
OFICINA 4

***A Vigilância em
Saúde***

**Oficinas de
Planificação da
Atenção Primária
à Saúde em Goiás**

Guia do Facilitador



GOIÁS, AGOSTO 2016

OFICINA 4 – A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Conselho Nacional de Secretários De Saúde - CONASS

Presidente: João Gabbardo dos Reis

Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva

Cooperação Técnica Interinstitucional

Governador do Estado: Marconi Ferreira Perillo Júnior

Secretário de Estado da Saúde: Leonardo Moura Vilela

Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde: Evanilde Fernandes Costa
Gomides

Gerente de Atenção à Saúde: Marisa Aparecida de Souza e Silva

Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago – Irani Ribeiro de Moura

Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS – Gercilene Ferreira

Conselho Nacional de Secretários de Saúde: João Gabbardo dos Reis

Organizadores

Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães

Maria José de Oliveira Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Leane de Carvalho Machado

Nereu Henrique Mansano

Viviane Rocha de Luiz

Grupo Gestor

CONASS: Maria José de Oliveira Evangelista e Maria Zélia Soares Lins

SES: Evanilde Fernandes Costa Gomides e Marisa Aparecida de Souza e Silva

Grupo Condutor Estadual

Ana Cristina Gonçalves de Oliveira e Mary Alexandra da Costa

Ana Maria Beira de Assunção e Magda Lúcia Regis da Silva Barros

Carla Guimarães Alves e Lucélia Borges de Abreu Ferreira

Damiana Aparecida de Andrade de Carvalho Moreira e Jordane Moreira de Melo

Daniela Teixeira da Silva e Wânia Rasmunsen Pereira

Ledice Lamounier e Héli da Figueiredo de Souza Lima
Loreta Marinho Queiroz Costa e Sirlene de Oliveira Borges
Marisa Aparecida de Sousa e Silva e Lucimar Rosa da Silva Santana
Milka de Freitas Queiroz Prado e Luciana Santana
Maria Bernadete Souza Napoli e Wânia Marra Passos
Rosilene Martins da Silva e Neuza Maria Santa Face Mariano

Coordenadores/Facilitadores do CONASS

Ademilde Machado Andrade
Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães
Ana Maria Cavalcanti
Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha
Antônio Derci Silveira Filho
Carla Pintas Marques
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Eliane Regina da Veiga Chomatas
Jane Monteiro Neves
Leane de Carvalho Machado
Marco Antônio Bragança Matos
Maria Angela Leite Chaves
Maria José de Oliveira Evangelista
Marta Oliveira Barreto
Maria Zélia Soares Lins
Nereu Henrique Mansano
Sandra Denise de Moura Sperotto
Sílvia Maristela Pasa Takeda
Severino Azevedo de Oliveira Junior
Sônia Maria Souza
Tereza Cristina Lins Amaral
Viviane Rocha de Luiz

1. APRESENTAÇÃO

Apesar dos inegáveis avanços na organização da Atenção Primária ocorrida no Brasil na última década e a descentralização das ações de Vigilância em Saúde, sabe-se que ainda persistem vários problemas referentes à gestão e organização dos serviços de saúde que dificultam a efetiva integração da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde, comprometendo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2007).

Assim, com o intuito de qualificar a atenção à saúde, considerando o princípio da integralidade, faz-se necessário que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade, onde as ações de vigilância em saúde devem estar incorporadas no cotidiano das equipes de Atenção Primária / Saúde da Família.

Diante desse contexto, esta Oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes à Vigilância em saúde e sua fundamental inserção na organização e no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária.

2. COMPETÊNCIA A SER DESENVOLVIDA

A necessidade de mudanças significativas no processo de trabalho em saúde pressupõe a elaboração de um novo perfil profissional, fundamentado no desenvolvimento e na avaliação de competências. Nesse sentido, esta oficina traz como grande desafio contribuir para a incorporação dos conceitos e elementos da Vigilância em Saúde na organização do processo de trabalho da Atenção Primária.

3. OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

1. Realizar o alinhamento conceitual sobre vigilância em saúde;
2. Discutir o conceito de Vigilância em Saúde e seus componentes: Vigilância Epidemiológica, Sanitária, em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

3. Exercitar a articulação entre Território - Vigilância em Saúde – Atenção Primária;
4. Discutir a estruturação e ações da Vigilância em Saúde desenvolvidas no Estado de Goiás
5. Discutir formas de integração das ações da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária no Estado, regiões de saúde e municípios.

4. DESENVOLVIMENTO DA OFICINA

O Módulo está organizado em três momentos, que envolvem atividades presenciais e de dispersão, conforme descrito no quadro a seguir:

Momentos	Tema central	Período
Primeiro	A Vigilância em Saúde	17 a 18 de agosto de 2016
Dispersão	Construção da matriz programática das Diretrizes de Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde	A definir entre os participantes
Segundo	Apresentação do trabalho de dispersão	No início da 5ª Oficina de Planificação da APS

5. PROGRAMAÇÃO

1º DIA

Tempo estimado	Horário	Atividade	Tema
45 min	08h45 às 09h30	Abertura e acolhida dos participantes	Apresentação dos Objetivos da Oficina 4
1 hora	09h30 às 10h30	Apresentação do trabalho de dispersão da Oficina 3	Apresentar a proposta de territorialização do seu município, o instrumento utilizado para cadastramento e critérios de classificação de risco das famílias.
15 min	10h30às 10h45	Intervalo	
1 h	10h45 às 11h45	1º Trabalho em Grupo: Estudo de Caso: Surto de Dengue em Nova Caridade – Estado da Esperança	Integração Vigilância em Saúde / APS: O papel da AP nas ações de VS / Definição do território na AP e VS
30 min	11h45 às 12h15	Preparação da dramatização	
1 h 15 min	12h15 às 13h30	Intervalo para almoço	
1h	13h30 às 14h30	Dramatização: Surto de Dengue em Nova Caridade – Estado da Esperança	Integração Vigilância em Saúde / APS: O papel da AP nas ações de VS / Definição do território na AP e VS
30 min	14h30 às 15h00	Plenária	
1 h 15 min	15h00 às 16h15	2º Trabalho em Grupo: Leitura e discussão de texto	A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária em Saúde
15min	16h15 às 16h30	Intervalo	
30min	16h30 às 17h00	Plenária	
45 min	17h00 às 17h45	Exposição dialogada	A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária em Saúde

2º DIA

Tempo estimado	Horário	Atividade	Tema
1 h 45 min	08h00 às 9h45	3º Trabalho em Grupo: Estudo de Caso Real: Surto de Toxoplasmose em Santa Isabel do Ivaí – PR	Atribuições da AP, VS e suas subáreas / Integração AP – VS
15 min	9h45 às 10h00	Intervalo	
40 min	10h00 às 10h40	Plenária	
1 hora	10h40 às 11h40	Seminário: A vigilância em Saúde no estado de Goiás (Apresentação da SES)	A estruturação e ações da vigilância em saúde desenvolvidas no estado e nos municípios.
20 min	11h40 às 12h00:	Plenária	
1h 15 min	12h00 às 13h30	Almoço	
1 h e 15 min	13h30às 14h45	4º Trabalho em Grupo: Leitura do texto “Diretrizes de Integração entre APS e Vigilância em Saúde”	Diretrizes para Integração entre a APS e a VS
30 min	14h45às 15h15	Plenária	
15 min	15h15 às 15h30	Intervalo	
1 h	15h30 às 16h30	Orientações sobre o trabalho de dispersão	Elaboração da Matriz das Diretrizes de integração da VS e APS
30 min	16h30 às 17h00	Avaliação da oficina	

6. ROTEIRO DE ATIVIDADES

1º DIA - MANHÃ

ATIVIDADE 1 – ACOLHIDA DOS PARTICIPANTES



45 minutos



DESCRIÇÃO:

1. O facilitador conduzirá uma dinâmica para acolhimento dos participantes.
2. Apresentação dos Objetivos da Oficina 4

ATIVIDADE 2 – APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO DA OFICINA 3



1 hora



ATIVIDADE 3 – ESTUDO DE CASO: SURTO DE DENGUE EM NOVA CARIDADE



1 hora e 30 minutos



Primeiro momento: Leitura e discussão do caso (1 hora)

Cada grupo contará com o apoio de facilitadores nesta atividade, que farão a mediação do trabalho em grupo. Antes de dar início, como de costume, faz-se necessário escolher um coordenador e um relator. Embora a constituição dos grupos seja a mesma em todos os momentos, todos os participantes terão oportunidade de exercer essas funções.



