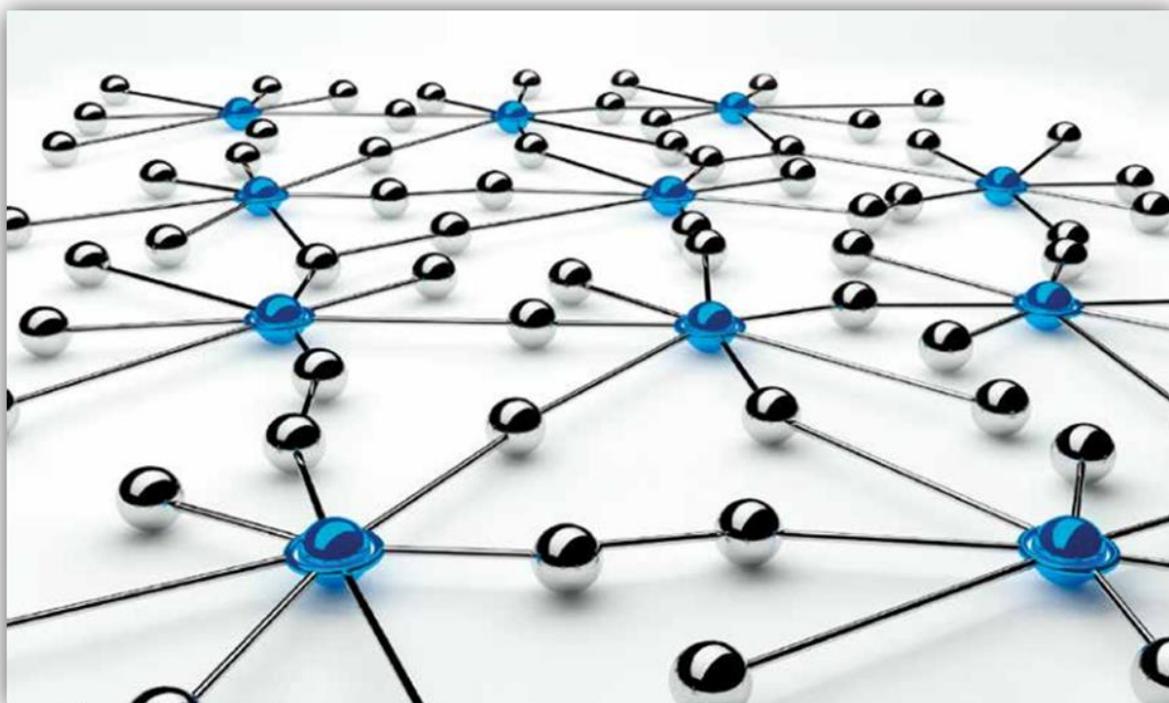


OFICINA 2 - TERRITÓRIO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE - 17ª CRS



Participante: _____

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

Presidente: Leonardo Moura Vilela
 Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva
 Coordenador Técnico de Núcleos: René José Moreira dos Santos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL - SES/RS

Secretário de Estado da Saúde: Francisco Zancan Paz
 Secretário Adjunto: Francisco Bernd

GRUPO GESTOR DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Representantes do CONASS:

Maria José de Oliveira Evangelista
 Eliane Regina da Veiga Chomatas
 Marta Oliveira Barreto
 Sandra Sperotto

REPRESENTANTES DA SES:

Equipe do Grupo Condutor Conforme a Portaria nº 171/2017

Organizadores DAS:

Elson Romeu Farias
 Rebel Zambrano Machado
 Cândida Kirst Bergmann
 Carlos Antônio da Silva
 Carlos Goes
 Gladis Tyllmann
 Guilherme de Souza Muller
 Iuday Gonçalves Motta
 Jairo Cardoso Alves
 Jessica Camila de Sousa Rosa
 Lisângela Franciscato Campo
 Maria Alice Vieira Lantmann
 Nadiane de Albuquerque Lemos

Maisa Beltrame Pedroso
 Melissa de Azevedo
 Priscilla da Silva Lunardelli
 Raíssa Barbieri Ballejo Canto
 Poala Vettorato
 Nathaniel Pires Raymundo
 Carla Daiane Silva Rodrigues
 Janilce Dornelles
 Carol Rodrigues
 Priscila Helena Miranda Soares
 Tainá Nicolas

Colaboradores:

Equipe 17ª Coordenadoria Regional de Saúde
 Centro Estadual de Vigilância em Saúde - CVES

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

Consultor: Eugênio Vilaça Mendes
 Consultores da Tutoria: Marco Antônio Bragança de Matos e Rubia Pereira Barra
 Gerente da Atenção Primária à Saúde: Maria José de Oliveira Evangelista
 Gerente da Atenção Especializada: Eliana Maria Ribeiro Dourado

ORGANIZADORES DOS GUIAS DE ESTUDO

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
 Marco Antônio Bragança de Matos
 Maria Zélia Soares Lins
 Rubia Pereira Barra

OFICINA 2 – TERRITÓRIO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

APRESENTAÇÃO

A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adscrita, é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de Atenção Primária. Trata-se de um conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como previne riscos, agravos e reduz vulnerabilidades, intervindo positivamente sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Embora a Atenção Primária seja um espaço privilegiado para o exercício das práticas de vigilância em saúde, grande parte dos municípios ainda centraliza essas ações, o que reduz o efetivo controle das doenças, infringindo o princípio da integralidade da atenção.

As ações de Vigilância em Saúde devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, bem como o planejamento, a programação, o monitoramento e a avaliação.

Diante dos velhos e novos desafios da agenda da saúde pública brasileira, a exemplo das doenças veiculadas pelo mosquito *Aedes Aegypti* – Dengue, Chikungunya e Zika, a integração das ações da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde é primordial.

