

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
POLO UNIVERSITÁRIO DE SANTO ANTONIO DA PATRULHA  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**Giseli Scandolara Bosa**

**A relação entre vigilância epidemiológica e atenção básica no SUS:  
o caso de Forquilha/SC**

**Santo Antônio da Patrulha**

**2012**

**Giseli Scandolara Bosa**

**A relação entre vigilância epidemiológica e atenção básica no SUS:  
o caso de Forquilha/SC**

**Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.**

**Orientadora: Mariana Baldi**

**Santo Antônio da Patrulha**

**2012**

**Giseli Scandolara Bosa**

**A relação entre vigilância epidemiológica e atenção básica no SUS:  
o caso de Forquilha/SC**

**Trabalho de conclusão de curso de Especialização  
apresentado ao Programa de Pós-Graduação em  
Administração da Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de  
Especialista em Gestão em Saúde.**

**Orientadora: Mariana Baldi**

Conceito final: B

Aprovado em 27 de junho de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Fernando Dias Lopes - UFRGS

---

Prof. Dr. Diogo Joel Demarco - UFRGS

---

Orientadora – Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Mariana Baldi - UFRGS

## RESUMO

Este trabalho de conclusão do curso de especialização do programa de pós graduação em gestão em saúde da UFRGS trata-se de um estudo que objetiva entender a relação existente entre o setor de vigilância epidemiológica e 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 na atenção básica, criando um vínculo com estes profissionais e mantendo-os alertas para a detecção de situações de risco com o intuito de propor adequado direcionamento. Foi tratado na revisão de literatura temáticas relacionadas a Vigilância Epidemiológica, como o Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica, a Política Nacional de Humanização e a Gestão compartilhada. Na metodologia realizou-se abordagem qualitativa de caráter exploratória, realizando pesquisa bibliográfica e entrevista para a coleta de dados. A análise dos dados demonstrou ser preciso realizar continuamente rodas, reuniões, discussões, que promovam proximidade entre os serviços para que as ações sejam mais efetivas e os profissionais sejam parte do processo de produção de saúde, através de ativa participação nos espaços destinados à gestão compartilhada.

**Palavras chave-** Vigilância epidemiológica, atenção básica, proximidade, gestão compartilhada.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Sistema Único de Saúde – SUS.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1.2 Vigilância Epidemiológica.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1.3 Atenção Básica.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.4 Política Nacional de Humanização – PNH.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.4.1 Gestão Compartilhada.....</b>	<b>19</b>
<b>3 O MUNICÍPIO DE FORQUILHINHA.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Saúde de Forquilha.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.2 Dados Relevantes.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.3 Vigilância Epidemiológica.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1.4 Vigilância Epidemiológica e Atenção básica.....</b>	<b>27</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....</b>	<b>30</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO C.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO D.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO E.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO F.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO G.....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO H.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO J.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO L.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO M.....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo geral compreender o entendimento por partes dos profissionais de saúde de Forquilha sobre a relação entre vigilância epidemiológica (VE) e atenção básica (AB). Para alcançar este objetivo geral, definiu-se como objetivos específicos: caracterizar o serviço de VE no município de Forquilha; caracterizar o serviço de AB no município de Forquilha; identificar como ocorre o sistema de repasse de informações entre VE e AB no município de Forquilha, salientando seus problemas; apontar as possíveis sugestões advindas dos profissionais para melhoria da relação entre os dois serviços; propor alternativas com o intuito de otimizar o sistema de repasse de informações da VE para os profissionais da AB.

A proposta de intervenção surge da necessidade da reorganização da relação existente no município de Forquilha entre VE e AB, com o intuito de otimizar o sistema de repasse de informações da VE para os profissionais da AB, num sistema democrático, descentralizado, criando uma maior integração, aproximação com estes profissionais, com o intuito de mantê-los alertas para detecção de situações de risco e para a necessidade de prover adequado direcionamento as ações na prática, pautando-se no conhecimento compartilhado.

Ora, integrar ações entre VE e AB é necessário para avançarmos em busca de um novo modelo de atenção à saúde, muito embora, a realidade mostra se um pouco distanciada, dado que Carvalho (2005, p.554) percebe “uma nítida distância entre a operacionalização das ações de VE, na lógica de “apagar incêndios” e as ações assistenciais e individuais das unidades de saúde”. Quanto a isso, Bezerra *et al* (2009) afirmam que persistem dificuldades na integração entre VE e ações assistenciais, pois muitas vezes as ações limitam-se a coleta de dados e ao repasse desses a outros níveis. Por isso, acredita-se que, melhorando a integração entre VE e AB, os resultados para o sistema de saúde terão reflexos positivos, principalmente a atenção dispensada ao paciente.

Urge esta questão de estudo porque, desde sua implantação em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem buscado qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS), através do envolvimento e posterior comprometimento dos sujeitos

que fazem parte da construção do SUS; gestores, trabalhadores e usuários (MORI; OLIVEIRA, 2009). A PNH propõe que a gestão e a atenção da saúde não devem ser separadas, mas sim associadas, pois são complementares. Nesse sentido, democratizar decisões, responsabilidades e conhecimentos é um dos requisitos da PNH.

O debate sobre democratização, participação social ou o princípio de corresponsabilidade contido tanto nas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (antes denominada programa), quanto na PNH, remetem inevitavelmente a questões de ordem ética e política que põem em evidência, categorias como sujeito, igualdade e autonomia (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009, p.558).

Pensar em gestão compartilhada é pensar em aumentar os espaços destinados às conversas onde apareçam as diferenças, com a intenção de pactuá-las. É também pensar no compartilhamento de informações. Nesse sentido é necessário estudar o conhecimento dos indivíduos a respeito de seu trabalho para que a tomada de decisão compartilhada seja qualificada.

Por trabalhar como responsável pelo setor de VE no município de Forquilha há algum tempo (5 anos), é possível perceber o distanciamento existente entre a maior parte dos profissionais de saúde e entre estes e a VE. Além disso, a maioria apresenta dificuldades ou insistem em manter essas dificuldades para realizar a notificação de agravos, contribuindo para a subnotificação de muitas doenças. A subnotificação dificulta o compartilhamento das informações e, conseqüentemente, da democratização da gestão do SUS entre os próprios profissionais da saúde.

Assim, este trabalho possui natureza qualitativa e se baseou nos depoimentos de alguns profissionais de saúde. Foi desenvolvido um estudo exploratório, via entrevistas semi estruturadas direcionadas a alguns profissionais que atuam nos serviços de saúde de AB representado pela ESF e também na VE do município de Forquilha no estado de Santa Catarina.

Para cumprir com seu objetivo, este trabalho está organizado da seguinte forma: primeiramente, uma revisão da literatura que aborda os conceitos sobre o SUS, VE, AB, PNH e gestão compartilhada; em segundo lugar, um breve histórico

do município, em terceiro lugar a apresentação dos procedimentos metodológicos; em quarto, a apresentação e análise dos dados e, por fim, as considerações finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este item tem o objetivo de aprofundar os conceitos de vigilância epidemiológica e atenção básica estas integrantes do SUS, em especial o caso brasileiro. Ainda dentro do SUS conceitua-se a PNH e dentro desta a gestão compartilhada. Antes de iniciarmos façamos uma aproximação preliminar com os temas.

Importa afirmar que o SUS possibilitou a inclusão de muitos que antes estavam à mercê de caridades. Essa inclusão foi ampliando-se a cada mudança na forma de gerir o sistema. A municipalização, por exemplo, trouxe ações de saúde para dentro dos bairros, aproximando-se mais e mais das famílias, que passaram a dispor de fácil acesso (SANTOS, 2007).

O SUS é um sistema público, descentralizado e com gestão participativa, mas é integrado por uma rede intrincada de serviços e de servidores públicos, ainda que bastante penetrada por componentes da sociedade civil: conselheiros, prestadores, organizações não governamentais, opinião pública, etc. (CAMPOS, 2007a, p.298).

Nem tudo o que constava na proposta de reforma dos anos 90 funciona plenamente, não avançamos tudo o que precisaríamos avançar, é preciso buscar maior desenvolvimento. “Isto porque o SUS ainda é uma reforma social incompleta, além do que sua implantação é heterogênea, desigual, conforme características geopolíticas ou geo-culturais de cada região” (CAMPOS, 2007c, p.302).

A VE pode ser visualizada em dois vieses diferenciados: o modelo mais conhecido que se baseia nas três etapas de “informação-decisão-ação”, voltado as respostas ao coletivo e; outro que busca conceber a VE como vigilância em saúde de forma mais abrangente, ou seja, como importante meio de encontrar soluções em saúde pública (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002).

Alguns ainda utilizam o termo VE, outros preferem referir-se a vigilância em saúde. O fato é que desde 1989, houve essa substituição da primeira pela segunda, mas, trata-se de uma alteração na denominação, o que não implica mudanças operacionais (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002).

O fato é que não se pode perder de vista que não basta apenas discussão e articulação para alterações de terminologias. É necessário também, um esforço sistemático e articulado capaz de promover um certo equilíbrio entre a configuração de uma terminologia e as potencialidades em provocar mudanças institucionais e/ou a construção de uma viabilidade técnico-científica que se traduza numa prática de saúde pública, sobretudo na VE, em face de suas peculiaridades. (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002, p.13).

Por sua vez, o termo Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária a Saúde (APS) é considerado pelas autoridades governamentais como o pilar de um sistema de saúde, sendo este referência para a qualidade dos serviços oferecidos por determinado sistema (BRASIL, 2011).

Nos países com sistemas de saúde universais, como os da Europa, o Canadá e a Nova Zelândia, o tema APS está na pauta política dos governos, fazendo um contraponto à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que determina necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Assim, mesmo considerando que tais sistemas têm diferentes arranjos operativos, pode-se identificar princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade. Esses princípios vêm sendo reforçados pelo acúmulo de publicações, em especial nos países desenvolvidos, que demonstram o impacto positivo da APS na saúde da população, no alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos do sistema de saúde (BRASIL, 2011, p.10).

A PNH, desde sua implantação em 2003 é uma política de saúde que busca a qualificação do SUS, através de suas intervenções que tentam inventar um novo modo de gerar saúde através do envolvimento e posterior comprometimento dos sujeitos que fazem parte da construção diária do SUS (gestores, trabalhadores e usuários), através da disponibilização de dispositivos, dentre os quais a cogestão (MORI; OLIVEIRA, 2009).

Cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, ela seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho (BRASIL, 2009b, p.24).

## 2.1 Sistema Único de Saúde – SUS

Em 1986, na VIII edição da Conferência Nacional de Saúde, fruto de um processo de redemocratização e mobilização social realizada por diferenciados atores é criada a proposta de um sistema diferente para solucionar os problemas de saúde da população. Essa proposta é inserida no relatório final da conferência, dando origem ao SUS, que constitui um marco na reforma do sistema de saúde brasileiro. Somente após dois anos de criação da proposta, o SUS passa a ser instituído pela Constituição Federal (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002).

A partir dos anos oitenta, no Brasil, criou-se uma relação singular entre o nascente movimento sanitário e o Estado/governo. De uma maneira análoga ao papel que o ator social, movimento médico, teve no desenho da modalidade de política liberal-privatizante, creio que o movimento sanitário foi um dos fatores determinantes para a criação e implantação do SUS, bem como para a constituição de um novo pensamento sobre saúde. Foram seus integrantes, ativistas, intelectuais e as entidades que o compunham, quem elaborou, em traços gerais, a política, diretrizes e, até mesmo, o modelo operacional do SUS (CAMPOS, 2007b, p.1868).

Desde a implantação do SUS, há uma concentração de esforços para que o município assumira as responsabilidades da saúde no território sob sua jurisdição. Desta forma é possível organizar melhor o sistema (LEITE; ASSIS; CERQUEIRA, 2003).

É observável que a descentralização, que a municipalização das ações e serviços do SUS façam com que exista uma proximidade real perante as particularidades, da realidade epidemiológica, social e política de cada localidade “buscando superar as fragmentações das políticas e programas por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada de ações” (BEZERRA *et al*, 2009, p.827).