TEXTO 1 - O SURTO DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE NOVA CARIDADE

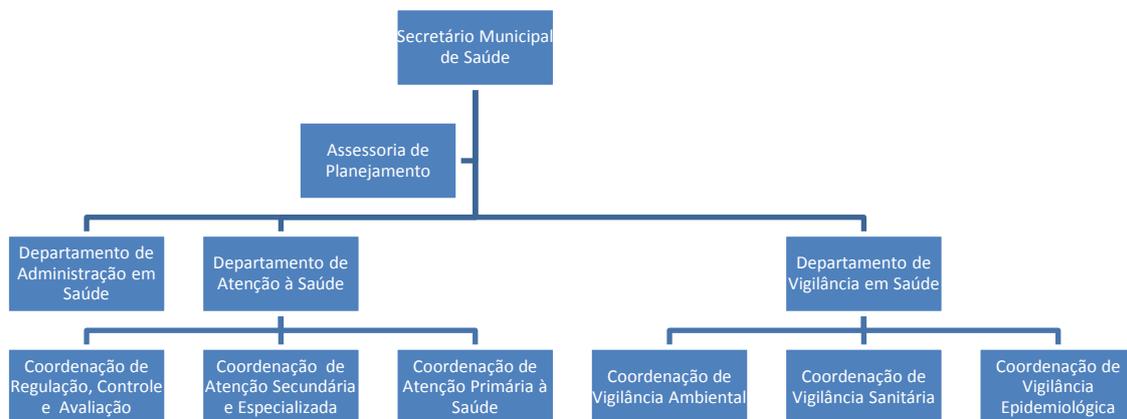
O sistema de saúde de Nova Caridade

O município de Nova Caridade fica a menos de 10 km de distância de Boa Fé (estado de Esperança), tendo inclusive alguns bairros conurbados à área urbana da cidade vizinha.

O município tem uma população de 103.427 habitantes, com 95% da população na área urbana. A rede de serviços do município possui 10 unidades básicas de saúde - UBS na área urbana e 1 na zona rural. Em todas as unidades está implantado o Programa de Saúde da Família (total de 24 equipes, 1 a 3 equipes por unidade) que tem uma cobertura de 89% no município. Todas as Unidades têm sua área de abrangência definida, porém em 2 unidades de saúde situadas na região central da cidade, o PSF não tem cobertura total, atendendo as áreas não cobertas pelo PSF de maneira tradicional. O município conta também com 1 centro municipal de referência de especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas, 1 CAPS e 2 hospitais: Um filantrópico, conveniado ao SUS (que conta com UTI e Pronto Socorro com atendimento clínico, cirúrgico, pediátrico e obstétrico) e 1 particular. Conta também com Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, em 1 das unidades da região Leste do Município, mais distante da região central e próxima à área urbana de Boa Fé. As UBS funcionam no horário das 7:00 às 19:00.

A Secretaria Municipal de Saúde do Município está estruturada conforme o organograma descrito na figura 1:

Figura 1: Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Caridade



Existe um compromisso do gestor (atual e anterior) em manter todas as equipes do PSF completas, com eventual dificuldade na substituição dos profissionais médicos devido à grande rotatividade e disputa por este profissional na região. Além dos profissionais médicos do PSF atuam também nas UBS outros profissionais médicos (clínicos, pediatras e gineco-obstetras).

Todas as UBS contam com a coordenação de profissional Enfermeiro, que geralmente também atua em 1 das equipes do PSF da unidade. Todas as unidades têm uma estrutura razoável para o atendimento, porém o espaço para reuniões e atividades com as equipes de ACS geralmente é pequeno.

O Departamento de Vigilância em Saúde conta com a seguinte equipe:

<p>Direção do Departamento:</p> <p>1 enfermeiro sanitaria (que também apóia tecnicamente as 3 coordenações)</p>
<p>Coordenação de Vigilância Epidemiológica:</p> <p>1 enfermeiro sanitaria</p> <p>1 técnico de Enfermagem</p> <p>2 auxiliares administrativos / digitadores</p>
<p>Coordenação de Vigilância Sanitária (responsável também no município pela área de saúde do trabalhador):</p> <p>1 farmacêutico</p> <p>1 veterinário</p> <p>1 odontólogo</p> <p>1 nutricionista</p> <p>3 fiscais sanitários</p> <p>1 auxiliar administrativo (que também apóia a coordenação de Vigilância Ambiental)</p>
<p>Coordenação de Vigilância Ambiental (responsável também no município pelas ações de zoonoses e controle de vetores):</p> <p>1 tecnólogo de Saneamento</p> <p>1 veterinário</p> <p>8 agentes de campo cedidos pela FUNASA</p> <p>56 Agentes de Combate às Endemias</p>

Os Agentes de Combate às Endemias – ACE cobrem 100% da área urbana do município, estando distribuídos em território coincidente com as áreas de abrangência das UBS, de acordo com o seu número de imóveis, sem qualquer relação, porém com as áreas de abrangência das equipes do PSF. Para cada área existe a figura de 1 “coordenador” das equipes (geralmente 1 dos agentes designados para esta função ou agente de campo cedido pela FUNASA). O contato dos ACE com as equipes da UBS é ocasional. As reuniões das equipes de ACE ocorrem no nível central ou em espaços da comunidade onde atuam, como praças ou na associação de moradores local. Os coordenadores da maioria das UBS informam que “não há espaço físico” para que os mesmos se reúnam no espaço das mesmas.

Apesar da prioridade definida no município para a área de saúde, com aproximadamente 26% do orçamento municipal, não foi possível a contratação direta dos ACE, dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e parte dos demais profissionais das equipes do PSF, devido às restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal. Estes foram contratados através de Organização Social no regime de CLT. Estes se sentem inseguros, pois o município está sendo interpelado pelo Ministério Público, que exige a contratação direta através de concurso.

O surto de dengue em Nova Caridade

Nova Caridade conta com número de ACE de acordo com a orientação do Programa Nacional de Controle da Dengue, que vem conseguindo realizar 89% do número de visitas preconizadas a cada imóvel (preconizado: 1 visita a cada imóvel a cada 2 meses), além de visitas quinzenais a todos os pontos considerados estratégicos. Todos os focos encontrados são tratados.