Nessa oficina serão abordados os conceitos de território e vigilância em saúde, bem como o processo de territorialização e adscrição dos usuários às Unidades Básicas de Saúde, enquanto estratégia de organização da atenção e como elemento fundamental para a atuação conjunta da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde.

Nesse sentido, a Oficina traz como grande desafio contribuir para o desenvolvimento da “capacidade de fortalecer a concepção do território como elemento estruturante para análise e planejamento estratégico local das ações integradas da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde”.

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

2.1 Objetivo geral:

Identificar estratégias de integração e/ou qualificação das ações de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde no território.

2.2 Objetivos específicos:

- Compreender o conceito de território e o processo de territorialização, bem como sua aplicabilidade no planejamento em saúde.
- Compreender os conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes de Atenção Primária à Saúde.
- Discutir ferramentas de análise situacional para a organização, planejamento, monitoramento e avaliação das ações.
- Discutir as relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde com foco no território.

PROGRAMAÇÃO

MANHÃ	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
8h - 8h30min	Acolhimento e abertura da Oficina
8h30min - 9h15	Atividade 1 - Plenário: Dispersão da Oficina de Atenção Primária à Saúde
9h15 - 9h30	Atividade 2 - Exposição dialogada: A Oficina de Território e Vigilância em Saúde
10h - 10h15min	Intervalo
10h15min - 11h15min	Atividade 3 - Trabalho em grupo: Por que integrar as ações de Atenção Primária e de Vigilância em Saúde nos territórios? Texto 1 - Território em Saúde
11h15min - 12h30min	Atividade 4 - Por que integrar as ações de Atenção Primária e de Vigilância em Saúde no território? Texto 2 - A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde
12h30min - 13h30min	Intervalo para almoço
TARDE	
HORÁRIO	ATIVIDADES PROGRAMADAS
13h30 - 15h30min	Atividade 5 - Trabalho em grupo com plenário interno: Analisando as ações da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde no território
15h30min - 15h45min	Intervalo
15h45min - 16h	Compartilhamento das discussões internas no Grande Grupo
16h - 16h30min	Atividade 6 - Exposição dialogada: A integração das ações da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde no território
16h30min - 17h	Orientações para o período de dispersão
17h - 17h30min	Avaliação da oficina
17h30min	Encerramento

ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

ATIVIDADE 3 – TRABALHO EM GRUPO: POR QUE INTEGRAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO?

DESCRIÇÃO

Passo 1 - O grupo contará com o apoio de facilitadores nessa atividade para a mediação do trabalho proposto. Antes de dar início, deve-se eleger um coordenador e um relator para a atividade, lembrando que todos terão a oportunidade de exercer essas funções em algum momento. Veja a seguir o papel desses atores no grupo:

RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto. Já o relator é responsável por sintetizar as ideias e discussões do grupo e apresentá-las em plenário, seja este interno ou externo.

Registre aqui as pessoas que exercerão as funções de coordenador(a): _____ e de relator(a): _____ nessa primeira atividade.

Passo 2 – A atividade traz dois textos de apoio que juntos procuram responder ao tema central do trabalho em grupo: **Por que integrar as ações de Atenção Primária e de Vigilância em Saúde nos territórios?**

Passo 3 - Para cada texto, há uma sequência de questões que nortearão as discussões. Veja a seguir:

Textos para leitura	Questões norteadoras
Texto 1 – Território em Saúde	a) No âmbito das Redes de Atenção à Saúde, qual a importância dos territórios? b) Quais as principais condições de risco e vulnerabilidade presentes na sua área de abrangência? c) De que forma as equipes de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde utilizam os dados do território para planejar suas ações?
Texto 2 – A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde	a) Na sua percepção, qual a diferença entre Vigilância e Atenção à Saúde? b) De que forma são desencadeadas as ações de vigilância em saúde no seu município? c) Como são definidos os territórios de atuação da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde no seu município? d) Como integrar as ações de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde?

Passo 4 – Como a atividade requer a leitura e discussão de textos, seguem algumas orientações gerais sobre leitura coletiva no Box a seguir.

ORIENTAÇÕES PARA A LEITURA COLETIVA:

Recomenda-se uma **leitura paragrafada**, na qual cada participante faz a leitura de um ou mais parágrafos, entretanto é **facultada** aos que desejarem contribuir. É importante que seja realizada em **voz alta** para que todos acompanhem.

Cada participante deve **destacar** os **termos desconhecidos ou parcialmente compreendidos**, colocando-os para o grupo imediatamente após aparecerem no texto para que sejam esclarecidos. A **responsabilidade** em esclarecer os termos é **compartilhada** entre os membros do grupo e seus facilitadores. O relator deve **registrar** os termos identificados pelo grupo. O **registro do processo de trabalho** do grupo deverá ser feito pelo relator em **papel**.

Passo 5 – A seguir, o grupo deve proceder às leituras do texto de apoio, conforme orientado:

TEXTO DE APOIO 1 – TERRITÓRIO EM SAÚDE¹

1.Território

Pensar a partir do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Muitas vezes, o conceito de espaço é reduzido, sendo utilizado de forma meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. Esse espaço apresenta, além de uma extensão geográfica, um perfil ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural.

Assim, ao analisar o território, deve-se considerar: o nível de desenvolvimento social e econômico da população, o grau de desigualdade de renda, a infraestrutura existente de moradia, de trabalho e de serviços de saúde; a subjetividade, afetividade, espiritualidade, sexualidade, o gênero e a diversidade cultural; a participação das pessoas nas decisões da comunidade principalmente através dos Conselhos de Saúde (fortalecendo o Controle Social); a presença de agentes transmissores de doenças e alergias; a qualidade da alimentação; a qualidade do saneamento; os níveis de violência, discriminação, dependência química; a presença de áreas de risco físico-natural (deslizamentos de terra, inundações etc.), mudanças cíclicas e climáticas na bacia hidrográfica na qual o território está inserido; a presença de fontes poluidoras como indústrias e uso abusivo e não regulamentados de agrotóxicos - entre outras variáveis, que tornam esse território complexo e em permanente construção.