O SUS possui um grande descrédito, advindo das críticas exaustivas efetuadas pela população, especificamente quando o assunto é disponibilidade de medicamentos, de exames, de consultas com especialistas e acesso a procedimentos e internações, que são pontos vulneráveis do sistema. Porém o SUS

não se resume somente a esses procedimentos, não apresenta somente dificuldades, problemas. Exemplo disso é que tem sido considerado satisfatório, quando o assunto é vigilância em saúde englobando a sanitária, a epidemiológica e a ambiental (COELHO, 2007).

### **2.1.2 Vigilância Epidemiológica**

A VE, já passou por várias redefinições de conceito. Entre os séculos XVII e XVIII era relacionada ao isolamento, designado também de quarentena. Só passou a ser considerada instrumento de saúde pública no fim do século XIX com o surgimento da microbiologia. “A sua prática, em todo o mundo, pautava-se nas chamadas doenças pestilenciais, como a varíola e a febre amarela, e à execução de medidas "polícialescas” (ALBUQUERQUE, CARVALHO; LIMA 2002, p.8).

O termo VE, na realidade, se refere a um sistema com o dever de coletar, analisar e como resultado das duas primeiras ações produzir informações importantes e repassá-las, para que medidas sejam efetuadas em tempo hábil em busca da promoção, prevenção e conseqüente controle da ocorrência de doenças. De acordo com Leite, Assis e Cerqueira (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”.

A VE, segundo a Lei Orgânica de Saúde, é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva. Tem como finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Essa concepção rompe com um modelo de atenção à saúde com enfoque biológico e centrado na atenção à doença. Adota como paradigma conhecer os fatores que determinam e condicionam o aparecimento de um agravo nos espaços coletivos para implementar medidas eficazes de controle (SANTOS; MELO, 2008, p.1924).

Bezerra *et al* (2009) afirmam que as informações oriundas da VE, 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 VE 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 investigações necessárias à programação e a avaliação das ações de controle de doenças e de agravos à saúde. O decreto define as informações consideradas básicas para o funcionamento do SNVE, estas viriam da notificação compulsória de doenças, das declarações de óbitos, dos estudos epidemiológicos e da notificação de agravos inusitados, que por serem anormais, necessitassem de medidas de controle coletivas (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA 2002).

O Decreto 78.321 de 1976 considerava as doenças a seguir como de maior importância:

Doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional: varíola, febre amarela, peste e cólera; Doenças vinculadas ao Programa Nacional de Imunização: poliomielite, sarampo, tétano, difteria, coqueluche, raiva, febre tifóide e doença meningocócica; Doenças controláveis através de ações coordenadas por órgãos específicos do Ministério da Saúde: malária, hanseníase, tuberculose e meningites em geral (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002, P.9).

Já em 1983 se discutia sobre o emprego do método epidemiológico para outras doenças e agravos, que não as doenças transmissíveis, essa discussão foi tema do "Seminário sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiologia", realizado em Buenos Aires, na Argentina, sob a coordenação da OPAS (Organização Panamericana de Saúde). Desse evento, surgiu a indicação de que as atividades da VE fossem ampliadas, passando a incluir as doenças crônicas, as "causas externas", as doenças relacionadas ao processo de trabalho, e outros agravos à saúde (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002).

Em diferentes municípios e, principalmente em algumas capitais brasileiras, as ações da vigilância epidemiológica vêm sendo ampliadas para outras doenças e agravos a saúde, além da listagem oficial de doenças de notificação compulsória nacional (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002, p.11).

Antes mesmo de 1983, na XXI Assembléia Mundial de Saúde (1968) já foram discutidas e inclusas outras doenças, ampliando o campo de trabalho da VE. De acordo com Albuquerque, Carvalho e Lima (2002, p.10):

A ampliação da abrangência do objeto da VE para outras doenças, além das doenças transmissíveis sugeria uma construção extremamente complexa na produção de conhecimentos, exigindo uma dinâmica institucional de produção contínua e sistemática de informações individuais e/ou coletivas, que pudessem configurar a "nova demanda", focalizada na reorganização da sua prática.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei Federal 8.080 de 1990, considerou o município como local ideal para desencadear ações de saúde, para tanto trouxe como importante a descentralização das ações da VE. Através do "I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica" (1992) foi proposta a reorganização do SNVE com o intuito de viabilizar a descentralização, através da descaracterização da centralização excessiva nos programas e a fragmentação de rotinas da VE. No referido seminário foi destacado que a desorganização dos serviços de saúde tem sido um grande empecilho para o desenvolvimento do SNVE. Fica claro que existe a necessidade de reorganização dos serviços de saúde para que a descentralização da VE ocorra plenamente, já que conforme Albuquerque; Carvalho e Lima (2002, p.11) "as aplicações de suas ações não são fatos isolados em si mesmos, mas, um conjunto de fatos que decorrem da dinâmica institucional do setor saúde".

O processo de descentralização da vigilância faz com que o trabalho traga respostas de verdade, já que a atuação ocorre próximo da realidade, ao contexto onde os problemas nascem. O agir próximo a origem dos problemas, torna mais rápido o desencadeamento de ações, e melhora também a capacidade dessas ações serem resolutivas (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002).

Através da VE que foi crescendo e sendo institucionalizada com o passar dos anos, é possível operacionalizar um ciclo de funções extremamente específicas que permitem conhecer e entender as características das doenças e agravos em qualquer momento.

O "Guia de vigilância epidemiológica" do Ministério da Saúde destaca que o Sistema de Vigilância Epidemiológica tem as suas atividades e atribuições definidas para os três níveis de atuação do SUS tendo por finalidade apresentar orientações técnicas, para as instâncias que têm a responsabilidade de decidir e executar ações de controle de doenças e de agravos, com a disponibilização de informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças ou de agravos à saúde (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002, p.12).

A vigilância em saúde pública deve continuar sua institucionalização seguindo um processo, dotada de atualizações que tornem mais fácil o entendimento de seu objetivo e das suas atividades, junto a reorganização dos serviços de saúde e do processo de descentralização (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA 2002).

### **2.1.3 Atenção Básica**

Especificamente no Brasil definiu-se para utilização o termo atenção básica ao invés de atenção primária a saúde, que é desenvolvida atualmente em grande parte pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011).

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 tratar-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, 2007c).

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. 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).

A saúde, compreendida como direito universal, indica que cada pessoa tem direito de acesso a uma equipe de atenção básica que lhe cuide, com capacidade de se corresponsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde e intervir sobre os mecanismos de produção de doenças. A adscrição de pessoas/famílias/áreas às equipes e o acompanhamento ao longo do tempo facilitam a criação de vínculo terapêutico (BRASIL, 2009a, p. 9).

A ESF tem o potencial de organizar o sistema de saúde, devendo ser o primeiro contato do indivíduo com o SUS. Porém é preciso que os profissionais inseridos nas equipes estejam munidos de um conjunto de conhecimentos para que possam ter bom direcionamento em suas práticas assistenciais, além de manter íntima integração com o restante dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Infelizmente a insistência em afirmar que a AB é um serviço de menor importância, de menor complexidade, está enraizada no pensamento de gestores, profissionais e também de usuários, sendo algo histórico advindo da centralização do poder no hospital. Porém há de se munir de variados conhecimentos para atuar na AB. Ela exige uma bagagem diferenciada e demasiadamente complexa. A AB é também um ótimo local para o desenvolvimento de ações de ensino aprendizagem (BRASIL, 2009a).

A Política Nacional de Atenção Básica ressalta que a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção a saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de

saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011, p. 16).

Os serviços que estão relacionados à AB, ou seja, os outros serviços de saúde que compõem a rede de saúde do município, devem prover apoio a mesma, e permanecerem sempre integrados, porém é responsabilidade da AB o acompanhamento dos pacientes, dando um seguimento ao caso, pois deve ser criado e mantido o vínculo terapêutico (BRASIL, 2009a).

O Ministério da Saúde estabelece dentre as atribuições dos trabalhadores da ESF: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco e executar ações básicas de VE e sanitária na sua área de abrangência (SANTOS; MELO, 2008).

As equipes de ESF, representando atualmente na maior parte dos municípios a AB, 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 estarem próximo a realidade, por estarem em lócus, torna-se mais propício a ESF trabalhar as questões relacionadas à VE, estas inseridas ao trabalho rotineiro, diário. As atividades de VE precisam estar integradas a prática do profissional que está atuando na AB, possibilitando maiores acertos, e maiores condições de realizar a promoção em saúde. Entendemos 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. Compreendemos também que os problemas de saúde da área de abrangência deverão ser direcionados conforme a complexidade e disponibilidade de recursos, assegurando a integralidade da atenção e a melhoria dos indicadores de saúde (SANTOS; MELO, 2008).

Parte-se do pressuposto de que a ESF convive mais de perto com os problemas de saúde da população e tem condições de intervir

oportunamente sobre os fatores determinantes do processo saúde-doença. Assim, um grande passo para a reorientação das práticas de saúde é a descentralização da VE para a Equipe de Saúde da Família, à medida que os profissionais incorporarem-na como uma atividade cotidiana do trabalho e desde que o contexto político local seja favorável a este processo de mudanças (SANTOS; MELO, 2008, p.1924).

#### **2.1.4 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).

Mori e Oliveira (2009, p.9.) ressaltam que:

A PNH, comprometida com a qualificação dos serviços públicos de saúde, coloca em análise as formas vigentes de gestão neste campo, e propõe outra forma: a cogestão que se faz no trabalho em equipe, construção coletiva traduzida em "também planeja quem executa" e em colegiados que garantem o poder compartilhado por meio de análises, decisões e avaliações coletivas.

Mori e Oliveira (2009) alegam que existe um comprometimento real, um fortalecimento quando passamos a trabalhar com o formato de gestão compartilhada, onde todos fazem parte da gestão contribuindo com o processo que é construído no coletivo. Trabalhar dentro desses coletivos que são espaços que devem ser construídos, não é brincadeira, muitas situações tensas podem ser geradas, mas se torna gratificante, por gerar olhares diferenciados, críticas também diferentes que são expostas a partir das demandas apresentadas no grupo por indivíduos de diferentes áreas.

A PNH, através de exemplos baseados em experiências de sucesso aposta que é possível construir um consenso, mesmo que os interesses de cada ator social sejam divergentes (seja trabalhador, usuário ou gestor). A construção deste consenso deve ocorrer através de espaços criados ou em espaços já existentes onde possam ocorrer encontros para discussões (BRASIL, 2009b).

A PNH estabelece que coletivos mobilizados podem transformar processos, realidades e que estas transformações de realidade contribuem para a transformação do próprio sujeito envolvido. Benevides e Passos (2005, *apud* Brasil, 2009a).

Para a PNH é indispensável a criação de proximidade, vínculos entre variados profissionais para então maximizar a autonomia e responsabilização de cada profissional inserido no SUS, com conseqüente resolução de problemas em conjunto (BRASIL, 2009b).

#### **2.1.4.1 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).

Os métodos atuais de gestão predominam pelo controle extremo da conduta do profissional.

...essas metodologias de gestão supõem que o interesse corporativo dos profissionais sempre dominará sobre seu compromisso com o usuário e com a organização; premissa que justificaria a busca sistemática e permanente de modalidades de controle do trabalho em saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.851).

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).

Estar inserido, tendo participação ativa nos processos de planejamento, de decisão, é algo extremamente motivador, gerando entusiasmo para o trabalhador. A gestão compartilhada apresenta uma transformação no histórico processo decisório que mantém o modelo verticalizado (BRASIL, 2009b).

A cogestão proporciona troca de conhecimentos, pois há processo de ensino e de aprendizagem durante as exposições de conhecimentos, e através das diversificadas culturas individuais que se contrapõem (BRASIL, 2009b).

Democratizar decisões, responsabilidades é um dos requisitos da PNH.