Durante a realização do último Levantamento Rápido de Índice Amostral (LIRA), que é feito no município regularmente, a cada 3 meses, foi observado um crescimento importante dos níveis de infestação. No mês de janeiro, após 2 meses de calor e chuvas intensas, foram observados os seguintes níveis (tabela 2) do índice de infestação predial (percentual de imóveis onde foram encontrados focos com larvas do mosquito *Aedes aegypti*):

Tabela 2: Levantamento do LIRA na área urbana de Nova Caridade, segundo extrato (região), outubro de 2015 e janeiro de 2016

EXTRATO	REGIÃO	Índice de Infestação Predial*	
		Outubro 2015	Janeiro 2016
I	CENTRO	3,8	5,0
II	NORTE	3,0	5,8
III	LESTE	4,3	4,4
IV	SUL	2,0	2,4
Média	ZONA URBANA DE NOVA CARIDADE	3,7	4,7

* O Ministério da Saúde classifica os níveis de infestação predial de acordo com os seguintes critérios de risco: Satisfatório: < 1,0 - Alerta: 1 a 3,9 - Risco de surto: > 3,9

Desde o dia 15 de fevereiro começou a ocorrer um aumento expressivo na procura por atendimento nas UBS da região norte da cidade, bem como no Pronto Socorro do Hospital Filantrópico e na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. A grande maioria dos pacientes era residente no bairro de Vila Santa Rosa, com quadro de febre alta, prostração, dor muscular, cefaleia intensa principalmente em região retro-orbital e exantema. Dois pacientes deste mesmo bairro chegaram à UBS de Vila Santa Rosa e ao Pronto Socorro com história de um quadro semelhante há 4 dias, com melhora da febre no dia do atendimento e há algumas horas dor abdominal intensa e contínua, vômitos e

hipotensão postural, evoluindo com quadro de choque, necessitando de hidratação endovenosa em grande volume e internação em leito de UTI.

No início de março de 2016 começaram a chegar os primeiros exames laboratoriais, confirmando que a maioria dos casos apresentava sorologia positiva para Dengue. Esta era a situação epidemiológica no 3º dia de março:

Tabela 3: Casos de dengue no município de Nova Caridade, 2016

REGIÃO	BAIRRO (ÁREA UBS)	Casos de Dengue			Casos de FHD* confirmados
		Confirmados	Descartados	Aguardando Res. Exames	
CENTRO	Centro	9	36	32	0
	Ipiranga	21	19	34	0
NORTE	Santa Rosa	238	36	127	2
	Vila Isabel	106	39	92	0
	Jardim Guarani	23	24	44	0
LESTE	3 UBS	1	42	39	0
SUL	2 UBS	0	28	19	0
RURAL	1 UBS	0	3	1	0
TOTAL	11 UBS	398	227	388	2

*FHD: Febre Hemorrágica da Dengue

Passo 4 – Após a leitura, façam uma discussão do texto, enfocando os seguintes aspectos:

a) Organização dos serviços de saúde, especialmente quanto à Atenção Primária (APS), Vigilância em Saúde (VS) e a integração desses serviços.

b) Definição dos territórios de atuação da APS e da VS.

c) Ocorrência do surto de dengue e fatores que podem ter influenciado sua ocorrência (relacionado à organização do sistema de saúde, demais políticas públicas e organização da comunidade).

Segundo momento: Preparação da dramatização (30 minutos)

Passo 1 - Após a leitura e discussão do texto, os grupos deverão organizar uma dramatização para apresentação em plenária, considerando a seguinte situação:

O Secretário Municipal de Saúde (que está à frente da Secretaria Municipal de Saúde – SMS desde janeiro de 2016) fará duas visitas com sua equipe à UBS da Vila Santa Rosa no dia **04 de março (durante o surto)** e no dia **04 de maio (após seu controle)**.

As reuniões ocorrerão no final da tarde (aproximadamente às 17 horas) e deverão participar:

- A equipe de direção da SMS, com a participação da Direção do Departamento de Atenção à Saúde, Coordenação da Atenção Primária, Direção do Departamento de Vigilância e Coordenações de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;
- A equipe da UBS da Vila Santa Rosa, que conta com três equipes do PSF;
- A equipe de controle de endemias responsável por este território.

Passo 2 – Três grupos farão a primeira dramatização, considerando a **situação esperada no dia 04 de março**, sendo que cada grupo deverá interpretar os papéis de uma das equipes anteriormente descritas, preparando-se previamente (30 minutos) para a simulação da “reunião”. A segunda dramatização será realizada da mesma forma, por outros três grupos, considerando a **situação esperada em 04 de maio**, com vistas a procurar reorganizar os serviços não só para evitar uma nova epidemia, mas buscar uma melhor organização e integração das ações, considerando as necessidades da população. O “ator” que representar o Secretário Municipal deverá apresentar na

simulação uma proposta de unificação dos territórios do PSF e da VS, bem como a integração dos ACE nas equipes do PSF, os demais deverão simular a reação à proposta nas três equipes.

Passo 3 – Os facilitadores indicarão qual cenário acima será utilizado pelo grupo para a preparação da dramatização. Caso necessitem de informações sobre a organização dos serviços para enfrentamento de surtos de dengue, os grupos poderão consultar o documento “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”.

Passo 4 – Na preparação da dramatização, atentem-se para a identificação de todos os personagens e do cenário (se for o caso), bem como o tempo destinado à apresentação em plenária (30 minutos).

1º DIA - TARDE

ATIVIDADE 4 – DRAMATIZAÇÃO: SURTO DE DENGUE EM NOVA CARIDADE



1 hora e 30 minutos

DESCRIÇÃO:

1. Apresentação das dramatizações, conforme os cenários previamente definidos.
2. Após as dramatizações, será feita uma discussão sobre os principais aspectos levantados na dramatização dos dois grupos, a partir dos seguintes itens: a) organização dos serviços (APS/VS), compatibilização dos territórios e integração APS/VS.

ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO: A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



1 hora e 15 minutos



DESCRIÇÃO:

Para não perder o hábito, o grupo deve eleger novamente um coordenador e um relator para esta atividade. É muito importante contar com a colaboração de todos no exercício dessas funções.



TEXTO 2 - A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

1. Evolução do conceito de vigilância em saúde

A vigilância pode ser definida como sendo a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la (Langmuir, 1963).

A característica essencial da atividade de vigilância é, portanto, a existência de uma “observação contínua” e da “coleta sistemática” de dados sobre determinantes em saúde e doenças. Em todos os conceitos posteriormente utilizados para definir essa atividade de saúde pública, até os da atualidade, essa é uma característica que sempre está presente. No Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, as ações de vigilância epidemiológica, restritas ao controle de doenças transmissíveis, eram conduzidas pelo Ministério da Saúde. Apenas os estados integravam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criado em 1975 (Lei 6.529, 1976), e cabia-lhes executar as ações definidas pela União. Situação semelhante ocorria no desenvolvimento das ações de vigilância sanitária. Nessa época, as ações de vigilância ambiental eram praticamente inexistentes no âmbito do sistema público de saúde.

O processo de descentralização das ações de vigilância em Saúde teve início em 1999, à partir da publicação da portaria ministerial 1.399, que definiu as atribuições da União, estados e municípios nas ações de epidemiologia e controle de doenças. Na Vigilância Sanitária esse processo começou neste mesmo ano, com a publicação da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define instituiu a ANVISA e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, atribuindo e atribuiu competência a União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, para exercer que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Em 2004, foi publicada a Portaria 1172, quando foram definidas as atividades denominadas de vigilância em saúde, a saber: Vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde. Apesar deste documento não incluir dentre estas atividades a Vigilância Sanitária, vários estados e municípios já incorporavam nesta época a vigilância sanitária e a vigilância à saúde do trabalhador como atividades da vigilância em saúde.