É importante pensar e refletir sobre as condições sociais que podem favorecer ou comprometer a situação de saúde-doença de grupos que habitam determinadas áreas, visto que, quanto melhores as condições sociais de uma população e melhor a possibilidade de organização da rede de atenção à saúde, possivelmente melhor será a situação de saúde-doença dessa população.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a situação epidemiológica e ambiental de um território devem orientar a organização do sistema de atenção à saúde. Estas variáveis estão profundamente inter-relacionadas e as políticas públicas de educação, emprego e saneamento, por exemplo, precisam estar articuladas com esse cenário.

Para isso, o tripé – Determinantes Sociais da Saúde, Situação de Saúde-Doença e Rede de Atenção à Saúde – constitui a base para se compreender a problemática de saúde de um determinado território. Uma análise situacional na saúde abrange essas três dimensões, e cada uma dessas apresentam seus indicadores próprios possibilitando assim, a comparação desses aspectos entre vários territórios de saúde.

¹ Texto adaptado a partir do guia de estudo da Oficina de Territorialização e Vigilância em Saúde, no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde do Rio Grande do Sul e do Distrito Federal, 2017.

Além disso, não basta programar ações setoriais, é preciso que se faça valer tudo aquilo que é necessário e fundamental para a vida humana em um determinado lugar. A interação e articulação entre todas as coisas é que fará daquele lugar um lugar bom para se viver, enfim, um lugar saudável (Souza, 2004).

2. Território e riscos à saúde

São as condições objetivas de vida das pessoas em interação com seu meio social, ambiental e territorial, que vão moldar a forma como elas percebem o risco. Essa percepção inclui valores básicos sociais e pessoais (tradições, crenças, hábitos), bem como experiências anteriores que tenham apresentado risco ou ameaça às suas vidas (abertura de estradas, infestações ambientais de *Aedes aegypti*, usinas nucleares).

A “Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas” (PNPS, 2010).

Segundo Buss (1996), os paradigmas da promoção e da vigilância em saúde não devem incidir apenas sobre os produtos finais dos processos, como mortes, sequelas, enfermidades e agravos. Também devem atuar, simultaneamente, sobre um conjunto de outros objetos da saúde pública – pessoas, situações, riscos, grupos de risco e necessidades sociais de saúde, sob a forma de vigilância e monitoramento para prevenir danos e promover a qualidade de vida. Assim, as estratégias de intervenção dessa prática correspondem a diferentes tipos de controle sobre riscos, danos e de causas, ou seja, o controle de condicionantes e determinantes.

Nesse sentido, o processo saúde-doença deve levar em conta os aspectos individuais e os contextos sociais e coletivos que podem produzir maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento, bem como simultaneamente as condições para sua proteção e superação. Deste modo, há necessidade de aproximar os conceitos e a visão de risco individual (que fundamenta o modelo biomédico), ao contexto de vulnerabilidade social numa perspectiva de um olhar coletivo, considerando a relação com os condicionantes e determinantes sociais (Nichiata et al, 2008). Nesse contexto, chama-se atenção para alguns grupos vulnerabilizados, a exemplo de populações específicas como negros, quilombolas, indígenas, deficientes físicos e mentais, em situação de rua, ciganos, imigrantes, gays, lésbicas, travestis e transexuais, privados de liberdade, que constantemente tem sua saúde afetada principalmente por situações de discriminação, preconceito e violências praticadas socialmente.

De acordo com Yunes e Szymanski (2001), risco é usado pelos epidemiologistas em associação a grupos e populações, já a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. Para essas autoras, existe uma relação entre vulnerabilidade e risco: “a vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito”. Uma pessoa submetida a situações de risco pode tornar-se suscetível e propensa a apresentar sintomas e doenças. Com isso, as autoras propõem que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como locus de vulnerabilidade, que pode acarretar maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção das pessoas contra as

enfermidades (CONASS, 2015). Nesta perspectiva, a promoção da saúde atua no desenvolvimento de ações que se antecipem ao dano ou ao agravo.

Se pensarmos nos riscos sanitários, esse debate se tornou praticamente o centro das discussões dentro do campo da saúde pública: a iminência constante de novos surtos de doenças, ou no retorno de surtos já erradicados, a exposição a agentes químicos, a poluentes ambientais contribuem para a elevação dos riscos nessa sociedade global e que se torna cada vez mais complexa.

A formulação de políticas públicas é um passo importante para a institucionalização do controle dos riscos, já que não há possibilidade de excluí-lo da vida em sociedade. As políticas de promoção da saúde, vigilância em saúde, saúde ambiental, saúde do idoso, da criança e da mulher, são exemplos de formas instituídas que objetivam controlar os riscos aos quais as populações-alvo estão expostas, ou mesmo preveni-las.