O debate sobre democratização, participação social ou o princípio de corresponsabilidade contido tanto nas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (antes denominada programa), quanto na PNH, remetem inevitavelmente a questões de ordem ética e política que põem em evidência, categorias como sujeito, igualdade e autonomia (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009, p.558).

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).

Os cidadãos não devem, ou não deveriam participar somente dos encontros sociais para discussão de questões referentes à saúde como conferências, conselhos e comissões. A participação deve ser maior e com maior facilidade de ocorrer, não pode estar restrita às instâncias formalizadas. Ela deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS (BRASIL, 2009b, p.8).

A reunião de equipe pode ser um momento propício para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações. É um espaço onde cada um pode acolher o outro e também ser acolhido. É espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, espaço que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe. Na reunião de equipe, pode-se também fazer o fechamento dos inúmeros relatórios normalizados e, principalmente, utilizar os dados produzidos para conhecer melhor o território, avaliar o trabalho realizado, planejar, organizar as informações a serem compartilhadas com a comunidade (BRASIL, 2009a, p. 27).

Nas organizações geralmente o poder está centralizado, a comunicação é restrita a classes iguais, com reuniões, comunicações específicas para cada profissão, como reuniões para médicos, para enfermeiros, cada classe separada, isolada. E na realidade para que o trabalho em saúde seja transformador, é necessário ser construído por meio das diferenças entre os sujeitos, das atividades das variadas profissões, que atuam com saberes e práticas diferenciadas. É preciso então organizar esses espaços, criar rodas para que as diferenças apareçam. A roda é interpretada como uma diretriz da cogestão. É um espaço onde é necessário aprender a ter paciência para lidar com as divergências, com as tensões, não tentando evitá-las, pois elas de qualquer maneira irão aparecer (BRASIL, 2009b).

### **3 O MUNICÍPIO DE FORQUILHINHA**

O município de Forquilha está situado na região sul do estado de Santa Catarina, localizado a 220 Km da capital Florianópolis.

A população do município vem crescendo ao longo do tempo, principalmente após o ano de 2000. A última contagem do IBGE em 2010 apresenta 22.548 habitantes (IBGE, 2012). A população é multirracial, composta por alemães, poloneses, luso-brasileiros, japoneses e italianos. Apesar disso, a cidade se autointitula a “A Cidade Mais Germânica do Sul de Santa Catarina” (HORR et al, 2009).

O município apresenta distinções significativas no que diz respeito à distribuição da população entre as faixas etárias nas comunidades rurais e na área urbana. No meio rural há uma tendência mais acentuada de diminuição da população jovem, enquanto a proporção de pessoas com mais de 60 anos é bastante elevada. Já na área urbana, ocorre o contrário, com uma maior concentração de jovens, especialmente crianças (HORR et al, 2009).

A agricultura, principal fonte de arrecadação do município durante muitos anos, sobretudo pelo cultivo do arroz, foi superada pela atividade industrial, que está baseada na indústria cerâmica, na agroindústria e na metal mecânica. Destaca-se também a atividade extrativista, típica da região e um dos motivos de seu desenvolvimento, com a extração do carvão mineral (HORR et al, 2009).

#### **3.1 Saúde de Forquilha**

O sistema de saúde de Forquilha está organizado através dos seguintes serviços disponibilizados:

- Um pronto atendimento municipal;
- Um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) básico que é referência também para outros municípios;
- Um Centro de Atendimento Psicossocial I (CAPS I);
- Um ambulatório de especialidades (Psiquiatra, Psicólogo, Nutricionista, Fonoaudióloga);

- Doze unidades básicas de saúde;
- Oito equipes de Saúde da Família (com sete equipes de saúde bucal);

A Secretaria Municipal de Saúde através da coordenação das ESF (representada por 2 enfermeiras) responde pelo gerenciamento de todos estes serviços, e abriga no mesmo espaço físico, o setor de VE, composto por 5 profissionais de saúde.

A AB é representada pelas 8 equipes de ESF, distribuídas em doze unidades de saúde, somando 90 profissionais trabalhando neste sistema para atender toda a população forquilhense. Forquilha possui 100% de cobertura de ESF. Todas as unidades de ESF possuem número de profissionais adequado ao número de pessoas pelas quais se responsabilizam, que vai de 2 a 3 mil habitantes por equipe. De acordo com o Ministério da Saúde, através da portaria 2.027 de 25/08/11, é necessário para a implantação das Equipes de Saúde da Família a observação de algumas diretrizes, dentre elas a de que a “equipe multiprofissional deve ser formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com carga populacional máxima de 4.000 (quatro mil) habitantes por ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes”.

Em Forquilha, todas as equipes contam com vacinador, com mais 2 técnicas de enfermagem, com 1 enfermeiro, com 1 médico e agentes comunitários de saúde. Das 8 somente uma não possui dentista e técnico em higiene dental. Em 2011 foi implantado o Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) que conta com uma equipe de profissionais para dar suporte as equipes de ESF.

### **3.1.2 Dados Relevantes**

Em 2010 foram 309 nascimentos. O número médio de nascimentos totais desde 2007 foi de 285/ano (BRASIL, 2012a).

A mortalidade tem atingido uma média de 98 óbitos ao ano desde 2005. (SIM). Os óbitos por doenças do aparelho circulatório são os que mais aparecem seguidos pelas neoplasias e causas externas (que disputam entre si), desde o ano de 2002. A mortalidade infantil é classicamente utilizada como indicador de saúde,

refletindo o grau de desenvolvimento da sociedade assim como a preocupação e compromisso de seus governantes com o bem estar coletivo. O número de mortes em menores de 05 anos varia de 2 à 5 óbitos desde 2005 (BRASIL, 2012a). Estes dados demonstram a importância de manter-se alerta para melhor elaboração de ações de intervenções contínuas, como investimento nas ações de atenção à saúde da mulher e da criança no pré-natal, assistência ao parto e no acompanhamento das crianças pelas ESF.

A imunização tem registrado bons números. O município tem mantido boa cobertura vacinal especialmente nos menores de 01 ano. Ele vem ultrapassando o percentual de 100%, este dado pode ser explicado pela quantia extra de crianças vacinadas oriundas de outros municípios. A única vacina que apresenta baixo percentual é a BCG, porém isso não significa que as crianças estão desprotegidas, mas que a vacina está sendo realizada nas primeiras horas de vida no hospital da cidade mais próxima, sendo os números contabilizados para a respectiva cidade (BRASIL, 2012b).

### **3.1.3 Vigilância Epidemiológica**

O setor de VE está lotado no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. O setor começou a ser organizado em 2004 quando foram selecionadas do próprio quadro municipal, duas técnicas de enfermagem para darem encaminhamento a algumas atividades que estavam sem um responsável definido. Pois até então, eram desenvolvidas somente as atividades obrigatórias divididas aleatoriamente entre algumas enfermeiras, o que estava propiciando reclamações e cobranças por parte da gerência estadual de vigilância epidemiológica, uma vez que o município não estava dando um retorno adequado.

A gestora municipal, diante das dificuldades e as conseqüências negativas de não haver um profissional responsável pelo setor, decidiu estruturar e organizar adequadamente o setor de VE no município. No fim de 2006, foi criada a vaga e realizado concurso para um profissional de nível superior (enfermeiro), que passou a ser o responsável pela organização das ações do setor. Desde então o setor é composto por um profissional de nível superior (enfermeira - autora deste trabalho) dois de nível médio (técnico de enfermagem), além de dois agentes de combate a dengue. A enfermeira está no setor desde 2006, porém as técnicas estão há menos

tempo, uma há 6 meses, e outra há 2 anos. Entre as agentes de combate a dengue, uma está desde 2007 e a outra há 1 ano. Desde 2006 a enfermeira vem buscando junto a equipe de trabalho melhorar o sistema de repasse de informações fidedignas aos profissionais que atuam diretamente na comunidade, para que diminua a subnotificação e para que todos trabalhem na mesma direção munidos de informações atualizadas. O setor tem como principais atividades:

- Disponibilizar informações atualizadas, orientações técnicas permanentes sobre notificações e condutas diante das mesmas para os profissionais de saúde (que tem a responsabilidade de agir diante dos agravos), através de reuniões, orientações nos postos, via telefone e via ofícios;
- Fazer busca ativa das investigações não realizadas ou incompletas, para encerrá-las oportunamente, respeitando o limite de cada agravo. Executar as medidas de controle e registrar todos esses dados no SINAN- Sistema de Informação dos Agravos de Notificação Compulsória;
- Manter um banco de dados atualizado, alimentando-o semanalmente, pelo registro de notificações de agravos, contribuindo para a composição do banco de informações do município, do estado e do país;
- Realizar as notificações e investigações de doenças transmissíveis, pesquisando fonte de contágio, outras pessoas infectadas, indicando, se necessário, a realização do exame para confirmação, fazer bloqueios vacinais;
- Alimentar o sistema semanal de informação de diarreias (SIVEP/DDA);
- Orientar a população, através de palestras, orientações direta, sobre as doenças transmissíveis e evitáveis, enfatizando a adoção de medidas preventivas; Realizar campanhas de mobilização com distribuição de preservativos e material informativo;

- Encaminhar exames para diagnosticar possíveis doenças transmissíveis (HIV, dengue, sarampo, leptospirose, hepatites). Especialmente para as gestantes, fornecer a testagem do HIV, hepatite B, toxoplasmose e VDRL no primeiro e no último trimestre gestacional;
- Sustentar o programa das hepatites virais, propiciando assistência integral e contínua aos portadores, com exames, orientações, e acompanhamento médico especializado, além de busca ativa de pacientes faltosos;
- Realizar anualmente as campanhas vacinais para evitar a reintrodução do vírus da poliomielite (paralisia infantil) extinto no país, e a circulação do vírus da gripe, que causa complicações e aumenta o número de internações e óbitos na população idosa, crianças, gestantes e doentes crônicos, além de campanhas eventuais;
- Disponibilizar todas as vacinas preconizadas pelo ministério da saúde no calendário básico de vacinação e ainda pedidos para o centro de referência em imunobiológicos especiais as 9 salas de vacina do município, sendo referência para estas, mantendo atualizadas as vacinadoras do município, que são técnicas treinadas para atuação eficiente e responsável. Alimentar os sistemas de informação (API e SIAIU) mensalmente;
- Combater a dengue, realizando visitas semanais as 86 armadilhas e aos pontos estratégicos, distribuídos no município, em busca de larvas de mosquitos da dengue. Realizar campanhas de sensibilização junto a população para realizarem o combate a dengue em seus domicílios;
- Realizar o processamento e manter arquivadas as declarações de nascimentos e óbitos dos residentes no município.

O município não possui o programa de DST/AIDS. Os pacientes do município são referenciados para o município de Criciúma. Apesar de não instalado o programa no município, são desenvolvidas atividades descentralizadas, como coleta do teste anti-

HIV com aconselhamento e consentimento formal pelo paciente, em todas as unidades de saúde. É dado apoio psicológico, e socioeconômico aos pacientes portadores, quando necessário e realizado frequentemente a busca ativa de pacientes faltosos.

A coordenação e realização do grupo de tabagismo é tarefa da enfermeira do setor. E o setor serve ainda como referência para o programa do Teste do Pezinho.

A VE é uma área do Setor Público que se envolve com todo o Sistema de Saúde do Município quer com ações ou com a administração de dados que servem para nortear ações de promoção e prevenção.