Em 2009, à partir da instituição do “Pacto pela Saúde” e publicação da Portaria 3252 os Estados, Distrito Federal e municípios são fortalecidos no papel de gestores da Vigilância, sendo ampliadas as ações denominadas como vigilância em saúde, abrangendo:

- Vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- Promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- Vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;
- Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;
- Vigilância da saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e
- Vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem

com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A partir da publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (que regulamentou a Lei nº 8.080 / 1990, instituindo o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP), houve a necessidade de efetuar uma revisão da Portaria 3252 / 2009. Esta foi revogada em 2013, com a publicação da Portaria GM / MS 1.378 que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Nesta Portaria a Vigilância em Saúde é definida como *“processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde”*.

A Portaria GM/MS 1378 / 2013 propõe que as ações de Vigilância em Saúde sejam coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para:

- A vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
- A detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- A vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;
- A vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;
- A vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;
- A vigilância da saúde do trabalhador;
- Vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde;
- Outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicas e privadas nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo, trabalho e na própria comunidade.

Os conceitos dos diversos componentes da Vigilância em Saúde não são detalhados nesta última Portaria, motivo pelo qual consideraremos para os mesmos as definições da

Portaria GM/MS 3252 / 2009. Cabe destacar que está em discussão a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que deverá trazer maior detalhamento à discussão da integração das ações de Vigilância em Saúde na Rede de Atenção, podendo ainda rever diversos dos conceitos aqui apresentados.

2. A necessidade de integração entre as ações de VS e a APS

Grande parte dos municípios ainda desenvolve ações de vigilância em saúde de modo centralizado, sem a devida capilaridade para as unidades básicas, o que provoca restrições no efetivo controle das doenças e agravos prioritários e torna distante a possibilidade de operacionalizar o princípio da integralidade da atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica, publicada em março de 2006 e atualizada em 2011, elege o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde, apresentando-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde. A análise da situação de saúde das áreas de abrangência das unidades básicas permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adscrita é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de APS.

A Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das **Redes de Atenção à Saúde**, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde. Essas redes consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

A integralidade deve ser compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário. A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a estratégia de Saúde da Família como prioridade para sua organização.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

I - compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família;

II - planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;

III - monitoramento e avaliação integrada;

IV - reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos, entre outros;

V - educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

As ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações, sendo que as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e dos Agentes de Combate a Endemias – ACE (ou agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações), serão desempenhadas de forma integrada e complementar.

Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde, recomenda-se a incorporação gradativa dos ACE nas equipes de Saúde da Família.

As ações de Vigilância Sanitária devem ser desenvolvidas com base nas práticas de promoção, proteção, prevenção e controle sanitário dos riscos à saúde para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como elemento estruturante do SUS. Os profissionais de Atenção Primária à Saúde não incorporarão a atribuição de polícia administrativa inerente aos profissionais de vigilância sanitária.

As ações de promoção da saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades existentes, buscando intervir sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Na busca da integralidade deve-se promover a articulação de atores e políticas sociais no planejamento e execução de ações intersetoriais,

A organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde, objetivando a integralidade do cuidado, demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade.

O apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho, considerando as seguintes atribuições mínimas:

I - análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;

II - apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção;

III - articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e

IV - articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo.

Na organização da atenção, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Controle de Endemias (ACE) desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ser corresponsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. Por isso, devem desenvolver ações de promoção, prevenção e controle dos agravos, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade, e embora realizem ações comuns, há um núcleo de atividades que é específico a cada um deles.

Os gestores e as equipes de saúde devem definir claramente os papéis, competências e responsabilidades de cada um destes agentes, e de acordo com a realidade local, definir os fluxos de trabalho. Cada ACE deverá ficar como referência para as ações de vigilância de parte do território sob responsabilidade de uma Equipe de Saúde da Família. A relação entre o número de ACE e de ACS será variável, pois se baseará no perfil epidemiológico e nas demais características locais, a exemplo do perfil demográfico da população e aspectos geográficos.

É fundamental o uso de protocolos assistenciais que proponham ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais. A territorialização é base do trabalho das equipes de APS para a prática da vigilância em

saúde. O propósito fundamental deste processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde.

Referências: texto adaptado pela equipe técnica do CONASS a partir de:

1. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 1378 de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz. Doc Preliminar. Diretrizes Para A Integração Entre a APS E Vigilância Em Saúde. mimeo Brasília. 2009
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS - Progestores. Brasília: CONASS, 2003
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 6, I. Brasília: CONASS, 2007
6. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 6, II. Brasília: CONASS, 2007

Passo 3 – Após a leitura, discutam com os colegas as questões a seguir:

a) Como o grupo conceitua Vigilância em Saúde?

b) Atualmente, qual a abrangência das ações denominadas de vigilância em saúde?

c) Para o grupo, qual a articulação no território entre a VS e a APS em relação à(o):

- Integralidade do Cuidado

- Processo de definição do território

d) Como se deve dar o apoio matricial para que as equipes de APS desempenhem o seu papel na Vigilância em Saúde?

e) A quem cabe oferecer e como se deve dar este apoio?

Passo 4 – O relator deve sistematizar a discussão em torno das questões acima para apresentação em plenária.

ATIVIDADE 6 – PLENÁRIA DO TRABALHO EM GRUPO: A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



30 minutos



DESCRIÇÃO:

1. O coordenador da plenária conduzirá as apresentações dos grupos.
2. Aproveite para esclarecer suas dúvidas, fazendo questionamentos. Registre aqui os principais elementos de discussão da plenária.

ATIVIDADE 7 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



45 minutos



DESCRIÇÃO:

1. O coordenador de plenária fará uma apresentação sobre Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, com o intuito de sistematizar todas as discussões ocorridas até o momento.
2. Aproveite para registrar elementos que, porventura, não apareceram nas discussões em grupo.

ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO: SURTO DE TOXOPLASMOSE NO MUNICÍPIO DE SANTA ISABEL DO IVAÍ - PR



1 hora e 45 minutos



DESCRIÇÃO:

O grupo deve eleger novamente um coordenador e um relator para a atividade. É muito importante contar com a colaboração de todos no exercício dessas funções.



**TEXTO 3 - SURTO DE TOXOPLASMOSE
NO MUNICÍPIO DE SANTA ISABEL DO IVAÍ – PR**

A Toxoplasmose é uma infecção causada por um parasita intracelular *Toxoplasma gondii*. Sua transmissão pode ocorrer através da via transplacentária, ingestão de carne crua ou mal cozida, transplante de órgãos, hemotransfusões, ingestão de oocistos esporulados em alimentos ou água.

A doença apresenta-se em suas formas branda a moderada com sintomas de gripe, linfonodos infartados e dor muscular, enquanto que na forma severa pode causar lesões nos olhos e cérebro. Em crianças infectadas durante a gravidez pode causar retardo mental, cegueira e anormalidades físicas. Dentre os grupos de risco destacam-se: recém-nascidos de mães infectadas antes ou durante a gravidez, imunodeprimidos, principalmente os portadores de HIV/AIDS, transplantados e pacientes em tratamentos de quimioterapia.