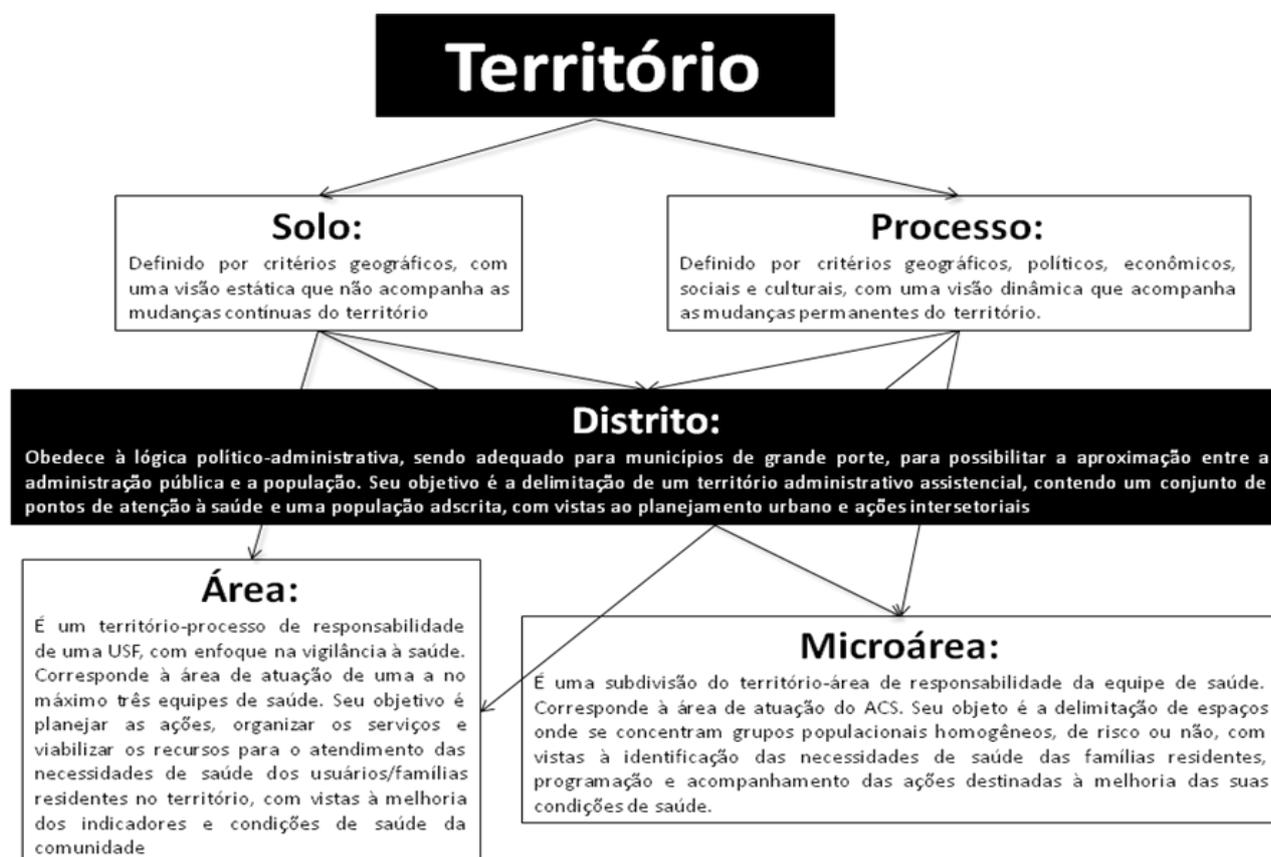
3. Territorialização

Além de falarmos de território, outro conceito importante é o da territorialização. Trata-se do processo “de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.)” (Gondim, Monken, Verbetes), tornando o “território como uma categoria de análise social” (Souza, 2004).

A discussão sobre territórios e suas possibilidades, na perspectiva da organização dos serviços de saúde, busca estabelecer áreas geográficas de responsabilidade e atuação das equipes de saúde. Isso significa desdobrar todo o processo de planejamento de suas atividades: diagnóstico, identificação e priorização dos problemas de saúde e programação, operacionalização e monitoramento das ações de saúde, indissociável ao processo de identificação do território e suas possibilidades. Na atualidade, incorporou-se a noção de risco, fundamental para o estabelecimento de prioridades de atuação da equipe de saúde.

Segundo Mendes (1993), há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários:

- A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um **território-solo**;
- A segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o **território** como um **processo** em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também, território cultural, social, econômico, político e epidemiológico.



O foco da territorialização na APS está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais:

- O território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da AB;
- E o território microárea que é o território de responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Cabe também diferenciar os territórios político-administrativos dos territórios sanitários. Os territórios político-administrativos são organizados a partir da descentralização das estruturas, por exemplo as 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que são a estrutura da Secretaria Estadual de Saúde mais próxima dos territórios. Já um exemplo macro de território sanitário são as 30 Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul. Na prática isso significa que a 17ª Coordenadoria de Saúde (território político-administrativo) é referência para a 13ª Região de Saúde – Região da Diversidades (território sanitário).

3.1 O Conhecimento da População e o Cadastro Familiar

O primeiro elemento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, a partir da Atenção Primária. É preciso considerar que cada população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma equipe de Atenção Básica (eAB) deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação (e-SUS/SISAB). Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações classificadas por risco e estratificadas em relação às condições de saúde estabelecidas.

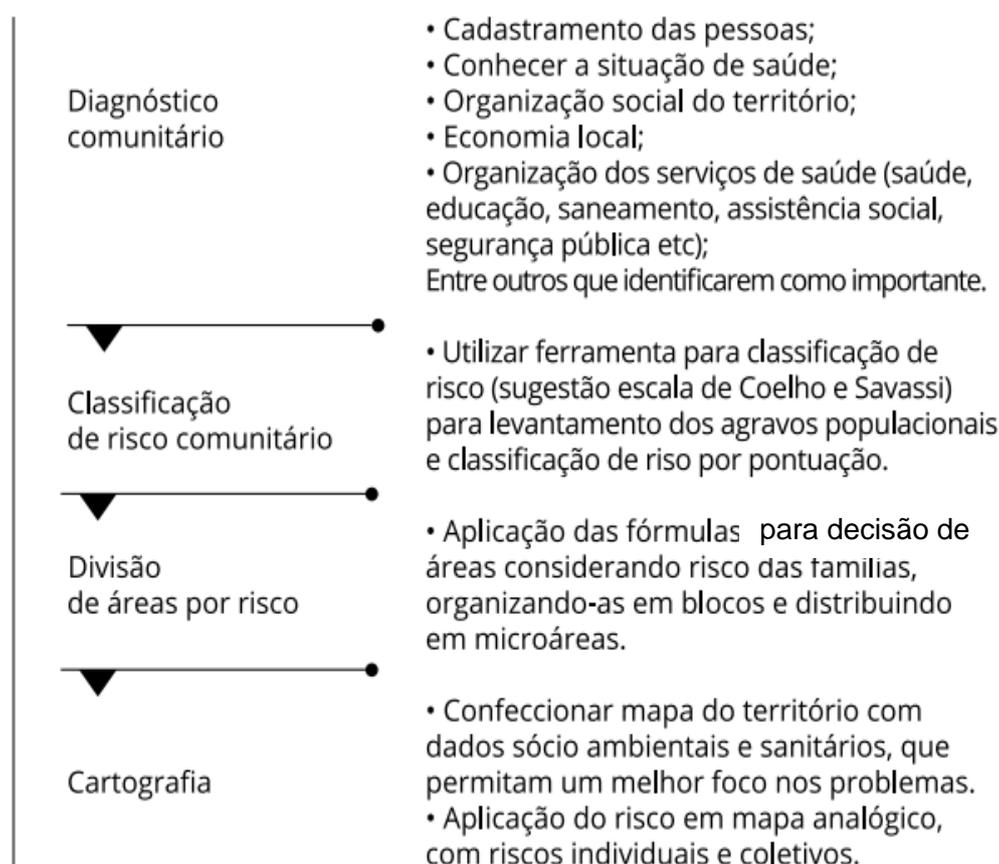
O conhecimento da população de responsabilidade da eAB envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias

por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade Básica de Saúde; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento, vinculação e responsabilização da equipe de saúde por sua população adscrita.

Para isso, faz-se necessário o Diagnóstico Local, que reúne todas as informações necessárias para que a eAB conheça o território e a população residente sob a sua responsabilidade, sendo um processo estratégico que sistematiza as informações dos processos de territorialização e cadastro da população, constituindo a base para que a equipe possa programar as ações de saúde e, posteriormente, avaliar o impacto destas ações na situação de saúde. Mais adiante, será apresentada uma proposta de matriz para diagnóstico local.

FERRAMENTAS PARA APOIO AO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO



Fonte: adaptado de Coelho; Savassi (2004) apud Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde (2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES JRCM, FRANÇA JUNIOR I. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. P. 50 -71. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP). Redes de Atenção à Saúde. Oficina 3 – diagnóstico local. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 1378 de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

- Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilas boas, Ana Luiza Queiroz. Doc Preliminar. Diretrizes para a integração entre a APS e Vigilância em Saúde. mimeo Brasília, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 68 p. : il.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS - Progestores. Brasília: CONASS, 2015.
- MARQUES, M. C. C. Um novo olhar sobre o território. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007. (mimeo.)
- MENDES, Eugênio Vilaça. Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.
- MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.
- YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). Resiliência e educação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. In: Risco ou vulnerabilidade social? Social vulnerability or risk? ROSANE JANCZURA.

TEXTO DE APOIO 2 – A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE²

Evolução do conceito de vigilância em saúde

Langmuit (1963) apresenta o conceito de Vigilância como sendo a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la.

O Ministério da Saúde (2013) atualiza e complementa tal conceito como “processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (Brasil, 2013). Os componentes que integram a Vigilância em Saúde são:

- **Vigilância epidemiológica:** vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- **Promoção da saúde:** conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- **Vigilância da situação de saúde:** desenvolve ações de monitoramento contínuo do país, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;
- **Vigilância em saúde ambiental:** conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;

² Texto adaptado a partir do guia de estudo da Oficina de Territorialização e Vigilância em Saúde, no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde do Distrito Federal, 2017.

- **Vigilância da saúde do trabalhador:** visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos; e

- **Vigilância sanitária:** conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Usa-se os conceitos dos diversos componentes da Vigilância em Saúde baseados na publicação da Portaria nº 3.252 de 2009 (revogada), visto que os esses não são detalhados na Portaria vigente nº 1.378/2013. A publicação da Portaria GM/MS nº 1.378, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Portaria vigente propõe que as ações de Vigilância em Saúde sejam coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para:

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

A necessidade de integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde

Grande parte dos municípios ainda desenvolve ações de vigilância em saúde de modo centralizado, sem a devida capilaridade para a equipes de Atenção Básica, o que provoca restrições no efetivo controle das doenças e agravos prioritários.

Diante dessa realidade, em 2008 a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e o Departamento de Atenção Básica (DAB) desenvolveram normativa com as seguintes diretrizes para orientar a elaboração de instrumentos norteadores para a Integração da Atenção Básica e Vigilância em Saúde:

- I - compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das Equipes de Saúde da Família;
- II - planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;
- III - monitoramento e avaliação integrada;

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

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

Para o desenvolvimento dessas ações, essa mesma normativa prevê a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade.

Nesse sentido, preconizou-se o apoio matricial em Vigilância em Saúde de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho, considerando as seguintes atribuições mínimas:

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

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

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

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

Atualizando tais definições, a PNAB (2017) apresenta a Atenção Básica como espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde, uma vez que tem território de responsabilidade e população adscrita. Também prevê a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica como “condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade” (Brasil, 2017).

O conhecimento da população adscrita (através do cadastro) e a análise da situação de saúde das áreas de abrangência das eAB é estruturante para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de APS.

As ações de Vigilância em Saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações, sendo que as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) serão desempenhadas de forma integrada e complementar. Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde, o ACS e o ACE devem compor a equipe de Atenção Básica (eAB) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde (Anexo 1 do Anexo XXII, Portaria de Consolidação 2).