### **3.1.4 Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica**

Como já citado anteriormente, o município possui 100% de cobertura de ESF, o que tem facilitado o trabalho entre VE e AB, pois é possível trabalhar próximo a comunidade. O acesso da população aos serviços de saúde é facilitado, já que há unidades de saúde próximas à população. Os profissionais da VE trabalham de forma articulada com os profissionais da AB (principalmente com enfermeiros e técnicos de enfermagem) para desenvolver todas as ações inerentes ao setor. Algumas atividades são realizadas de forma descentralizada, ou seja, são realizadas pelos profissionais da AB, principalmente as referentes a notificações e investigações de doenças, bloqueios vacinais, busca ativa de pacientes e a coleta de exames. Porém outras permanecem sendo executadas exclusivamente pelos profissionais do setor de VE, como a assistência aos portadores de hepatites virais, de HIV, a alimentação dos sistemas de informação, a organização de campanhas, o planejamento de ações e a análise de dados, como já citadas no item anterior. Os principais responsáveis pelo processo de descentralização são os enfermeiros das ESF que auxiliam no repasse de informações da VE para as unidades, as quais gerenciam.

A enfermeira responsável pelo setor de vigilância tem como atribuição organizar todas as ações do setor, incluindo o sistema de repasse de informações para a AB. O repasse de informações é realizado pela enfermeira através de reciclagens e reuniões periódicas com os enfermeiros responsáveis pelas unidades, o que pode ser observado no (anexo F) que detalha a reunião de apresentação de uma nova vacina, que passa a compor o calendário básico de vacinação. Já no (anexo I) de 27

de janeiro de 2011 foi realizada reunião com as enfermeiras junto a coordenadora das ESF's para abordagem de vários assuntos, onde inclusive foram definidas capacitações para o teste do pezinho e reciclagem em vacinas em 2 etapas para enfermeiros e técnicos. Entregue relatório de notificações por unidade de saúde. Também através de reciclagens e reuniões periódicas com os técnicos de enfermagem responsáveis pelas salas de vacina (anexo D e L). São realizadas esporadicamente reuniões centrais com os outros técnicos de enfermagem e com as equipes em cada unidade de saúde, como pode ser verificado na reunião do dia 03 de setembro de 2010 (anexo E) sobre a zoonose raiva, abordando a doença, o esquema profilático anti-rábico humano, além de serem realizados exercícios de fixação. Comunicados, ofícios são freqüentes. Capacitações são realizadas por profissionais contratados para esclarecer determinado tema, porém são realizadas de forma esporádica, não contínua. No (anexo H e no L) podemos verificar duas palestras realizadas pelo setor, uma de hepatites virais em 2010 e outra de toxoplasmose e sífilis em 2011. Além disso, as informações são repassadas também pelos demais componentes da equipe de VE de outras formas, ou seja, via telefone e visitas nas unidades de saúde. As visitas são realizadas esporadicamente para repasses rápidos de informações (novos protocolos, revisão de condutas), para enfermeiros, médicos, técnicos e vacinadores. As informações são repassadas diretamente ao profissional, raramente tem sido reunida toda a equipe para repasse de informações. Em 2009, durante a pandemia da influenza H1N1, a VE passava semanalmente para repassar informações por unidade a toda a equipe de saúde, já que era uma situação inusitada e precisava de informações rápidas e fidedignas para que fosse possível atender adequadamente a população. Podemos visualizar em (anexo C) uma exemplificação de uma visita nas unidades de saúde para repasse de informações, registrada em ata.

Este sistema de repasse de informações tem se mostrado algumas vezes ineficiente, percebe-se que muitas informações repassadas não estão sendo utilizadas na prática, já que a subnotificação ocorre, e pode ser observada quando o paciente é atendido numa determinada unidade de saúde e relata ter passado primeiramente em outra unidade, indicando que houve falha no serviço de vigilância da primeira, ou então quando um profissional de saúde entra em contato com o setor de VE para questionar determinados assuntos que já foram abordados diversas vezes em reunião com sua respectiva chefia. As informações não estão sendo

multiplicadas como poderiam ser, o que acaba por comprometer o compartilhamento das informações por todos os membros das equipes.

A ata é um ótimo instrumento de acompanhamento dos assuntos que foram tratados em reunião, do que já foi debatido em capacitações, é um documento que serve como garantia das informações repassadas, o setor vem tentando manter o registro como rotina desde 2010 com a realização de atas nas reuniões mais importantes, porém algumas por desatenção ou mesmo desorganização não foram registradas.

## 4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Quando se trata de uma pesquisa de fato precisamos fazer uso de um tipo de metodologia para que seja possível chegar ao resultado idealizado à priori.

Para Leopardi (1999, p.52),

Metodologia é o modo de agir, o caminho escolhido para o desenvolvimento da intervenção, é o conteúdo processual para a identificação dos passos para dirigir a ação, é a instrumentalização da ação. É o núcleo para a abordagem do fenômeno sobre o qual se quer agir.

Quanto ao método e a abordagem, para este estudo foi escolhida a pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa vai sendo alinhada de acordo com o seu desenrolar. Ela parte de dados descritivos, que são obtidos via interação com o objeto de estudo. “Nas pesquisas qualitativas, é frequente que o pesquisador procure entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir, daí situe sua interpretação dos fenômenos estudados” (NEVES, 1996, p.1).

Silva e Menezes (2001, p.20) “consideram que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números”.

Para Neves (1996) geralmente os estudos são feitos no local onde se encontram os dados. O pesquisador precisa avaliar o fenômeno através de um corte de espaço e tempo que faz da realidade, e que vai direcionar o que vai ser desenvolvido. É uma espécie de interpretação, da mesma forma como interpretamos determinadas situações corriqueiras ao nosso redor, o pesquisador tenta interpretar os dados coletados e vai produzindo o conhecimento, que vai sendo formalizado pela significação dos fenômenos dentro de um contexto.

A tarefa de coletar e analisar os dados é extremamente trabalhosa e tradicionalmente individual. Muita energia faz-se necessária para tornar os dados sistematicamente comparáveis. Além disso, costumam ser grandes as exigências de tempo necessário para registrar os dados, organizá-los, codificá-los e fazer a análise (NEVES, 1996, p.4).

É uma pesquisa exploratória, pois “visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses”. Envolve

levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado Gil (2002, p. 41).

Os dados foram coletados primeiramente por pesquisa bibliográfica, que ocorre quando elaborada a partir de “material já publicado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” Gil (2002, p. 44).

Num segundo momento se obteve os dados através de entrevista semi estruturada. De acordo com Zanella, (2009) através desse instrumento, o pesquisador parte de um roteiro, mas não tem a obrigação de segui-lo fielmente, pode acrescentar novos questionamentos, sem desviar-se do objetivo inicial.

No momento em que o pesquisador vai realizar a entrevista, este precisa manter uma boa postura, não desaprovar, não somente por palavras ditas, mas por sinais corporais emitidos, que podem fazer com que o entrevistado seja indiretamente levado a responder de acordo com a aprovação ou desaprovação do pesquisador (DUARTE, 2002).

Foram selecionados para participar da pesquisa 9 profissionais de saúde inseridos no sistema de saúde do município de Forquilha. Destes, 3 técnicos de enfermagem (sendo 2 da VE), 5 enfermeiras e 1 médico, cada profissional representando uma equipe de ESF, totalizando assim 7 das 8 equipes de estratégia saúde da família do município. Portanto representantes da VE e da AB. Para a seleção dos profissionais para a pesquisa, levou-se em consideração o maior contato destes com as questões relacionadas à VE. Por exemplo, as 2 técnicas da VE estão diretamente envolvidas com as ações da mesma (apesar de uma delas estar no setor há somente 6 meses), os enfermeiros participam das reuniões e são os representantes das equipes, sendo também potenciais multiplicadores de informações. A outra técnica de enfermagem está representando uma unidade em que a enfermeira está de atestado. Além destes há a representação de um médico generalista atuante na ESF, sempre se mostrando preocupado com as questões referentes à VE. Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizado uma entrevista semi-estruturada (anexo A), que antes de ser aplicada foi previamente aprovada pelos entrevistados, via termo de consentimento individual, livre e esclarecido (anexo B). Os nomes foram codificados (para manter o anonimato) pela letra P (inicial de profissional) além de um número seqüencial.

Os dados serão avaliados utilizando a técnica de análise de conteúdo, que é a mais indicada para a análise de entrevistas.

Para Bardin, (1977) a análise de conteúdo é uma maneira de desvendar o significado, muitas vezes obscuro de uma fala que parece explícita numa entrevista, mas que muitas vezes esconde um outro significado, um duplo sentido, uma outra mensagem. É uma forma de analisar as comunicações, que percorre 3 etapas, iniciando por uma pré-análise do material, pela exploração do material e pelo tratamento dos resultados, a inferência (indução) e a interpretação dos dados. A análise de conteúdo é uma técnica de análise que tenta via procedimentos seqüenciais descrever o conteúdo das falas, identificando o que realmente está por trás do que se diz. Dentre as técnicas de análise propostas, a que melhor se enquadra neste estudo, é a análise de conteúdo temática de Bardin (1977) que analisa por temas as significações exemplificadas nas falas dos sujeitos. Ela busca encontrar os “núcleos de sentidos” que estão inseridos em uma determinada comunicação. A frequência de aparição destes núcleos de sentido podem significar algo importante para o objetivo escolhido. A análise temática tem o papel fundamental de verificar se realmente procedem as intuições imbuídas nas hipóteses formuladas antes de iniciar a pesquisa (BARDIN, 1977).

Primeiramente foram feitas leituras de todas as respostas das entrevistas, buscando o primeiro contato, as primeiras impressões do material, tentando aprender os significados principais. Bardin, (1977) chama este processo de leitura “flutuante”, que nada mais é que o primeiro contato com o material com o intuito de realizar uma pré-organização do material para prosseguir com os passos seguintes.

Num segundo momento, veio a exploração do material, ou seja, o momento em que são selecionadas unidades de significação, ou também chamados núcleos de sentido, que são os temas extraídos do material. Nessa fase é realizada a categorização que segundo BARDIN (1977), trata-se de um processo estrutural que procura trazer organização ao conteúdo. A categorização tem por objetivo trazer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos, selecionando os relatos (respostas transcritas) ou recortes de falas que exemplificassem cada unidade. O critério de categorização desenvolvido neste estudo foi o semântico (categorias temáticas).

Por último, na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foi estabelecida a significação dos dados, submetendo os resultados a comparativos com a literatura abordada. Apesar de esporádica, foi utilizada também a percentagem no momento de tratamento dos dados.

Bardin (1977, p.80) salienta que “...a alegria do investigador é enorme, quando o estudo bate certo (confirmação ou infirmação de uma hipótese, não importa, desde que se obtenham resultados)...”.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados serão apresentados e analisados de acordo com quatro temáticas, sendo estas seqüenciais a ordem do instrumento de coleta de dados (anexo A). São elas: vigilância epidemiológica, relação entre vigilância epidemiológica e atenção básica, descentralização e humanização.

O termo vigilância epidemiológica aparece associado a notificações, doenças e dados. Em 60% das falas há esta associação. Foram as três palavras que mais apareceram, mostrando um entendimento meio que padronizado sobre o conceito de VE, e da importância atribuída ao setor explícita na fala dos mesmos. A fala do P1 referencia grande importância aos dados que são informações, que nos proporcionam conhecimentos, ou seja, há nessa fala a ênfase para a interpretação dos dados, já que dados por si só nada significam.

*-“É o trabalho realizado através dos dados adquiridos nas notificações, que são informações que nos dão conhecimentos para prevenir as doenças. A importância é a prevenção e o controle das doenças”-.*

A VE é um sistema com o dever de coletar, analisar e como resultado das duas primeiras ações, produzir informações importantes e repassá-las, para que medidas sejam efetuadas em tempo hábil em busca da promoção, prevenção e conseqüente controle da ocorrência de doenças (LEITE, ASSIS; CERQUEIRA, 2003).

Já o P2 destaca que se trata de:

*-“um setor que tem por função ver o andamento das doenças, qual está ocorrendo mais no município. Desenvolve ações para diminuir esses agravos de notificação, buscando dados, fazendo busca ativa, prestando assistência as unidades. A vigilância é de muita importância, ela é quem está gerando dados, se o SUS não tem dados, não conseguimos atingir a população que precisa”-.*

Corroborando Bezerra *et al* (2009) os quais afirmam que as informações oriundas da VE, se utilizadas de forma efetiva, viabilizarão definir prioridades, distribuir melhor os recursos, possibilitando maior qualidade na intervenção por parte dos serviços.