Santa Isabel do Ivaí é um município situado na região noroeste do Estado do Paraná com uma população na época de 9154 hab. No período de novembro de 2001 a janeiro de 2002 aproximadamente 600 pessoas procuraram a unidade de saúde, com sintomas compatíveis com Toxoplasmose. 426 apresentaram sorologia sugestiva de infecção aguda por *Toxoplasma gondii* (IgM reator).

No dia 04 de janeiro de 2002, o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) foi notificado. Uma equipe formada por técnicos do

CENEPI, da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, e da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Isabel do Ivaí, iniciou uma investigação com os seguintes objetivos:

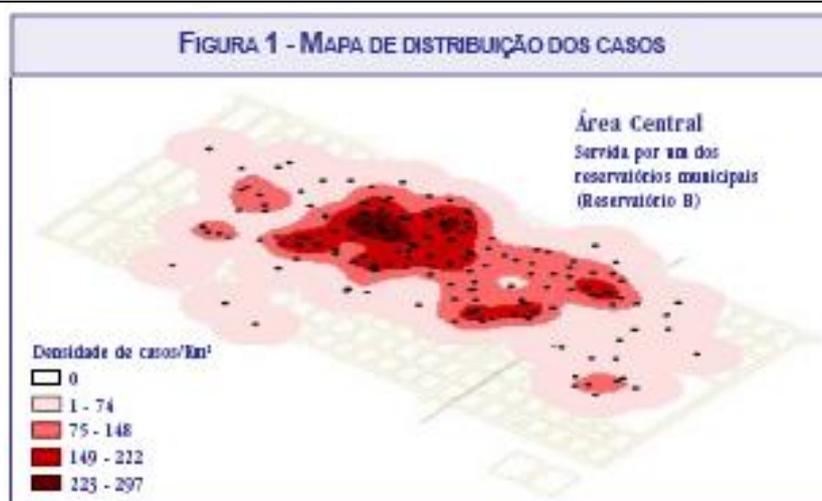
- Descrever o surto por tempo, lugar e pessoa.
- Identificar a fonte de contaminação.
- Identificar possíveis fatores de risco.
- Recomendar medidas de prevenção e controle.

Tendo em vista esses objetivos foram realizados: i) mapeamento dos casos; ii) estudo epidemiológico de caso-controle; iii) estudos laboratorial e ambiental. Com as informações referentes aos endereços dos pacientes, os casos foram identificados espacialmente com o auxílio do GPS e lançados no mapa digitalizado da cidade. Foi avaliada a densidade dos casos, visando analisar a distribuição geográfica e agregação espacial.

Para o estudo epidemiológico foi definido como caso: Residente do município, com manifestações clínicas e sorologia reatora para IgM e IgG durante o período de 20/10/2001 a 31/01/2002. Os controles foram selecionados aleatoriamente de uma lista de voluntários IgM e IgG negativos, pareados por sexo e faixa etária. Para coleta de dados foi aplicado um questionário padronizado incluindo variáveis: demográficas, socioeconômicas, doenças pregressas, manifestações clínicas, exposições hídricas, alimentares e a animais domésticos. Foram feitas análises estatísticas utilizando software específico. Para o estudo ambiental e laboratorial foi realizada filtração a vácuo de grandes volumes de água (cerca de 4.800 litros), de instituições escolares que possivelmente possuíam água armazenada da época de início do surto (uma vez que estavam fechadas por férias escolares), tendo em vista que uma das hipóteses poderia ser a contaminação de um dos reservatórios que abastecia a cidade. A água coletada foi analisada pela técnica de PCR¹, além da utilização de modelo animal (galinhas e porcos) alimentados com membranas utilizadas no processo de filtração da água, com realização de sorologia.

Os resultados da investigação são descritos a seguir: A distribuição geográfica dos casos na cidade demonstrou uma concentração de casos na área central da parte baixa, região servida por um dos dois reservatórios de água municipal (Figura 1).

¹ PCR: reação em Cadeia de Polimerase - técnica que permite a identificação de agentes infecciosos ou parasitas, através da ampliação de seu DNA ou RNA *in vitro*, utilizando uma reação enzimática catalisada pela enzima polymerase.



Cento e setenta e seis pessoas se encaixaram na definição de caso e 156 (89%) participaram do estudo, tendo sido selecionados 220 controles. Dentre os casos, 79 (51%) eram do sexo masculino e a mediana de idade foi de 28 anos (intervalo: 01 - 72 anos). A distribuição dos casos por data de início de sintomas mostra que o surto iniciou em novembro, com um pico que compreendeu o período de 25 de novembro a 10 de dezembro, e terminou em janeiro de 2002. Os principais sinais e sintomas foram: cefaleia, febre, cansaço, mialgia, adenomegalia (cervical, axilar, inguinal), perda de apetite, dentre outros. Sete casos ocorreram em gestantes sendo que 06 tiveram filhos infectados, um apresentou anomalia congênita grave e 01 teve aborto espontâneo. Na primeira avaliação oftalmológica, 176 casos foram examinados, encontrando-se 14 (8%) com alterações oftálmicas compatíveis com Toxoplasmose ocular.

Foram estatisticamente associados com um aumento do risco de adoecimento as seguintes variáveis: utilização de água do reservatório baixo, consumo de 10 ou mais copos de água/dia, presença de caixa d'água na residência, alimentação em restaurante, e consumo de bacon, carne de carneiro e sorvete (Tabela 1). As variáveis estatisticamente associadas com o adoecimento foram: utilização de água do reservatório baixo e presença de caixa d'água na residência.

Tabela 1 - Fatores de risco para toxoplasmose.

Variável	Odds Ratio Pareada	IC 95%	Valor de p
Receber água do reservatório B	2,4	1,4 - 10,6	0,01
Beber > 10 copos de água	3,6	1,2 - 3,6	0,01
Uso da caixa d'água em casa	2,3	1,3 - 4,1	0,01
Comer em restaurante	1,7	1,1 - 3,0	0,02
Consumir			
Sorvete comercial	3,4	2,1 - 5,7	0,01
Bacon	1,9	1,1 - 3,0	0,01
Carneiro	1,9	1,1 - 3,5	0,04

O *Toxoplasma gondii* foi detectado nas membranas analisadas no modelo animal, bem como pela técnica de PCR. Numa inspeção realizada nos reservatórios durante a investigação evidenciou infiltrações e vazamentos, presença de felinos que habitavam dentro da casa de máquinas, e um dos filhotes capturados possuía sorologia reatora para toxoplasmose.

Quanto à origem da água, era proveniente de poço, não havia filtração e a cloração estava inadequada.

Em conclusão, tratou-se de um surto de Toxoplasmose causado por transmissão hídrica devido à contaminação com oocistos em um dos 2 reservatórios municipais em Santa Isabel do Ivaí. O número de casos detectados neste surto constituiu-se no maior surto de toxoplasmose já relatado no mundo até então, sendo a primeira vez em que o parasita foi isolado da água incriminada.

Em termos de impacto em saúde pública, esta investigação demonstrou a vulnerabilidade da rede de abastecimento de água municipal para contaminação por *Toxoplasma gondii* e a importância da água como um veículo na transmissão de Toxoplasmose. Em algumas regiões do Brasil este mecanismo de transmissão pode estar contribuindo para as altas prevalências encontradas. Foi implementada no município uma reforma no sistema de abastecimento e construído outro reservatório, além das medidas educativas e de assistência médica que foram adotadas durante e após o surto.

Referências:

Resumo elaborado pela equipe do CONASS com base em artigo publicado no "Boletim Eletrônico Epidemiológico" do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde - Ano 2, Número 2 de 20 de agosto de 2002.

