.A.; CERQUEIRA, E.M. Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde. **Rev. Brás. Enferm.** vol. 56, nº 2, Brasília. Mar./Apr. 2003.

MORI, M.E.; OLIVEIRA, O.V.M. **Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato.** Interface (Botucatu) vol. 13 supl. 1. Botucatu 2009. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a14v13s1.pdf>. Acesso em: 14 de dezembro de 2014.

NORONHA, J.C.; PENNA, G.O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano VIII, n. 16, p. 4-9, 2007. Entrevista concedida a Patrícia Álvares.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA, FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde**. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

SANTOS, S.; MELO, C. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família.** Ciênc. Saúde coletiva. vol. 13, nº. 6, Rio de Janeiro. Nov./Dec. 2008.

SANTOS FILHO, S.B.; FIGUEIRO, V.O.N. **Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização:** experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. Interface (Botucatu) vol. 13 supl. 1 Botucatu 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a13v13s1.pdf>. Acesso em: 3 de novembro de 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Portal da saúde. **Histórico de cobertura da saúde da família.** Set. 2014.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelo de atenção à saúde:** Promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface - **Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.

TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M.A. **Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde:** limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Interface (Botucatu) vol. 13 supl. 1 Botucatu 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a08v13s1.pdf>. Acesso em: 10 de nov. 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO. **Relatório de auditoria operacional na Estratégia Saúde da Família no Estado da Paraíba: 2006-2009.** João Pessoa: TCE/PB.

VILASBÔAS, A.L.Q.; TEIXEIRA, C.F. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano VIII, n. 16, p. 63-67, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.

APÊNDICE B - Questionário aplicado no módulo I da pesquisa.

APÊNDICE C - Questionário aplicado nos módulos II e III da pesquisa.

APÊNDICE D - Unidade Básica de Saúde da Família I

APÊNDICE E - Unidade Básica de Saúde da Família II – Helena Maria de Jesus

APÊNDICE F - Unidade Básica de Saúde da Família III – Nova Conquista

APÊNDICE G - Trabalhadores na pedreira do município de Dona Inês

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Victor Hugo Moreira de Lima, discente do curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada, “A Integração da Vigilância Epidemiológica com a Estratégia Saúde da Família no Município de Dona Inês, Curimataú Paraibano”, orientada pela MSc. Silene Lima Dourado Ximenes Santos, com o objetivo de conhecer o grau de incorporação das ações incluídas no campo da vigilância epidemiológica às rotinas dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família do Município de Dona Inês. Este estudo contribuirá para avaliar em que medida as ações da vigilância epidemiológica podem ser compreendidas como parte das rotinas da atenção básica em saúde e quais são os processos de trabalho adotados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Vale ressaltar que não haverá nenhum custo financeiro, risco, desconforto ou incômodo do respondente. Será garantido o seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa.

Estaremos à disposição para esclarecer qualquer dúvida que possa surgir durante o processo de coleta de dados, como também fornece informações sobre os resultados obtidos.

Agradecemos antecipadamente pela colaboração.

Estando ciente e bem esclarecido sobre a pesquisa, confirmo a minha participação.

Participante

Dona Inês, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE B

ENTREVISTA

Que tipo de habilitação de gestão no SUS ocorre no município?

- plena da Atenção Básica.
- plena do Sistema Municipal.

Qual estratégia do Programa de Saúde da Família é utilizada no município?

- ESF.
- PACS.
- ambos.

O município possui quantas equipes da Estratégia Saúde da Família?

São realizados contratos com outros profissionais para compor as equipes que atuam na Atenção Básica?

- sim.
- não.

O município possui serviço de vigilância epidemiológica?

- sim.
- não.

Qual o tempo de criação dos serviços de vigilância epidemiológica?

- menos de 1 ano.
- de 1 a 5 anos.
- de 6 a 10 anos.
- de 11 a 19 anos.
- 20 anos ou mais.

Que nível de complexidade das ações é desenvolvido pela vigilância epidemiológica?

apenas baixa.

até média.

até alta.

APÊNDICE C**ENTREVISTA**

Cargo:

- Coordenador da Atenção Básica.
- Agente de Saúde Comunitário.

Qual é a sua formação profissional?

Tempo de atuação no cargo:

- até 1 ano.
- de 1 a 2 anos.
- de 2 a 5 anos.
- mais de 5 anos.

Quais ações são desenvolvidas pela ESF ao território de referência?

Quais ações de vigilância à saúde do trabalhador estão incorporadas à rotina da ESF?

Quais os procedimentos e ações relacionados à avaliação de riscos das condições gerais de moradia estão incorporados à rotina das equipes de Atenção Básica?

Quais ações ligadas à profilaxia de doenças estão incorporadas à rotina das equipes de Atenção Básica?

Quais ações de controle de vetores de doenças estão incorporadas à rotina das equipes de Atenção Básica?

Quais atendimentos realizados na USF estão relacionados à área de conhecimento da vigilância epidemiológica?

Quais procedimentos de comunicação, informação e mobilização de temas da vigilância epidemiológica estão incorporados à rotina das equipes de Atenção Básica?

Existe rotina de trabalho entre as áreas da vigilância e as equipes de saúde da família?

nunca.

sempre. (

) às vezes.

Quanto à prontidão nas respostas aos encaminhamentos apresentados pelas equipes de saúde da família à vigilância epidemiológica:

imediata.

demorada.

depende do caso.

Quanto à prontidão nas respostas aos encaminhamentos apresentados pela vigilância epidemiológica às equipes de saúde da família:

imediata.

demorada.

depende do caso.

Qual o tipo de relacionamento entre as equipes de saúde da família e a vigilância epidemiológica?

muito boa.

boa.

regular.

ruim.

não existe.

APÊNDICE D

Figura 1. Unidade Básica de Saúde da Família I.

APÊNDICE E



Figura 2. Unidade Básica de Saúde da Família II – Helena Maria de Jesus.

APÊNDICE F



Figura 3. Unidade Básica de Saúde da Família III – Nova Conquista.

APÊNDICE G



Figura 4. Trabalhadores na pedreira do município de Dona Inês.