O P3 reforça que a VE:

*-“é de extrema importância para o SUS, pois é através dela que há estudos das doenças já existentes, identificação de novos casos ou novas doenças, controle destas na sociedade, através de notificações, trabalhos de prevenção”-.*

Sabemos que devemos desviar o foco da doença, que não é o objeto central do trabalho da vigilância, o foco já é há muito tempo a promoção da saúde, focalizando os determinantes que possam resultar em uma doença. É um trabalho voltado à prática que deve chegar antes da doença instalar-se, obviamente após a sua instalação é preciso também se utilizar de medidas reparadoras, porém a associação de VE à palavra doença está impregnada no saber de alguns profissionais, expresso em suas falas. A concepção de VE “rompe com um modelo de atenção à saúde com enfoque biológico e centrado na atenção a doença” (SANTOS; MELO, 2008, p.1924).

Identificou-se que existe um relacionamento precedente entre os dois setores (VE e AB), e existe também a preocupação de que esta relação se fortaleça, o que pode ser observado na fala do P4, evidenciando que é necessário comprometimento por parte da AB.

*- “Há uma relação boa, tem que melhorar... a vigilância não trabalha sozinha, as equipes tem que estar comprometidas para dar suporte a vigilância”-.*

As equipes de ESF por estarem próximas a realidade, possuem maior facilidade para trabalhar as questões relacionadas à VE, estas devem estar inseridas ao trabalho diário. As atividades de VE precisam estar integradas a prática do

profissional que está atuando na AB, possibilitando maiores acertos (SANTOS, MELLO, 2008).

Algumas considerações por um lado nos revelam que a vigilância está focada somente à coleta de dados, e a AB ao contrário, voltada somente à assistência (ao atendimento aos pacientes), dando a falsa interpretação de que não é realizada assistência por parte do setor de epidemiologia, quando na verdade a VE de Forquilha também presta assistência aos indivíduos, notificando, coletando material para exames, realizando busca ativa de casos, prestando atendimento principalmente aos portadores de hepatites virais e HIV. E no depoimento da P1 percebemos que há uma separação das ações de responsabilidade de cada uma das duas, dando a impressão novamente que a vigilância está ligada somente a informação, enquanto a AB somente desempenha a assistência, sendo que a última também trabalha com informações, também coletando dados para produzi-la.

*-"A relação é o cuidado à saúde, a vigilância coleta as informações e a atenção básica dá os primeiros cuidados à saúde"-.*

Novamente, outra opinião baseia-se na mesma linha de pensamento, ou seja, a mesma idéia dita com palavras diferenciadas, o P2 diz que:

*- "a atenção básica atende os pacientes, fornece os dados para a vigilância, que é uma central, que detém os dados e repassa ao ministério da saúde"-.*

Podemos nos reportar diante desta fala ao Bezerra *et al* (2009) que afirmam persistirem dificuldades na integração entre VE e ações assistenciais, pois muitas vezes as ações limitam-se a coleta de dados e ao repasse desses, a outros níveis. A contextualização explanada pelo P3 contempla com maior abrangência as funções de cada um dos serviços analisados. Pode se inferir portanto, que a entrevistada demonstrou adequado entendimento, que pode ter sido resultado do maior tempo de trabalho em determinada unidade de saúde (desde 2007), o que oportunizou a mesma participar de maior número de capacitações, reciclagens, quando comparado aos outros entrevistados.

*-“Há uma relação de parceria e de apoio, onde a AB tem a responsabilidade de estar identificando, controlando e informando a VE quanto às doenças transmissíveis dentro de sua área e a VE informando quanto às doenças mais prevalentes dentro do município, dentre outras informações, assim como apoiar a AB quanto a trabalhos de prevenção e controle”-.*

Ao se falar em atividades desenvolvidas em parceria entre AB e VE, P4 diz que as atividades são:

*-“coleta e busca dos casos de hepatites e HIV, de atendimentos anti-rábico, DST, catapora (isso temos um bom retorno)...muitas coisas não passam pela unidade, porque as pessoas mais antigas ficam em casa. As agentes de saúde vão nas casas e deixam um pouco a desejar. O preparo delas é ruim, a visita é muito corrida. A atenção básica tem que ser revista....talvez a enfermeira poderia fazer um apanhado melhor, fazer um levantamento de dados”-.*

As unidades básicas de saúde, por exemplo, podem ser grandes em quantitativo distribuído pelo país, mas quando se fala em resolutividade os números não são tão bons. Muitas doenças poderiam ser solucionadas na AB, seja por uma atenção maior a essa população, por diagnósticos precoces, tratamentos corretos, com a atuação de profissionais comprometidos, não negligentes (SANTOS, 2007).

De forma geral foram citadas algumas das principais atividades desencadeadas pelo setor:

*-“Notificação de doenças e agravos, orientação e conduta dos mesmos”-.* (P8).

*-“identificação e controle de doenças, trabalhos de prevenção e campanhas, entre outros”-. (P7).*

*-“As atividades desenvolvidas em conjunto são os programas, um exemplo é o DST/AIDS, hepatites, imunização, as notificações, as observações, quando se fazem necessárias”-. (P9)*

*-“ são diversas, tais como: notificação de agravos com acompanhamento desses casos até a cura; coleta de exames laboratoriais a fim de detectar e acompanhar novos casos de doenças infecto contagiosas, palestras, vacinação, educação em saúde dentre outras”-. (P6)*

A ESF convive diariamente, com muita proximidade aos problemas das famílias, tendo assim grandes oportunidades de realizar intervenções.

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).

Através das respostas percebemos a unanimidade de como é tarefa positiva trabalhar dentro de um sistema descentralizado, onde todos possam contribuir em partes para o todo. O P3 garante que:

*-“descentralizar a vigilância epidemiológica seria colocar as responsabilidades deste setor nas unidades de saúde, ou seja, cada unidade de saúde seria capaz e teria acesso para identificar, diagnosticar e controlar a sua situação-problema e outros agravos, além de buscar soluções e realizar trabalhos de prevenção e campanhas, sendo que cada unidade visaria a sua realidade”-.*

Na verdade, o setor de VE do município de Forquilha já trabalha de forma descentralizada, mas claro que pode contar com maior integração da atenção básica para o desenvolvimento das ações. Para isso ocorrer é necessário o

comprometimento e agregação de conhecimento por parte dos profissionais que atuam na AB, já que não podemos somente repassar responsabilidades sem dar um adequado suporte, ou mesmo repassar ações que podem ser não desenvolvidas por desconhecimento por parte dos profissionais da atenção básica, entendendo que não são ações de suas responsabilidades.

De acordo com P2:

*-“Se tivesse como a unidade digital o seu agravo, se cada unidade fosse responsável....a responsabilidade é toda da vigilância....a unidade não fica com muita responsabilidade. Ficaria bem mais fácil dividir mais as responsabilidades. Qualquer problema é a vigilância que tem que resolver. A vigilância não deixaria de ter as suas responsabilidades, é claro, mas se fosse um pouco mais descentralizado seria melhor”-.*

A descentralização da alimentação dos sistemas de informação ainda não é possível, já que são programas do nível estadual, federal e a descentralização deve vir do referido nível, o município não possui autonomia para mudar.

Santos e Melo (2008) dizem que a descentralização da VE para a AB, mais especificamente para a ESF, é uma grande conquista pois facilita a reorientação das práticas sanitárias, mas para que ocorra de fato, os profissionais que ai atuam precisam incorporá-la como uma ação diária.

E a ESF por ter como responsabilidade trabalhar a promoção e a prevenção em saúde em seu território, pode agregar muito para o trabalho de vigilância (CAMPOS, 2007c).

Diz P8 que:

*-“As ações de VE não podem se concentrar em um único local, é preciso contar com os outros serviços de saúde, facilitando desta maneira o acompanhamento da população, com ações de promoção da saúde, proteção dos pacientes e prevenção das doenças. A descentralização ocorre, quando as*

*ações que envolvem a VE, não ocorrem em apenas um único local, e com somente um grupo de profissionais envolvidos”-.*

O processo de descentralização da vigilância faz com que o trabalho traga respostas de verdade, já que a atuação ocorre próximo da realidade, ao contexto onde os problemas nascem. O agir próximo a origem dos problemas, torna mais rápido o desencadeamento de ações, e melhora também a capacidade dessas ações serem resolutivas (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA, 2002).

Já no "I Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica" (1992) foi proposta a reorganização do sistema de VE com o intuito de viabilizar a descentralização, através da descaracterização da centralização excessiva nos programas e a fragmentação de rotinas. Foi destacado que a desorganização dos serviços de saúde tem sido um grande empecilho para o desenvolvimento do SNVE. Fica claro que existe a necessidade de reorganização dos serviços de saúde para que a descentralização da VE ocorra plenamente, já que conforme Albuquerque, Carvalho e Lima (2002, p.11) “as aplicações de suas ações não são fatos isolados em si mesmos, mas, um conjunto de fatos que decorrem da dinâmica institucional do setor saúde”.

Entende-se que o processo de descentralizar as ações de VE para as equipes de ESF, não se trata de repassar mais uma função as equipes, mas sim de conseguir que cada equipe assuma suas responsabilidades dentro de sua área de abrangência, realizando intervenções através da articulação intersetorial (SANTOS; MELO, 2008).

Ao falar-se em relação existente entre VE e AB, verificamos que existe um relacionamento próximo, mas que esse relacionamento precisa crescer, por atenção e contribuições dos dois lados. Que há a necessidade de periodicidade de reuniões para compartilhamento de dados, informações, ou seja, percebe-se na fala dos entrevistados a necessidade de uma relação mais sintonizada. Ressalta-se ainda que alguns profissionais podem não ter sentido se a vontade em responder essa questão por estarem respondendo a responsável atual pelo setor de epidemiologia, o que de certa maneira pode ter mascarado ou intimidado as respostas. O P5 diz:

*-“Hoje em nosso município eu determinaria que a relação é descentralizada, sendo que o acesso e a troca de informações é facilitada e conta com o envolvimento de todos os profissionais da atenção básica”-.*

Já P6 completa com argumentos similares:

*-“a relação é de forma descentralizada, onde as ESF realizam ações juntamente com a vigilância e desta forma estando em constante aprimoramento das ações de vigilância”-.*

O P7 acredita que:

*- “há uma relação de apoio da vigilância com a atenção básica e ambos de parceria, embora o trabalho ainda não seja 100%, pois a vigilância depende dos dados da atenção básica, e esta muitas vezes falha através de subnotificações e despreparo de alguns profissionais”-.*

O reconhecimento por parte de profissionais externos ao serviço de vigilância, ou seja, que atuam na AB, de que existe ineficiência no procedimento de notificações de agravos, e que agravos passam despercebidos pelo olhar de muitos profissionais, demonstra que ainda existem profissionais interessados e preocupados com os serviços desempenhados dentro do SUS, especialmente quando se fala em fidedignidade dos dados. P9 diz que:

*–“a relação entre esses dois setores é muito boa, o trabalho é em parceria, sendo que a vigilância é um apoio as unidades, e as unidades são um apoio a vigilância, sempre um complementando o outro, pois nenhum dos dois consegue um bom trabalho se não for em equipe”-.*

O Ministério da Saúde deixa bem claro que uma das atribuições dos profissionais que trabalham na ESF é a identificação dos problemas de saúde prevalentes e a execução de ações de VE em sua área de abrangência (SANTOS; MELO, 2008).