Autores: Moura LM, Wada MY, Carmo EH, Dusi RM, Tuboi SH, Daufenbach LZ, Carmo GMI, Muricy CL, Araújo WN, Siqueira AA, Ramalho VM (CENEPI / FUNASA); Camargo NJ, Trevisan R, Graça RMT (SES/PR); Mazzotini AEA, Felipe CKK (SMS de Santa Isabel do Ivaí/PR); Garrett DO (CDC/Atlanta).

Passo 3 – Após a leitura, o grupo deve iniciar a discussão a partir das questões norteadoras a seguir:

a) Quais seriam as principais medidas que tomariam caso uma situação idêntica ocorresse em seu município ou em uma região de seu município (pensando no enfrentamento do surto em curso e na prevenção de situações semelhantes no futuro), supondo que fossem responsáveis ou fizessem parte:

Da equipe de Vigilância em Saúde:

- Setor responsável pela área de Vigilância Epidemiológica
- Setor responsável pela área de Vigilância Sanitária;
- Setor responsável pela área de Vigilância Ambiental em Saúde;
- Setor responsável pela área de Saúde do Trabalhador.

Da coordenação da Atenção Primária no Município.

Da(s) equipe(s) da Estratégia Saúde da Família vinculada(s) à unidade de saúde da região com maior concentração de casos. Nesse caso, quais seriam as principais atribuições dos membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista, técnico de higiene dental, auxiliar de odontologia, agente de combate às endemias)?

b) Como o grupo avalia a inserção do Agente de Combate às Endemias na Equipe de Saúde da Família?

c) Como deveria se dar a integração das ações entre as diversas áreas (tanto entre as subáreas da VS quanto entre a VS e a APS)?

d) Haveria necessidade de articulação com outras áreas de governo e da sociedade? Quais? Quais setores da Secretaria Municipal de Saúde citados teriam esta responsabilidade?

Passo 4 – Após as discussões, o relator deverá fazer a sistematização dos principais pontos para apresentação em plenária.

ATIVIDADE 8 – PLENÁRIA DO TRABALHO EM GRUPO: SURTO DE TOXOPLASMOSE NO MUNICÍPIO DE SANTA ISABEL DO IVAÍ – PR



40 minutos



DESCRIÇÃO:

1. O coordenador da plenária conduzirá as apresentações dos grupos.

2. Aproveite para esclarecer suas dúvidas, fazendo questionamentos. Registre aqui os principais elementos de discussão da plenária.

ATIVIDADE 9 – SEMINÁRIO: A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS



1 hora para apresentação e 20 min de debate



A estrutura e as ações de Vigilância em Saúde em desenvolvimento no Estado de Goiás

Expositor: Representante da Secretaria Estadual de Saúde / Superintendência de Vigilância em Saúde.

2º DIA - TARDE

ATIVIDADE 10 – TRABALHO EM GRUPO: DIRETRIZES DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE



1 hora e 15 minutos



DESCRIÇÃO:

O grupo deve eleger novamente um coordenador e um relator para esta atividade. É muito importante contar com a colaboração de todos no exercício dessas funções.



TEXTO 4 - DIRETRIZES DE INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Foram definidas sete diretrizes que orientam as ações, de caráter operacional, a serem planejadas e pactuadas localmente para a integração entre a APS e a VS, cujo eixo orientador é a **integralidade do cuidado**. São proposições a serem adaptadas em cada contexto. São elas:

1. Organização do Processo de Trabalho

A operacionalização da integralidade do cuidado requer, necessariamente, a revisão dos processos de trabalho, buscando-se integrar os vários atores envolvidos tanto na APS quanto na vigilância em saúde. Esses atores devem ser corresponsáveis pelas ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e ações assistenciais, respeitando as particularidades e especificidades de cada perfil, integrando suas atividades de maneira a potencializar o trabalho e evitar a duplicidade das ações que, embora distintas, se complementam.

As ações aqui designadas devem ser parte das atividades rotineiras de todos os componentes das equipes de APS que incluem, em diversas composições, profissionais de nível superior, de nível técnico e os agentes de saúde.

Na organização da atenção, o Agente Comunitário de Saúde – ACS e o Agente de Combate às Endemias - ACE (ou agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações) desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ser corresponsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. Por isso, devem desenvolver ações de promoção, prevenção e controle dos agravos, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade, e embora realizem ações comuns, há um núcleo de atividades que é específico a cada um deles.

Os gestores e as equipes de saúde devem definir claramente os papéis, competências e responsabilidades de cada um destes agentes, e de acordo com a realidade local, definir os fluxos de trabalho. O número de ACE que vai compor cada Equipe de Saúde da Família será definido pelo gestor municipal de acordo com o perfil epidemiológico e sanitário, densidade demográfica, área territorial e condições socioeconômicas e culturais.

É fundamental o uso de protocolos clínicos que envolvam ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas de saúde mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais.

Ações recomendadas:

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
<p>1. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Descentralizar os programas da vigilância em saúde para APS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer apoio matricial para as equipes de APS/saúde da família por meio das equipes de referência da vigilância em saúde e profissionais da rede de APS ➤ Definir fluxos de gestão e atenção. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir papéis e responsabilidades de todos os membros das equipes de saúde. ▪ Definir fluxos das redes de atenção a saúde incluindo práticas de vigilância em saúde. ▪ Elaborar protocolos clínicos integrados. ▪ Divulgar fluxos de assistência para a população. ➤ Garantir a prestação dos serviços de vigilância em saúde na APS mediante a integração de ações programáticas e de demanda espontânea.

2. Promoção da Saúde

Nas últimas décadas, tornou-se fundamental cuidar da vida de modo a reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos ao adoecer e as chances de que tal processo seja produtor de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura.

A promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais, a fim que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando o preceito constitucional de participação social.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que promove o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade. Desse modo, formam-se redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos são

partícipes na proteção e no cuidado com a vida. A promoção da saúde visa romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde–doença, reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem.

Ações recomendadas:

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none">➤ Propor a inserção das ações de promoção a saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na APS, voltadas para ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo.➤ Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção à saúde.➤ Estabelecer mecanismos que garantam que a promoção da saúde seja uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde.

3. Território Integrado entre APS e Vigilância em Saúde

Os sistemas de saúde devem se organizar sobre uma base territorial, em que a distribuição dos serviços siga uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura.

A territorialização é base do trabalho das equipes de APS para a prática da vigilância em saúde. O propósito fundamental deste processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde.

Ações recomendadas:

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
3. TERRITÓRIO INTEGRADO ENTRE APS E VIGILÂNCIA EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar critérios para compatibilização de territórios: área de abrangência de unidade básica/saúde da família, no de imóveis da abrangência do agente de endemias e dados epidemiológicos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vincular os ACE à unidade básica de saúde/saúde da família ▪ Propor redesenho territorial ➤ Garantir dentro do território existência de agente comunitário e ACE ➤ Realizar análise da situação de saúde por meio dos sistemas SISAB/SIM/SINAN/SINASC/SIA/SIH/SI-PNCD, entre outros.

4. Planejamento e Programação

Planejar e programar em um território específico exige um conhecimento das formas de organização e de atuação dos órgãos governamentais e não governamentais para se ter clareza do que é necessário e possível ser feito. É importante o diálogo permanente com os representantes desses órgãos, com os grupos sociais e moradores, na busca do desenvolvimento de ações intersetoriais oportunizando a participação de todos. Isso é adotar a intersectorialidade como estratégia fundamental na busca da integralidade da atenção.