Para apoiar os processos de Integração da Atenção Básica e Vigilância Em Saúde, o Ministério da Saúde lançou em 2018 o “Guia Política Nacional De Atenção Básica Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância Em Saúde”³. A seguir apresentamos uma sintetização dos principais pontos do guia:

Integração Vigilância em Saúde e Atenção Básica

A proposta deste material é apresentar um **modelo lógico** para facilitar a visualização das ações de vigilância em saúde de modo transversal na atenção básica, a partir da atuação conjunta no território para o planejamento, monitoramento e definição das ações;

Como entender este material:

1. Flechas:

⇒ ⇐ Indicam, conforme a direção orientada, que as ações realizadas em cada quadro possibilitam o avanço para uma próxima etapa do planejamento conjunto (AB e VS).

⇔ Indicam que as ações de um quadro promovem o avanço para outra etapa de ações e, ao mesmo tempo, recebem acréscimo de informação ou são redefinidas pelo quadro seguinte.



2. Legenda das siglas :

V.D's: visitas domiciliares

B.A: busca-ativa

ACS: Agente comunitário de saúde

ACE: Agente de combate a endemias

Atenção
Básica do RS

CEVS
centro estadual de
vigilância em saúde RS

³ http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES JRCM, FRANÇA JUNIOR I. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. P. 50 -71. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP). Redes de Atenção à Saúde. Oficina 3 – diagnóstico local. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 1378 de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilas boas, Ana Luiza Queiroz. Doc Preliminar. Diretrizes para a integração entre a APS e Vigilância em Saúde. mimeo Brasília, 2009.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 6, I. Brasília: CONASS, 2007.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 6, II. Brasília: CONASS, 2007.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS - Progestores. Brasília: CONASS, 2015.
- MARQUES, M. C. C. Um novo olhar sobre o território. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007. (mimeo.)
- O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Territorialização em Saúde. In: Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (E. V. Mendes, Org.), p. 221-236, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

Passo 6 – Após a leitura, o grupo deve retomar os questionamentos propostos no Passo 3.

Passo 7 - Ao final, o relator deverá sistematizar a discussão do grupo e elaborar a síntese da pergunta-chave: **“Por que integrar as ações de Atenção Primária e de Vigilância em Saúde no território?” para apresentação em plenário.**

ATIVIDADE 5 - PLENÁRIO DO TRABALHO EM GRUPO: POR QUE INTEGRAR AS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO?

DESCRIÇÃO

Cada grupo terá um tempo determinado para apresentação da síntese elaborada a partir das questões propostas e da pergunta-chave do trabalho em grupo. O coordenador do plenário conduzirá a discussão e a sistematização da questão em estudo.

TARDE

ATIVIDADE 6 - TRABALHO EM GRUPO COM PLENÁRIO INTERNO: ANALISANDO AS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO

DESCRIÇÃO

Passo 1 - Antes de dar início à leitura, cada grupo deve eleger um novo coordenador e um novo relator para a atividade, desde que sejam pessoas que ainda não tenham exercido essas funções. Registre aqui o nome das pessoas eleitas para coordenador(a): _____ e relator(a): _____.

Zika Vírus?

Catarina, de 17 anos, grávida de dois meses, há dois dias vinha sentindo dores de cabeça, no corpo e nas articulações, febre de 38 graus e enjoos. Resolveu buscar ajuda no posto de saúde próximo de sua casa, no município de Boa Fé.

Chegando lá, Catarina foi atendida pela enfermeira Luciana, que ficou atenta quando a usuária disse que estava grávida e que tinha viajado para visitar a irmã em Boa Esperança (município infestado), tendo retornado há uma semana.

Luciana tinha lido recentemente um material sobre Zika vírus e vinha acompanhando as notícias nos meios de comunicação sobre o aumento de casos de microcefalia em bebês nascidos de mães que contraíam esse vírus durante a gestação. Embora ainda não tivesse sido veiculado nenhum informe da vigilância epidemiológica do Estado sobre a ocorrência de Zika, Luciana associou os sintomas ao vírus, não descartando também a possibilidade de Dengue.

No exame físico, observou a presença de manchas vermelhas no corpo, sintoma que pode estar presente tanto na Dengue, quanto em casos de Zika vírus e Chikungunya. A enfermeira, então, questionou Catarina sobre a existência de mosquitos na sua casa e se eles picavam durante o dia ou à noite. Catarina, já um pouco assustada, disse que havia muitos insetos, principalmente no início da manhã.

A enfermeira resolveu chamar o médico da Unidade, Ronaldo, para compartilhar o caso. Depois de trocarem ideias, Ronaldo e Luciana concluíram que seria necessário coletar uma amostra de sangue já que Catarina estava na fase aguda da doença. Como era necessário preencher a ficha de notificação do caso suspeito e como nunca tinham atendido um caso assim antes, resolveram ligar para a vigilância epidemiológica do município para avisar sobre a suspeita e esclarecer suas dúvidas. No entanto, não obtiveram êxito, pois o telefone estava todo tempo ocupado.

Preocuparam-se também em tentar tranquilizar Catarina, que já estava ansiosa com a conversa de Zika vírus e Dengue, ainda mais pelo fato de estar grávida e também acompanhar o noticiário na televisão sobre a microcefalia.

Ronaldo explicou à gestante que não existia nenhum tratamento específico, apenas hidratação, repouso e analgésicos eram necessários para ela se sentir melhor nos próximos dias. Informou que se Catarina estivesse com Dengue ou Chikungunya, não existia risco aumentado de malformação, entretanto em relação à Zika, ainda era necessário saber mais sobre a doença, especialmente na gestação, pois pode haver uma associação entre a infecção por Zika na gestação e malformações de bebês. O importante naquele momento era acompanhá-la mais de perto no pré-natal para se ter certeza de que tudo estava correndo bem.

A enfermeira Luciana orientou que Catarina procurasse se proteger das picadas de mosquito usando repelentes, roupas claras e compridas, mosquiteiros ao deitar e/ou telas nas janelas. Falou que essas doenças eram transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, sendo muito importante que ela cuidasse da casa, mas que também ficasse atenta à vizinhança.