P4 diz que:

*- “a relação está crescendo, há um elo de muito tempo. As enfermeiras poderiam buscar mais. Ter mais reuniões com elas, precisamos estar mais juntos as unidades...se não for feito algo, vai se tornar um se dá dá, se não deixa assim...precisa de mais integração, algo que seja feito sempre para ouvir a opinião delas e trabalhar sempre em conjunto”-.*

No momento de apontar sugestões para melhorar a relação entre VE e AB as sugestões se assemelham elencando capacitações, reuniões, visitas às unidades com frequência, ou seja, há a afirmação de que precisamos manter o que já vem sendo feito e estar recriando espaços para os mais diversos encontros, e que estes sejam periódicos, onde possam ser repassadas informações, onde possam ser trocadas experiências, como podemos verificar nas falas a seguir:

*-“Que continue a troca de experiências e discussões, sendo realizados encontros de maneira contínua”-.* (P8).

E P3 Continua:

*- “Em nível municipal, é necessário que haja reuniões periódicas para avaliar as ações da vigilância e atenção básica, treinar os profissionais e ter uma educação continuada quanto aos assuntos de VE, haver troca de informações da realidade de cada região e ambos realizar estudos através dos dados que existe na vigilância para verificar os principais agravos do município e juntos elaborar um planejamento para solucionar estes problemas”-.*

A reunião de equipe pode ser um momento propício para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações. É um espaço onde cada um pode acolher o outro e também ser acolhido. É espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, espaço que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe. Na reunião de equipe, pode-se também fazer o fechamento dos inúmeros relatórios normalizados e, principalmente, utilizar os dados produzidos para conhecer melhor o território, avaliar o trabalho realizado, planejar, organizar as informações a serem compartilhadas com a comunidade (BRASIL, 2009a, p. 27).

Diz o P6 que precisamos:

*-“Continuar realizando visitas nas unidades e capacitando os profissionais para cada vez prepará-los mais para enfrentar as atividades de vigilância”-.*

É indispensável que os profissionais inseridos nas equipes de ESF estejam munidos de um conjunto de conhecimentos para que possam ter bom direcionamento em suas práticas assistenciais, além de manter íntima integração com o restante dos serviços de saúde (Brasil, 2011).

Para trabalhar na AB é necessário se munir de variados conhecimentos que compõem uma bagagem diferenciada e muito complexa, sendo a AB um ótimo lugar para o desenvolvimento de ações de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2009a).

P4 destaca que é indispensável:

*-“Ouvir as enfermeiras (a equipe) e as sugestões que eles teriam, eles estão direcionados junto a comunidade. O secretário de saúde tem que se engajar mais. Tudo começaria por encontros para encontrarmos respostas”-.*

Ainda não há no município a realização de rodas, encontros voltados somente para discussão, mas há sim as reuniões, as reciclagens que são os espaços formais, que além de servirem como um momento para repasse de informações, também servem para sugestões, para que sejam colocadas as opiniões de cada um em pauta. Porém a fala desta funcionária pode ser entendida pelo fato da mesma não estar participando das reuniões que ocorrem com maior frequência entre os

chefes das equipes de ESF's (enfermeiros) e com os vacinadores, e a mesma não se enquadra nestes grupos, e está demonstrando sentir falta desta participação ativa.

Nas organizações geralmente o poder está centralizado, a comunicação é restrita a classes iguais, com reuniões, comunicações específicas para cada profissão, como reuniões para médicos, para enfermeiros, cada classe separada, isolada. Na realidade para que o trabalho em saúde seja transformador, é necessário ser construído por meio das diferenças entre os sujeitos, das atividades das variadas profissões, que atuam com saberes e práticas diferenciadas. É preciso então organizar esses espaços (BRASIL, 2009b).

A PNH estabelece que coletivos mobilizados podem transformar processos, realidades e que estas transformações de realidade contribuem para a transformação do próprio sujeito envolvido. Benevides, Passos, (2005, *apud* BRASIL, 2009a).

Brasil (2009b) afirma que há processo de ensino e de aprendizagem durante as exposições de conhecimentos, e através das diversificadas culturas individuais que se contrapõem. É o que defende P2, afirmando que:

*“a capacitação nas unidades...de cada agravo...já não vai gerar tanta dúvida e todos vão melhorar bastante”.*

São feitas capacitações, porém não dentro das unidades de saúde, são feitas em outros espaços de forma centralizada reunindo os profissionais das ESF's, mas realizar nas unidades pode ser uma forma diferenciada e atrativa de levar o conhecimento para a prática diária de cada profissional.

O conceito de humanização ainda prevalece muito associado ao propósito de atender bem o paciente, tratá-lo com carinho, usar da empatia. Está nítida nas respostas a associação do termo ao profissional dito bonzinho, carinhoso, que atende com compaixão os pacientes. P4 diz:

*“Humanização é tratar o outro como eu gostaria que tratassem um parente meu. É muito importante se tu conseguir*

*acolher bem um paciente com o mesmo carinho. Alguns pacientes vão para a unidade sempre com o mesmo problema, ficam afogando o serviço, pois não são ouvidos”-.*

P3 argumenta que:

*-“Humanização é atender o outro como um indivíduo integral, respeitando seus conceitos, sua cultura, dar a atenção necessária, ter um cuidado humanizado com cada indivíduo. A humanização é fundamental para o sistema de saúde, pois é um setor que necessita da confiança do usuário e por isso ele precisa ser bem atendido para que haja um vínculo com este e o serviço de saúde e desta forma facilita o controle e até mesmo a prevenção de muitas doenças”-.*

As respostas trazem de fato o significado da intenção inicial da humanização, que tratava da ligação ao trabalho voluntário, ao ser humano dotado de bom coração.

*-“entendo que humanização é atender as pessoas de forma humana, com respeito, carinho, empatia, ver o ser humano como um todo, ou seja, um olhar holístico, sempre ouvindo e percebendo os problemas e dificuldades das pessoas para então poder ajudá-las a solucionar tais dificuldades. É importante ter humanização dentro de todos os setores do sistema de saúde para que as pessoas sejam bem acolhidas e atendidas por todos os profissionais”-.* (P6).

Nenhum dos entrevistados cita como importante a valorização, o respeito a todos (colegas, gestores, familiares), ou seja, o coletivo que está envolvido no processo saúde, eles se restringem especificamente ao paciente. Na realidade como já vimos humanização seria “...a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.” (BRASIL, 2009, p.5). Apesar de ter sido criada em 2003 e desde então vir sendo implementada, nenhum dos entrevistados conhece ou

mesmo explana o significado do novo entendimento do conceito humanização. Verifica-se também um descontentamento por parte de P4 quando partimos para o assunto humanização:

*-“Detesto falar disso, tudo é muito lindo, as palavras são amorosas, como a gente precisa mudar quando fala....tenho que mudar a minha opinião.... a pessoa vai no microfone fala de humanização.....e no dia a dia pessoas se debatem numa arena, criam uma armadura...as pessoas que falam são as que menos transparecem. Temos que mudar as coisas lá de berço, como vou mudar num curso? Quando tudo está favorável posso ser humana, mas ao contrário prevalece sua razão. A palavra humanização abre muita coisa para se falar. Vou ter que ver muitas coisas, temos que mexer muito nos valores da cada pessoa”-.*

Como visualizado, P4 traz a percepção da dificuldade por parte de muitos profissionais que nos discursos discorrem facilmente sobre o tema, mas no dia a dia não o colocam em prática sendo sujeitos que só se preocupam com interesses próprios, longe de mostrarem interesse pelos problemas do paciente, quem dirá para os colegas de trabalho. Voltamos aquele velho dito popular: “faço o que eu digo, mas não faça o que eu faço”. Indubitavelmente o acompanhamento rotineiro como profissional inserido nos serviços reforça a existência de profissionais com este perfil.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitiram compreender que os diferentes profissionais entrevistados que compõem o SUS de Forquilha, entendem a vinculação do trabalho desenvolvido entre atenção básica e vigilância epidemiológica, apesar de ainda haverem 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 VE, ou a pequena participação nos espaços direcionados a questões de epidemiologia.

O rodízio de profissionais na VE e também na AB tem prejudicado o sistema de repasse de informações, já que profissionais são treinados através de reuniões, repasses direto 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 também com a informação acumulada, o que pode ser percebido nas reflexões dos entrevistados.

A relação entre AB e VE é mantida atualmente por uma ponte estreita criada entre VE e enfermeiros coordenadores das unidades e vacinadoras da AB, ficando os outros profissionais praticamente do lado de fora desses “grupos”, o que desperta descontentamentos. 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 VE e o entendimento mesmo que parcial, da função primordial da epidemiologia dentro do SUS. Demonstraram possuir ciência que a AB e a VE são setores que se complementam que são interdependentes, que possuem uma relação, que deve manter-se próxima, íntima. Percebe-se nas falas exemplificações de vínculo entre os dois serviços, vínculo que precisa continuar existindo e sendo ampliado para otimizar a relação intersetores e o serviço prestado aos usuários. Os profissionais da AB demonstram a compreensão de que o trabalho de VE é fundamental dentro desta, e os profissionais da VE demonstraram ser imprescindível a atuação expressiva da AB nas ações de VE. Percebe-se também de maneira geral que quem representa a vigilância tende a defendê-la e quem está do outro lado representando a atenção básica, por conseguinte também traz suas considerações de defesa.

O compartilhamento de experiências e responsabilidades que já vem sendo feito conforme podemos perceber em alguns registros em ata (anexo C a M) é a cada dia mais importante, como forma de descentralizar ações para a AB que possam facilitar a realização de trabalhos direcionados à realidade local. Na verdade, é fato que as ações de VE devem estar incutidas na prática rotineira de cada profissional de saúde que compõe a AB.

É necessário continuar implementando a integração das ações de VE e AB, contribuindo para que todos exerçam a vigilância em saúde em seus espaços de atuação e para isso é preciso entender as diversificadas atividades como um processo inacabado.

Levando-se em conta o que já vem sendo realizado, reitera-se a necessidade de se manter o repasse de informações, e realizar atualizações, reciclagens, com maior periodicidade, pois os profissionais demonstraram essa fragilidade. Há a necessidade de sempre aprender mais, ponto positivo que demonstra o interesse por parte dos profissionais em acertar, munidos de informações atualizadas. E estes precisam dispor de imensa bagagem de conhecimentos para atuarem de forma efetiva, já que a AB é a porta de entrada do sistema de saúde, recebendo inúmeros e os mais variados problemas.

Como alternativa para aperfeiçoar o sistema de repasse de informações da VE para a AB deve ser iniciado junto a esses profissionais um trabalho que permita maior participação, valorização das idéias alheias, valorização da diferença, num pacto mútuo, como defende a PNH. Renovar o formato de trabalho desenvolvido entre AB e VE pautando-se numa gestão diferenciada. Rodas, reuniões com equipes, e a criação de um grupo interdisciplinar para pactuações. O grupo deve ter como integrantes profissionais de diferentes categorias que representem cada serviço de saúde do município. O grupo será essencial para articular melhor o diálogo com os demais setores da saúde (já que cada integrante atuará como um multiplicador de informações), fortalecendo a rede de saúde. Os encontros poderão ser mensais.

Fato é que urge a necessidade de colocar em prática as rodas de conversas, essas com os mais variados intuitos, desde acordos, planejamentos conjuntos, até a avaliação de dados. É preciso ir subindo degrau a degrau, tentando se aproximar do topo, que sempre deve ser ampliado, pois se chegarmos e pararmos, estagnados

ficaremos, tendo a falsa idéia de que tudo está bom, quando na verdade a mudança tem que ser constante para que ocorra de fato.

Como contribuição maior deste trabalho fica a certeza de que é possível e necessário viabilizar a participação ativa dos trabalhadores, através da criação de espaços propícios, buscando efetivar um coletivo de gestão compartilhada entre AB e VE, como nos aponta a PNH.

Hoje, o desafio para melhorar o sistema de repasse de informações da VE requer adesão de competências de novos modos de saber das equipes nos serviços de saúde. Desenvolver competências implicará conseqüentemente na ampliação do foco de leitura da realidade, compreendendo melhor o processo de intervenção necessário para evitar a doença.

Para potencializarmos inovações na relação entre os dois setores faz se necessário colocar em funcionamento espaços de interações, de apropriações de conhecimento, para que seja exercida a autonomia, e sejam assim criadas novas possibilidades.