Faz-se necessário o fortalecimento das estruturas gerenciais dos municípios e estados com vistas não só ao planejamento e programação, mas também da supervisão, seja ela das equipes, dos municípios ou regionais.

Segundo a concepção da vigilância em saúde, a articulação desse conjunto de ações é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e respectivas propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação. O planejamento é entendido nessa proposta como uma ferramenta da gestão da vigilância em saúde e incorpora dois princípios fundamentais presentes na concepção da APS: a corresponsabilidade sanitária e a participação social.

Ações recomendadas:

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
4. PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolver processos de planejamento e programação de forma permanente e articulada entre as coordenações da APS e vigilância em saúde <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acordar agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas a integração e a melhoria dos indicadores de saúde. ▪ Recomendar que o planejamento e a programação sejam norteadores dos processos de trabalho, da organização dos serviços e da formação de rede articulada, hierarquizada e regionalizada. ▪ Elaborar cronograma de reuniões colegiadas para discussão da gestão em saúde. ▪ Constituir rede de apoio e cooperação técnica, favorecendo o intercâmbio intermunicipal e interestadual de experiências. ▪ Utilizar as ferramentas da epidemiologia para orientar o processo de planejamento e programação utilizando os sistemas de informação em saúde. ▪ Estabelecer relações de inter setorialidade e inter institucionalidade. ▪ Recomendar a participação articulada nos processos de construção dos Planos de Saúde (Estadual/Municipal), suas Programações anuais e no Planejamento Regional Integrado / discussão do COAP (Contrato Organizativo de ação Pública) e da PGASS (Programação Geral de ações e Serviços de Saúde). Inserir o tema nas discussões da Comissão Intergestores Regional – CIR. ➤ Desenvolver esta ação deste o nível local até o estadual.

5. Participação e Controle Social

Como forma de democratizar a gestão e atender às reais necessidades da população é essencial a constituição de canais e espaços que garantam a efetiva participação da população e o controle social sobre a gestão do SUS, pressuposto fundamental para a integração entre a APS e a vigilância à saúde, pois esta pressupõe processos de planejamento participativos como já destacado na diretriz anterior.

Ações recomendadas:

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
5. PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecer e constituir canais e espaços de comunicação que garantam a efetiva participação e o controle social dos trabalhadores e da população sobre as ações de integração entre APS e vigilância em saúde: Ouvidorias, Conselhos de Saúde (estaduais, municipais e locais). ➤ “Empoderar” a população das informações de saúde – dados epidemiológicos, serviços existentes, fluxos de funcionamento dos serviços.

6. Educação Permanente em Saúde

Investimentos em mudanças do ensino das profissões de saúde, com ênfase em currículos compatíveis com as necessidades do SUS. O ensino em situações reais de APS e vigilância em saúde são urgentes e indispensáveis. É preciso colocar na discussão das prioridades de educação permanente, as demandas por qualificação em vigilância em saúde na APS para os profissionais que estão atuando no SUS.

Destaca-se a importância de adotar os princípios da educação permanente na formação e qualificação dos profissionais em atuação. Esta pode contribuir para resolver os problemas identificados no desenvolvimento das ações de integração entre APS e VS. Constata-se, também, a necessidade de criar mecanismos de valorização do trabalho na APS e na VS, seja por incentivos formais, seja pela cogestão, o que significa a participação dos trabalhadores no processo decisório.

Ações recomendadas:

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
6. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Qualificar equipes gestoras e técnicas. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir no curso Introdutório para as Equipes de Saúde da Família o tema Vigilância em Saúde. ▪ Incluir nas capacitações de vigilância em saúde o tema APS. ➤ Elaborar material didático sobre as práticas integradas de APS e vigilância em saúde para subsidiar os cursos de qualificação profissional. ➤ Estimular a produção científica com foco nas práticas em serviço, com publicação de artigos, monografias, entre outros. ➤ Promover mostras de experiências exitosas sobre integração entre APS e vigilância em saúde ➤ Promover mesas de discussão permanente sobre assuntos de interesse da APS e vigilância em saúde ➤ Estimular a aproximação com a academia nos processos de trabalhos da APS e vigilância em saúde <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecer parceria com academia no processo de qualificação em serviço e produção científica ▪ Recomendar que as práticas nos serviços de saúde possam influenciar os processos de formação acadêmica. ▪ Qualificar população para participação e controle social. ▪ Elaborar material didático de práticas integradas de APS e vigilância em saúde de forma a estimular a participação social e a promoção da saúde nas comunidades.

7. Monitoramento e Avaliação

O monitoramento pode ser entendido como o contínuo acompanhamento das atividades, de forma a avaliar se as mesmas estão sendo desenvolvidas conforme planejado. Por sua vez, analisar continuamente indicadores de morbidade e mortalidade permite detectar alterações que expressam modificações nas condições de saúde da comunidade, a identificação de suas causas e a caracterização de seus efeitos. O monitoramento e avaliação permitem a elaboração de recomendações para o aprimoramento das ações executadas. Assim, instrumentos de gestão como processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação devem ser institucionalizados como reorientadores das práticas de saúde.

Os Sistemas de Informações de Saúde desempenham papel relevante na organização dos serviços. Estados e municípios, de posse das informações em saúde, têm condições

de adotar de forma ágil, medidas de controle de doenças, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões.

Ações Recomendadas:

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">➤ Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo metodologias e instrumentos de todos os instrumentos de gestão desde o nível local até o nacional➤ Monitorar integrada e sistematicamente indicadores pactuados.➤ Recomendar que os indicadores sejam analisados, considerando a avaliação das ações desenvolvidas e resultados obtidos, para subsidiar a reorientação das práticas.➤ Valorizar experiências exitosas.➤ Propor avaliações externas, quando necessário.

Referência: texto adaptado pela equipe técnica do CONASS a partir de: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz. Doc Preliminar. Diretrizes Para A Integração Entre a APS e Vigilância Em Saúde. mimeo Brasília. 2009

Passo 3 – Após a leitura do texto, discutam as questões que seguem:

- a) Discutir para cada diretriz, quais das ações recomendadas para a integração entre APS e Vigilância em Saúde, já vem sendo realizadas no município / região / estado.

Passo 4 – O relator deve sistematizar as questões acima para apresentação em plenária.

ATIVIDADE 16 – PLENÁRIA DO TRABALHO EM GRUPO: DIRETRIZES DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE



45 minutos



DESCRIÇÃO:

1. O coordenador da plenária conduzirá as apresentações dos grupos.
2. Aproveite para esclarecer suas dúvidas, fazendo questionamentos. Registre aqui os principais elementos de discussão da plenária.

ATIVIDADE 17 – ORIENTAÇÃO DA ATIVIDADE DE DISPERSÃO DO MÓDULO



30 minutos



A “**Matriz Programática das Diretrizes de Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária em Saúde**” foi proposta pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde no contexto do Projeto VIGISUS. Todos os Estados e municípios do Projeto participaram de oficinas onde foi realizado seu preenchimento e discussão.

Para esta atividade de dispersão, propõe-se o preenchimento da matriz para avaliação e planejamento do processo de integração das ações de Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS) pelo município e pelo próprio Estado (níveis central e / ou regional). Para tanto, seguem-se algumas instruções para preenchimento da referida matriz:

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DA MATRIZ

Ao ser preenchida a planilha com os componentes sugeridos para integração entre as ações de VS e APS, como primeiro passo, sugerimos algumas perguntas norteadoras para que a equipe reflita sobre os processos de trabalho e possa encontrar neles aspectos que caracterizem suas potencialidades e outros que caracterizem suas fragilidades.