Catarina informou à equipe de saúde que recebeu a visita de um agente de endemias na casa dela e que ele orientou a fazer uma limpeza no quintal, mas ela acabou deixando isso para depois.

Enquanto Ronaldo dava prosseguimento à escuta de Catarina, Luciana tentou mais uma vez entrar em contato com a vigilância epidemiológica do município para avisar sobre a suspeita e esclarecer sobre os próximos passos a serem seguidos no caso da gestante. Ao ser atendida e relatar o caso, a enfermeira ficou muito surpresa ao ser informada que a vigilância em saúde vinha fazendo um acompanhamento e várias intervenções na microárea de residência de Catarina, devido ao alto índice de infestação predial do mosquito *Aedes aegypti*. Indignada, Luciana questionou o porquê de não ter sido avisada, pois era da equipe responsável por aquela microárea e nem sequer sabia que lá atuava um agente de endemias.

Depois que desligou o telefone, Luciana ficou pensando que se isso acontecia com ela que era de uma equipe de saúde da família, imagine com uma Unidade Básica de Saúde que não contava com Agentes Comunitários de Saúde.

Refletiu sobre o que era importante fazer a partir de agora, pois a equipe não poderia perder de vista aquela gestante, pois não se tratava somente da suspeita de Zika, mas do seu acompanhamento pré-natal. Luciana, então, se questionou a respeito das demais gestantes existentes em seu território – Será que sua equipe estava identificando precocemente essas mulheres e assegurando-lhes um acompanhamento efetivo durante a gestação?

Pensou também na comunidade – Será que os Agentes Comunitários de Saúde da equipe estavam observando possíveis focos nos domicílios? Será que eles e outros membros da equipe sabiam identificar os sintomas de Dengue, Chikungunya e Zika?

Diante de tantas questões, decidiu reservar uma reunião de equipe para trocarem ideias, não somente para alinharem dentro da equipe essas informações, mas também pensarem juntos estratégias para divulgar tudo isso junto à população.

Era preciso também inspecionar todo o posto de saúde. Já pensou se tem *Aedes* aqui no posto? Luciana logo se lembrou dos outros atendimentos que aguardavam e voltou para o acolhimento atordoada: Que segunda-feira!

Passo 2 – Diante do caso, discuta no grupo as seguintes questões:

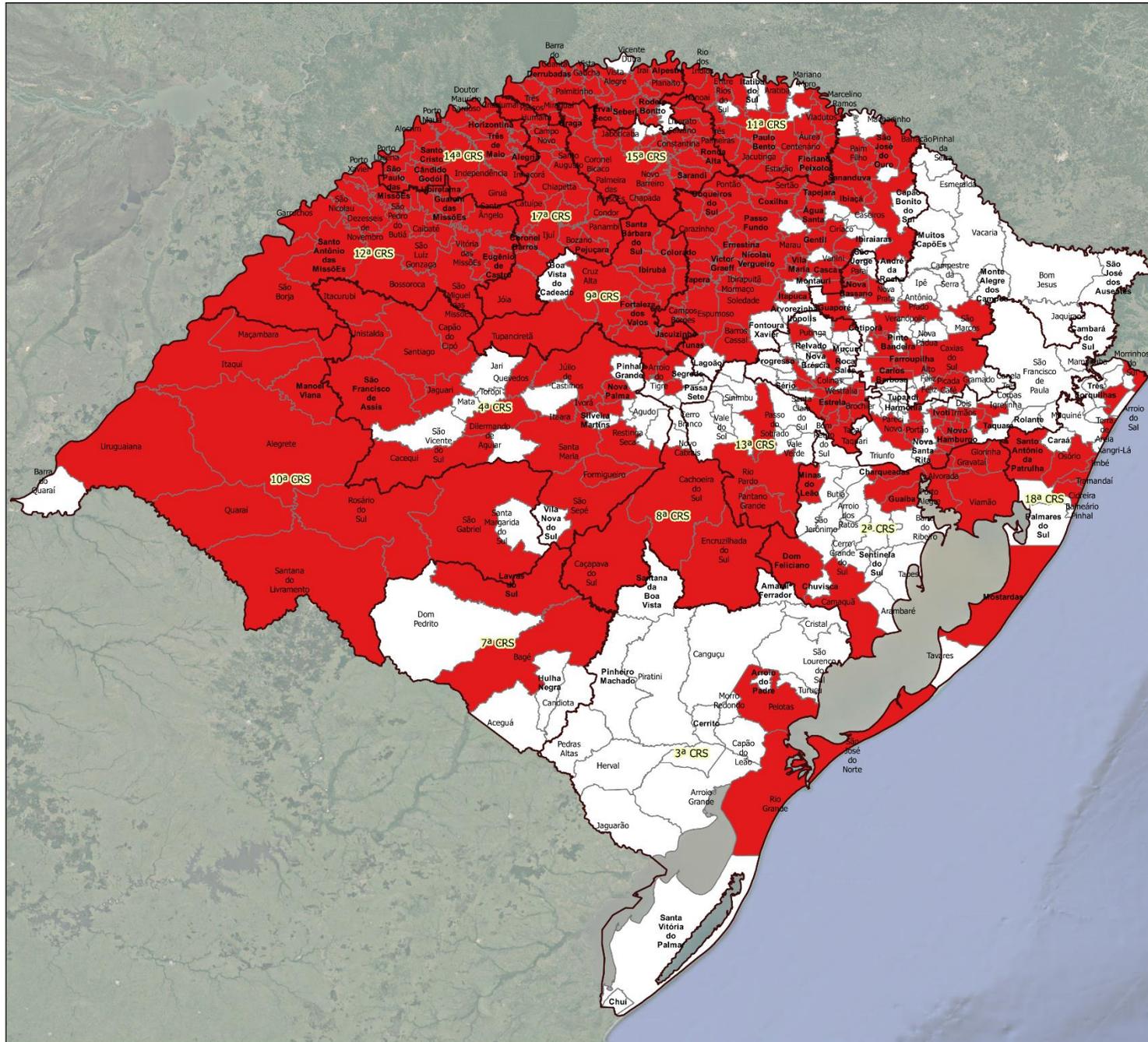
a) O que mais lhe chamou atenção em relação ao caso de Catarina?

b) Como você avalia a equipe de saúde da família que atendeu Catarina (pontos fortes e frágeis)?

c) Qual a análise do grupo acerca da vigilância epidemiológica do município de Catarina (pontos fortes e frágeis)?

d) Na percepção do grupo, como deve se dar a integração das ações da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde?