Com essa nova forma de organização do repasse de informações, através da ampliação da participação ativa, principalmente através do coletivo de gestão, quem sabe o planejamento contínuo de ações seja colocado em prática, e possa alcançar maior proximidade dos objetivos almejados, com a inserção de todos num único processo de construção democrática, de valorização e responsabilização de cada profissional infiltrado no processo. Essa prática pode gerar surpresas agradáveis, descobertas de propostas cabíveis para problemas até então sem soluções.

É uma perspectiva de mudança, via participação ativa dos trabalhadores, fomentando redes mais sólidas de conversação e de trocas, buscando efetivar um coletivo de gestão, onde a complexidade dos encontros possibilite reinvenções sempre.

Através das análises realizadas foi possível cumprir com o objetivo geral e os específicos traçados inicialmente.

No momento de concluir o trabalho, fica a proposta de este estudo servir como instrumento inicial orientador para disseminação de conhecimento para o grupo gestor a ser formulado.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de; CARVALHO, Eduardo M. Freese de; LIMA, Luci Praciano. **Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.2, n°.1. Recife, Jan./Apr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a02.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. de 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde- Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <[www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br)> . Acesso em: 15 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: **Informações de saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/pnvsc.def>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: **Sala de situação em saúde**.<<http://189.28.128.178/sage/?saude=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsa%2Fsa%2F&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2F189.28.128.178%2Fsa%2Fsa>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a 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 a 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).

BEZERRA, L. C. A... et al. **A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações**. Cad. Saúde Pública vol.25, n°.4, Rio de Janeiro. Apr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/14.pdf>>. Acesso em: 04 de jan. de 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do Amaral. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>>. Acesso em: 01 de dez. de 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Há pedras no meio do caminho do SUS!** *Editor convidado*. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007 Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012201.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. de 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde**. Ciênc. saúde coletiva, vol.12, suppl.0, Rio de Janeiro, Nov. 2007 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/09.pdf>>. Acesso em: 10 de jan. de 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?** Ciênc. saúde coletiva, vol.12 n°.2, Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012202.pdf>>. Acesso em: 09 de jan. de 2012.

CARVALHO, E.F...et al. **Avaliação da vigilância epidemiológica em âmbito municipal**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.5, suppl.1. Recife, Dec. 2005. 553-562 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1519-38292005000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1519-38292005000500006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04 de jan. de 2012.

COELHO, Ivan Batista. Os impasses do SUS. In: FLEURY, Sônia. **Debatedores**. Ciênc. saúde coletiva vol.12 n°.2, Rio de Janeiro, Mar./Apr. 2007. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, UFMG. [ivan@medicina.ufmg.br](mailto:ivan@medicina.ufmg.br). Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012203.pdf>>. Acesso em : 08 de jan. de 2012.

DUARTE, Rosália. **PESQUISA QUALITATIVA: REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO DE CAMPO**. Cadernos de Pesquisa, n. 115, março/ 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HORR, S. R. et al. **Plano municipal de saúde de Forquilha (2009-2013)**. Prefeitura Municipal de Forquilha: Secretaria municipal de saúde, 2009.

IBGE. **IBGE Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 01 de mar. 2012.

LEITE, Juliana Alves; ASSIS, Marluce Maria Araújo; CERQUEIRA, Erenilde Marques de. Rev. bras. enferm. vol.56, n°.2. Brasília. Mar./Apr. 2003. **Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde** . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a14v56n2.pdf>>. Acesso em: 04 de jan. 2012.

LEOPARDI, M. T: Sister Callista Roy. In\_\_\_\_\_. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a Prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. p. 109 – 114.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.027, DE 25 DE AGOSTO DE 2011.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027\\_25\\_08\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html)>. Acesso em : 02 de maio 2012.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. **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: 22 de Dez. 2011.

NEVES, José Luiz. **Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades.** Mestrando do Curso de Pós Graduação em Administração de Empresas. FEA-USP Cadernos de pesquisa em Administração, São Paulo, V.1, Nº 3/ 2 sem,1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>>. Acesso em: 01 de mar. 2012.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63012216>>. Acesso em: 10 de jan. 2012.

SANTOS, Silvone Santa Bárbara da; MELO, Cristina Maria Meira de. **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. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63013625>> Acesso em: 10 de jan. 2012.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. **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: 13 de Dez. 2011.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Disponível em: <<http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%203a%20educacao.pdf>>. Acesso em: 01 de mar. de 2012.

SIM. **Informações em saúde.** Banco de dados TABNET. Disponível em : <<http://200.19.222.8/cgi/tabcgi.exe?sim96.def>>. Acesso em: 01 de mar. 2012.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. **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 jan. 2012.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de ciências da administração/ UFSC: CAPES, UAB, 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br) . Acesso em: 15 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976**. Regulamenta a Lei 6.259, de 30 de outubro de 1975. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acesso em: 15 jan. 2012.

**ANEXOS**

## **ANEXO A**

### **ENTREVISTA**

- O que você entende por vigilância epidemiológica e qual a importância da vigilância epidemiológica dentro do SUS?
- Qual a relação existente entre vigilância epidemiológica e atenção básica?
- Quais as atividades desenvolvidas em parceria entre atenção básica e vigilância epidemiológica?
- O que você entende por descentralização da vigilância epidemiológica?
- Como você determinaria a relação existente hoje entre vigilância epidemiológica e atenção básica?
- Quais sugestões você elencaria para melhorar a relação entre vigilância epidemiológica e atenção básica?
- O que você entende por humanização, e qual a importância desta dentro do sistema de saúde?

## ANEXO B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Giseli Scandolara Bosa aluna do curso de pós graduação em Gestão em Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Prof. Mariana Baldi, estou desenvolvendo um trabalho de conclusão do curso, que se constitui em uma tentativa de melhorar as ações afins entre vigilância epidemiológica e atenção básica, tendo como título: Percepção sobre a relação entre vigilância epidemiológica e atenção básica no SUS: o caso de Forquilha/SC, com o objetivo de contribuir para a melhoria do trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam nesses espaços de produção de saúde. Este estudo pretende traçar caminhos para melhorar a integração entre vigilância epidemiológica e atenção básica. Serão realizadas entrevistas com alguns profissionais. Se concordar em participar, garantimos que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho a partir da utilização de um pseudônimo, assegurando-lhes o sigilo e o anonimato.

Eu \_\_\_\_\_ recebi as informações pertinentes ao estudo e estou de acordo em participar deste trabalho, por meio de informações disponibilizadas via entrevista.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Forquilha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

## ANEXO C

\* Ata de informações repassadas pelo setor de  
Vigilância Epidemiológica.

10-05-2010 I. (Segunda-feira - Passado em todas as unidades)  
Não receberemos mais a vacina sazonal. O Ministério  
da Saúde está c/ dificuldades de receber a  
vacina pelo Laboratório Butantan. A orientação da  
Edi (coordenadora de imunizações estadual) é que  
realizaremos então a H1N1 p/ os idosos q procura  
rem a sazonal (dar orientação a esta pessoa).

p/ os pacientes crônicos realizar a vacina H1N1 (aque-  
les q possuem pedidos aprovados) pois a sazonal não  
virá mais. Reforçamos ainda que se há pacientes c/ bron-  
quite crônica, asmática q ficaram p/ trás, esses devem  
ser chamados já que foi dito como "Direito" pelo Minis-  
tério da Saúde, e Nossa meta de crônicos está baixa, au-  
tente, a estimativa de crônicos que o Ministério nos  
deu. Giseli S. Bosa, Tatia B. Ferreira, Maria de Lourdes Gomes,  
Reforçamos ainda q pessoas que fizeram uso da vacina  
H1N1 (da rede pública) e receberam a trivalente (H1N1 +  
sazonal) do particular devem esperar 21 dias, assim  
como se fizeram a sazonal (pública) devem esperar  
21 dias p/ fazer a H1N1 (pública). Giseli OBB, Ana  
Elisa Caminatti, Elizangela da Silva, Luciana A. Tramontini Beck,  
Alini Fernandes da Rosa, Gertlê Pirelli, Karina C. Brito, Sandra  
Colonetti, Fernanda S. Silva, Janete T. de Oliveira, Denize M. Neves,  
Lu. Cristina A. Silva, Maria Tilda de S. Stefaunik, Denise Martins Nunes,  
Kaciê Dias, M<sup>te</sup> Suzinha Loch.

## ANEXO D

\* NO dia 27 de julho de 2010 as funcionárias da Epidemiologia (Jandier, Renata e Giseli) juntamente a coordenadora de Imunizações de 21<sup>o</sup> GE SA, se reuniram as vacinadoras de municípios na sala de reuniões da secretaria de saúde, onde foram repassadas as seguintes informações: Vacina da hepatite B (intervalo e quantidade de doses a aplicar). Entregue física sobre novos grupos inseridos: \* gestantes após 1<sup>o</sup> trimestre, \* população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), \* portadores de DST, \* população de assentamentos e acampamento, \* comunitários. Reforça a importância de vacinar todos até 13 anos na rotina com as 3 doses (para não ficar resíduo na postulação PPI). Lembrou-se a indicação por grupos específicos de vacina de hep. B e de imunoglobulina. Foi solicitado o envio do mapa original da leitura do termômetro das geladeiras, foi enfatizada a importância da manutenção da temperatura da geladeira, para eficácia das vacinas. Foi solicitado para atualizarem na apostila da rede as classes de vacinas algumas mudanças: \* mudança na organização nas prateleiras do refrigerador = 1<sup>o</sup> prateleira só as vacinas que podem ser expostas a baixas temperaturas febre amarela e pólio, na 2<sup>o</sup> a demais vacinas, porém como nesses geladeiras se possuem 2 prateleiras, a 1<sup>o</sup> corresponde a 2<sup>o</sup> prateleira bem distante do congelador (orientação de Res). \* mudança na idade de aplicação da 2<sup>o</sup> dose de rotavírus a idade máxima passa para 5 meses e 1<sup>o</sup> dias. Foi repassada a cobertura de vacinas até o mês de julho de 2010, onde precisamos melhorar a rota e a hep B em menos de um ano. Foi informado que no início de agosto será enviado nota epidemiológica da rede de frio para as unidades.

## ANEXO E

sala de vacina para o controle adequado dos imunobiológicos e insumos. Foi solicitado a identificação de todos os imunobiológicos abertos com data e hora. Reforçada a necessidade de busca ativa dos faltosos e o frequente oferecimento da vacina aos que vão ao posto por outros motivos. Foi revista a técnica de aplicação no vasto lateral. Reforçado que não é permitido mais realizar BCG sem treinamento (antigamente se autorizava). Foi também explicado sobre a campanha de vacinação contra a pólio e a necessidade de atenção para os suspeitos de paralisia flácida aguda. Foi dito que é praticamente mais fácil adquirir pólio vacinal do que selvagem, reforçada os sintomas; Solicitado que todos fizessem a leitura do termômetro CAPELA, já que algumas apresentaram dificuldades durante a supervisão realizada pela Rosane. Foi apresentada a nova seringa sem protetor contra acidentes, que será utilizada nas próximas campanhas. Giseli S. Rosa, ~~Maty~~ Renata Meira, ~~Paula~~ ~~Brasil~~ ~~Teuzmir~~ ~~Loch~~, ~~João~~ ~~Paulo~~ ~~Ferreira~~, Fernanda S. Silva, Janete F. de Oliveira, Silvanete, m<sup>o</sup> Gaito Lemali, Eliângela da Silva

No dia 03 de setembro de 2010 se reuniram os funcionários da epidemiologia (Rosane, Renata e Giseli) juntamente a profissionais (alguns) das unidades de saúde para discutirem o assunto raiva. (Zoonose de grande importância), 100% letal; esquema profilático anti-rábico humano, epidemiologia no Brasil, tipos de acidente, características do ferimento, observação do animal, esquema vacinal. Enfatizou-se a importância do tratamento (SORO, VACINA OU SOROVACINAÇÃO) mesmo reconhecido, ~~tempo~~ entre a exposição e o acesso a unidade de saúde, importância da observação do animal (cão e GATO) por 10 dias se observável. Realizados exercícios de fixação por meio de estudos de caso. Relatado os casos recentes de raiva bovina em Brussonga, o caso de cura no

## ANEXO F

Brasil (01º caso). Representado os formulários a serem utilizados (Encaminhamento p/ SORO HOSPITAL, ficha de investigação, de observação, de orientação ao paciente p/ observação -  
~~matr~~ ~~matr~~ Mislane Ledonetti, Fernanda S. da Silva, ~~Matr~~  
 m: Goulto Cremali, Salete Lopes, Sora Pedra, Giseli S. Bosa  
 M<sup>ra</sup> da gloria Beretta Renata Meira  
 Regina Finkler.