Destacamos que o preenchimento da matriz deve contemplar ações que fortaleçam as potencialidades existentes e consigam propor ações que minimizem ou suprimam as fragilidades, no intuito de resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

Destacamos ainda que todas as propostas devem acontecer à luz da integração das ações da VS e APS, visando a garantia da integralidade do cuidado. A seguir foram pontuadas algumas questões por componentes da planilha:

1 - Territórios da APS/VS

- A área técnica tem utilizado os dados (ambientais, epidemiológicos, sanitários) levantados pela APS na territorialização?
- Qual o critério utilizado em cada área para definir seu território? (número de imóveis, número de famílias, aspectos geográficos, barreiras arquitetônicas, análise da situação de saúde, dados socioeconômicos, vulnerabilidade, riscos coletivos, equipamentos de saúde, equipamentos sociais, outros)?
- As bases territoriais são compatíveis? As equipes utilizam algum critério para compatibilização dos territórios da APS e da VS?
- A área técnica utiliza o geoprocessamento e/ou mapeamento para definir seu território?
- Os ACE são vinculados à UBS?
- Os ACE são vinculados à ESF?
- A APS está inserida no desenho de rede de atenção para os agravos?

2 - Organização do processo de trabalho

- Que ações estão sendo desenvolvidas de Integração entre a APS e VS na área técnica?

- Que políticas indutoras estão sendo desenvolvidas para que as ações de vigilância sejam efetivamente descentralizadas para a UBS?
- Existe uma definição clara das competências de integração da APS e pela VS?
- Existem fluxos de gestão e de rede de atenção definidos? Quais as estratégias ou metodologias utilizadas (Linhas do cuidado, gestão da clínica, protocolos clínicos integrados)?
- A coordenação prevê estratégias de apoio matricial da equipe do nível central para o desenvolvimento de ações de VS na APS?
- Essa área técnica prevê a inclusão/atividades para o ACE?
- Como se daria o processo de trabalho do ACE na equipe de SF?
- Como seria a supervisão do ACE na equipe?
- Qual o (novo) papel do supervisor dos ACE?

3 - Planejamento e programação

- As coordenações realizam planejamento e programação de forma permanente e articulada entre a APS e VS?
- A gestão prevê o envolvimento das coordenações de APS e VS conjuntamente no processo de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde?
- Acorda agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e à melhoria dos indicadores?

4 - Monitoramento e avaliação

- Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento da VS na APS?
- A equipe de monitoramento e avaliação da VS é composta por técnicos da APS?
- A equipe de monitoramento utiliza instrumentos (próprios) para acompanhamento das ações e práticas da APS e VS?
- As coordenações de APS e de VS utilizam as informações dos sistemas de informação da APS e VS como instrumentos de gestão, avaliação, planejamento e monitoramento?

Salientamos ainda, que alguns assuntos devam ser tratados transversalmente nos componentes discutidos na planilha, a exemplo da promoção a saúde e prevenção, controle social e formação e educação permanente.

Estas áreas dão abertura para que a discussão sobre a integralidade do modelo de atenção exista, dado que a transformação do modo de “operar a atenção à saúde” pressupõe esforços para alterações de concepções arraigadas e mudanças nos processos de trabalho.

O desafio colocado é criar uma base sólida para esse processo em construção, revendo e aprimorando constantemente seus fundamentos conceituais e metodológicos, ajustando-os à complexa realidade do país, e buscando sempre mecanismos de superação dos obstáculos existentes.

Para subsidiar as discussões sugere-se:

1) Que na área de promoção sejam observadas se existem ações organizadas e regulares de Promoção à Saúde e como esta integração vem ocorrendo.

2) Quanto à formação e educação permanente estão sendo viabilizados cursos preparatórios para os trabalhadores da APS/SF nas áreas técnicas da VS? A coordenação da APS/SF decide em conjunto com as áreas da VS os temas e atividades a serem desenvolvidas na Educação Permanente? É feita a publicação de materiais técnicos em conjunto APS e VS? É disponibilizada formação teórica e prática nas áreas básicas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental? É disponibilizada formação teórica e prática nas áreas técnicas da VS para os profissionais da APS? As áreas técnicas da APS e da VS desenvolvem, de forma integrada, atividades de Educação Permanente? Existe avaliação dos resultados dessas capacitações? De que formas têm sido feitas? Quais os resultados alcançados?

3) No controle e participação social verificar: Se as coordenações de APS e VS apoiam e legitimam a participação popular e o controle social. Se as áreas técnicas planejam, executam e acompanham as ações na sua área de atuação em parceria e/ou articulação com participação popular e o controle social. Se existem políticas indutoras à participação popular.

Após a reflexão coletiva sobre os aspectos colocados e alguns mais encontrados pela equipe, neste momento será esquematizado na planilha a proposta para solução dos problemas encontrados, seguindo os passos:

Situação Atual

Descrever de forma sucinta como são desenvolvidos os trabalhos da APS e VS referente a cada componente, dando ênfase na integração. Identificar se a lógica do trabalho,

as estratégias, ferramentas e/ou metodologias são comuns. Distinguir entre as situações encontradas, as que contribuem negativamente (fragilidades) e positivamente (potencialidades) nos processos.

Situação Desejada

Definir qual a situação que se espera alcançar. Descrever os objetivos e metas a serem concretamente alcançadas. As metas devem ser específicas, mensuráveis, adequadas, realistas e temporais.

Ações Propostas

Descrever as atividades/ações factíveis a serem desenvolvidas para superar as fragilidades e alcançar a situação desejada.

Insumos/Recursos

Descrever e quantificar os recursos humanos, materiais e/ou financeiros necessários para execução das ações.

Prazos

Determinar o prazo, preferencialmente fixando datas para execução das ações.

Responsável

Identificar o principal responsável (Departamento, Diretoria, Coordenação etc.) para o desenvolvimento e/ou coordenação da ação proposta (evitar identificações genéricas como Coordenação Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, entre outras).

Parceiros

Identificar os parceiros envolvidos e necessários para o desenvolvimento das ações. Identificar estes parceiros de acordo com seu envolvimento, definindo responsabilidades diretas, de execução, ou indireta, de cooperação e/ou fortalecimento das ações.

A seguir, a proposta da matriz:

MATRIZ PROGRAMÁTICA DAS DIRETRIZES DE INTEGRAÇÃO DA VS/APS

Componentes	Situação Atual		Situação Desejada (objetivos e metas)	Ações Propostas	Insumos/ Recursos	Prazos	Responsável	Parceiros
	Potencialidades	Fragilidades						
Territórios da APS/VS								
Organização do processo de trabalho								
Planejamento e programação								
Monitoramento e avaliação								

7. AVALIAÇÃO DA OFICINA



É chegada a hora de avaliar a Oficina. É muito importante termos a percepção de cada participante sobre os dois dias de trabalho. Sua avaliação nos permite garantir a manutenção das boas estratégias e a readequação daquelas que não conseguiram atingir ou atingiram parcialmente os objetivos propostos. Obrigado por contribuir!

8. APRESENTAÇÃO DA DISPERSÃO

Cada equipe deve eleger um relator e preparar uma apresentação do trabalho de dispersão (no formato que desejar) para o primeiro momento da próxima oficina.