No dia 13/09/2010 se reuniram as funcionárias da Epidemiologia (Giseli, Renata e Lourdes) juntamente com as Enfermeiras das Unidades de Saúde na sala de reuniões da secretaria de saúde, para a apresentação da vacina adsorvida meningocócica (conjugada - CRM<sup>197</sup>) ou foi apresentada a: composição da vacina, via de administração, idade de aplicação, esquema de vacinação, contraindicações imunos específicos, indicações, eventos adversos, intercambialidade, uso simultâneo a outras vacinas, advertências e a quimioprevenção meningites e a meningococemia na forma grave da doença, suas complicações e as sequelas que ela deixa, (mostrado em fotos); a quimioprevenção para todos os comunicantes domiciliares e para funcionários que tiveram contato direto. Foi falado quem tem indicação a quimioprevenção (por meningococo e por Hib se fez quimioprevenção). Foi mostrado os casos confirmados pelo Sinan em 2007 = 664 casos de meningites raras, 290 meningite bacterianas, 246 não especificadas entre outros. Alerta as origens Epidemiológicas as doenças: Rubéola, Sarampo, poliomielite, Difteria Doenças meningocócica, varicela, Coqueluche e varicela grave. Com a finalidade de alertar para uma notificação oportuna. Foi falado e entregue um guia onde está ampliado a oferta da vacina hepatite B para a faixa etária em 2011 até 24 anos. Também foi passado como usar a seringa nova com proteção nas salas de vacina. Luciana A. T. B. Bez, Larissa Z. Dutton, Rivelton Bez Bido, Omara M. Nunes, Alvine F. Rosa, Janessa K. B. F. Giseli S. Bosa, Renata Meira. ~~Matr~~

No dia 17 de setembro as funcionárias da Epidemiologia (Giseli, Renata e Lourdes) se reuniram na sala de Reunião

## ANEXO G

3

da secretaria de saúde, juntamente com alguns profissionais da área de saúde (unidades de saúde) para discutirem o assunto raiva (Zoonose de grande importância) 100% letal, Esquema profilático anti-rábico humano. Foi falado em transmissão, onde o gato também é transmissor; Locais onde o acidente se torna grave ou não, Incubação, período de transmissão. Enfatizou-se a importância da observação dos cães e gatos e a utilização da vacina quando necessário; Foi visto que todos os mamíferos são suscetíveis à infecção pelo vírus da raiva, nos aspectos epidemiológicos foi visto que 1980 a 2008 cães e gatos foram responsáveis por uma parte da raiva é importante investigar todos os casos suspeito de raiva humana e animal. Foi falado da importância da notificação e no caso de vacinação em terminar o esquema (caso o pet não queira a vacina, fazer um termo / assinar), Características dos ferimentos como: superficial ou profundo. Foi falado sobre o: soro, vacina ou sorovacinação. Acidentes leves e acidentes graves como proceder nestes casos. independente do momento descoberto entre a exposição indicar o tratamento ao pet. Foi mostrado o esquema vacinal e os dias de aplicação (0-3-7-14-28). Não é indicado tratamento nas agulhas causadas por mordidas. (ratonema, rato, Camundongo etc). O 1º caso raiva de cura no Brasil (em setembro de 2009). Realizado exercício de fixação por meio de estudo de caso. Concluído com apresentação dos exercícios. Sem mais para o momento. Ass. Indlg. Renata Meira, Bruna Dawidowski Buton, Maristela G. dos Santos, M. Teuzmhi Loch, Ed. Tilda da S. Stępniak. *Marceli H. Guggio*  
 PMB Franleim, Graci S. Bosa.

~~XXXXXXXXXX~~

No dia 4 e 5 de novembro de 2010 foram entregues as Salas de Vacinação a Nova Vacina que entra no calendário básico de Imunização, a vacina contra a meningite C que inicia p/ crianças de 3 meses a menores de 2 anos até final do ano e após passa a ser p/ de 3 meses



## ANEXO I

27-01-11 = Reuniões C/ enfermeiras junto a Paula (coordenadora dos ESB) e Giseli (Enfermeira de Vigilância) foram abordados os seguintes assuntos: \* Solicitadas indicações de outros profissionais p/ coleta do teste do pezinho, e avisado que haverá uma capacitação p/ tais profissionais, enfatizado que este não é função da Vigilância, que ela pode realizar nos domicílios do  $\uparrow$  do calendário vacinal, outros devem estar aptos. Apresentado nova lanceta. \* Solicitadas realizações de supervisão nos locais de vacina - em relação a: TEMPERATURA DA GELADEIRA, LIMPEZA DA SALA e DA GELADEIRA, VERIFICAÇÃO DOS ARMAZENS, vincionamento a base de dados, já que vacina atresca não é culpa do indivíduo mas do serviço de saúde que possui a obrigação de lhe resgatar a enfermeira a impedimento. Definido reciclagem em vacinas p/ enfermeiras e técnicas em 2 etapas: 17 e 18 de março (7 as 12h) e 14 e 15 de abril (7 as 12h). Reforçado que os resultados obtidos p/ prevenção e vacina foram muito positivos. Entregue calendário vacinal p/ 2011, onde consta data e público da campanha da Influenza, pério a 1<sup>o</sup> V. Decidiu que não é necessário fazer brindes pro influenza, só o comitê. Entregue orientações p/ leitura do OPB. \* Entregue Nota Técnica da leptospirose e enfatizado que apesar de ser médicos, principalmente sobre a realização do TPE caso suspete um resultado em mãos, já que o exame só deverá ser coletado 7 dias após o início dos sintomas, e que mesmo depois de 12 positos, não reagente nos próximos 6 meses, já que a leptospirose demora a desaparecer do sangue. Resgate de necessidade de atenção p/ casos suspeitos de pneumonia, febre, icterícia aguda (menor de 15 anos e/ dependência imediata sobre um mss em 21SS, independente do diagnóstico, e/ ou sem febre) e se aparecer um caso antes em contato imediatamente c/ a vigilância epidemiológica. \* Entregue relatório dos notificações de 2010 por unidade de saúde, e condensado geral dos dados. \* Solicitadas que venham a Negatize da mortalidade em  $\downarrow$  de 1 ano de mulheres em idade fértil - p/ investigação

## ANEXO J

em tempo oportuno. Solicitado que detalhem bem a causa (p  
 Causa de adoecimento, se ia nos postos). Solicitado atenção na  
 prevenção Dengue, principalmente por ocorrerem focos em  
 Cuiabá (Rueta Linha), entregue as fichas de Denúncia p  
 que entreguem as AOS p/ inserir grande praxe, e ligarem  
 p/ mim ou p/ denir (gent de denpre). Iniciada a conversa a  
 respeito do projeto DST/AIDS a ser desenvolvido nos escolas, com  
 o intuito de desenvolver a prevenção a primária em saúde  
 Giseli S. Bosa, Karina Z. Bertam, Evelyn Magnoli; Aline F. Lora.  
 Fabi Ronsari Maullino, Luciana A. T. Bora, Richeli O. Big Bido, Karina Lantier  
 No dia 11 de ~~abril~~<sup>março</sup> de 2011 se reuniram na  
 sala de reuniões da secretaria municipal de sa  
 de algumas enfermeiras e técnicas de enfermagem p/ par  
 ticipar da Capacitação em coleta do teste do pezinho  
 C/ o intuito de ter mais pessoas aptas à coleta,  
 evitando a sobrecarga em uma única pessoa. Foram  
 explicados todos os detalhes e a rotina de coleta.

Giseli S. Bosa, ~~Quiliana~~<sup>Quiliana</sup> ~~Marcelo~~<sup>Marcelo</sup> ~~Maristela~~<sup>Maristela</sup> ~~Santos~~<sup>Santos</sup>  
 Karina Lantieri, Richeli O. Big Bido, Vanessa Lora da Silva - Cristiana Alves S.

## ANEXO L

\* Palestra sobre Toxoplasmose e sífilis<sup>5</sup>  
 C/ infectologista DRE Silveira (14-12-11).

\* Giseli S. Bossa

\* Rosane matheus

\* Alene F. da Rosa

Schela de B. Martins

Luciana A. T. Bock

Kaluka Fulcrus

Jordan Mickael Souza

Kátia B. Ferreira

Mirlane Lobonetti

Alcides Gomes Lemos

Camila ricin chupp

Silvia Lopes

Maurício Luis Alves

Edson Luiz Belmonte

João Paulo S. Cavonius

Paula P. Teixeira

Riceli O. Rez Burdo

Silvia Taddio

Jailé Romani

27-04-2012 = Reunião C/ vacinadoras e Vigilância Epidemiológica sobre Campanha de vacina Sazonal (Influenza) de 05 a 25 de maio de 2012. 14ª Campanha Nacional de Vacinação contra a influenza. Nessa meta de vacinação é de 80%. Dia 05 de Abril todos os postos estarão abertos dia "D". Temos que vacinar 80% de forma homogênea. Iremos receber 50% da vacina na 1ª semana. Os crônicos serão vacinados a partir da 2ª semana. A vacina de 2012 é trivalente, igual a vacina do ano anterior. Os pacientes crônicos devem ser vacinados por estarem mais suscetíveis a (SRAg). Profissional de saúde é aquele que atua no atendimento.

## ANEXO M

a (S11ag1) que devem ser vacinados. Em idosos pode reduzir o risco de pneumonia em aproximadamente 60%. A vacina é recomendada para gestantes sem contra indicações. Para preencher os imunobiológicos Especiais do GIE deve-se colocar o diagnóstico correto para solicitação da vacina. Foi entregue um informativo sobre: triossomia, implante coclear e terapia imunossupressora. Foi falado sobre as indicações do GIE para a vacina, via administração da vacina = IM. De preferência Hesteter ou vasto lateral da coxa. (Conforme idade). Quem já tem as duas doses da vacina Influenza, fará somente uma dose. A criança que só fez uma dose no ano passado, faz duas doses este ano. Também foi falado a dosagem que é de: 6m a 2anos = 2 doses 0,25ml e 3a a 9a = 2 doses de 0,5ml. Crianças e adultos a partir de 9 anos de idade = dose única = 0,5ml. Não tem contra indicações da influenza com outras vacinas, só o local que deve ser diferente. Contra - indicações para vacina influenza é reação a vacina anterior, síndrome de glan barro, e reação ao ovo de galinha (reação anafilática prévia ou alergia severa). Até 42 dias após vacinação devemos ficar atento as queixas dos pessoas que foram vacinadas, e notificar os casos de eventos adversos pós vacinação. Foi falado do uso do formulário para a solicitação de imunobiológicos especiais para gípes = Diabéticos, soma e uso de ASS. Foi passado informativo sobre conduta frente ferimentos suspeitos de tétano. Ser encaminhado para o hospital São José. Lourdes Repassa as orientações sobre os formulários, identificação correta no formulário do que é boletim e o que é do mapa. Reunião realizada por Gisele e Lourdes da Vigilância epidemiológica. Lourdes, Sílvia, Eliângela, Neli, ao lado, Richeli, Bez, André, Fabiane, Ana, Kruch, Beatriz Dias, Zandra, Oliveira, Silvana, Maristela G. dos Santos, André.