Passo 3 – Considerando a necessidade de controle do *Aedes Aegypti* e a atuação cotidiana da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde no território, avalie de que forma as ações listadas na matriz a seguir estão sendo realizadas ou não pelas equipes dos participantes do grupo.



Municípios Infestados com Aedes aegypti no RS - SE 36/2018

Legenda

- CRS
- Município não infestado
- Município infestado

Fontes:
IBGE (2015)
Google Earth (2018)
SES

AÇÕES	ATENDE SATISFATORIAMENTE COMO?	ATENDE PARCIALMENTE QUAL O MOTIVO?	NÃO ATENDE QUAL O MOTIVO?	COMO RESOLVER?
1. Mobilização da comunidade com divulgação das características das doenças e formas de controle do mosquito <i>Aedes Aegypti</i>				
2. Mapeamento e controle dos focos de <i>Aedes Aegypti</i> no território (domicílios e terrenos baldios)				
3. Integração entre Agente Comunitário de Saúde e Agente Comunitário de Endemias - compartilhamento semanal de informações sobre o território, focos e casos suspeitos				
4. Notificação dos casos suspeitos para a vigilância				
5. Atualização sobre protocolos e manuais do Ministério da Saúde que subsidiam a prevenção, o diagnóstico e tratamento adequado de Dengue, Zika Vírus e Chikungunya				
6. O acolhimento ocorre em tempo oportuno - A agenda está organizada para atender as demandas espontâneas e urgências na Atenção Primária à Saúde				
7. Acompanhamento dos casos - agenda capaz de encaixar retornos para acompanhamento				

de condições agudas como Dengue, por exemplo				
8. Há busca ativa - possibilidade da equipe realizar monitoramento dos casos que não retornarem espontaneamente				
9. Há busca ativa de grupos de risco (gestantes, acamados...) e população que não buscou a Unidade				
10. Retaguarda clínica – Capacidade instalada na Unidade e/ou na Rede de coletar e ter resultados de exames laboratoriais com brevidade				
11. Capacidade para realização de reidratação endovenosa na própria Unidade Básica de Saúde, caso necessário				
12. Orientação adequada dos usuários para procura de outro serviço de referência nos horários em que a Unidade Básica de Saúde encontra-se fechada				
13. Tem acesso a informações sobre sua população diagnosticada em outros serviços de saúde				

ATIVIDADE 7 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA: A INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO TERRITÓRIO

DESCRIÇÃO

Será realizada uma breve exposição com o objetivo de possibilitar a compreensão sobre a importância da integração das ações da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde no território com vistas à integralidade da atenção à saúde.

6 ORIENTAÇÕES PARA O PERÍODO DE DISPERSÃO



A dispersão é o momento em que os participantes retornam às atividades nos territórios. Nosso próximo encontro será em março de 2019. Nesse intervalo, as equipes aprofundarão a discussão dos temas abordados com o apoio da tutoria.

Cada oficina estabelece produtos a serem desenvolvidos no período de dispersão, que decorrem da aplicação prática da teoria apreendida e que se somam às atividades de tutoria nos territórios.

Considerando a necessidade de cada equipe olhar para o seu território de atuação na Atenção Primária, os produtos a serem desenvolvidos na dispersão são:

- Delimitação do território de cada equipe de Atenção Primária à Saúde, com as microáreas discriminadas, por meio da revisão da territorialização elaborando um Mapa do Território;
- Análise da situação de cadastramento dos cidadãos e das famílias residentes no território com proposição de estratégias para sua devida efetivação;
- Elaboração da matriz de integração da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, no que se refere ao componente “Território integrado entre Atenção Primária e Vigilância em Saúde”, seguindo-se a diretriz proposta e as ações recomendadas - **Proposições de forma de integração entre o território da AB e Vigilância (área, microárea, quarteirões?);**
- Atualizar o Plano municipal de contingência ao Aedes Aegypti.

Para melhor entendimento acerca dos processos de territorialização, cadastramento e diagnóstico local, recomenda-se os roteiros propostos nos anexos 1, 2 e 3, bem como o texto do anexo 4 desse guia de estudo (no material online disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>). Já em relação à elaboração da matriz de integração, seguem algumas orientações:

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA MATRIZ

Antes do preenchimento da matriz com os componentes sugeridos para integração entre as ações de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Vigilância em Saúde (VS), sugere-se algumas perguntas norteadoras para que a equipe reflita sobre os processos de trabalho, identificando potencialidades e fragilidades.

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

A matriz estará disponível no site: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>

Eixo	Questões	Situação Atual	Situação Desejada	Ações Propostas	Insumos/Recursos	Prazos	Responsável	Parceiros
1. Territórios da Atenção Primária à Saúde/Vigilância em Saúde	- A área técnica tem utilizado os dados (ambientais, epidemiológicos, sanitários) levantados pela APS na territorialização?							
	- Qual o critério utilizado em cada área para definir seu território? (número de imóveis, número de famílias, aspectos geográficos, barreiras arquitetônicas, análise da situação de saúde, dados socioeconômicos, vulnerabilidade, riscos coletivos, equipamentos de saúde, equipamentos sociais, outros)?							
	- As bases territoriais são compatíveis?							
	- As equipes utilizam algum critério para compatibilização dos territórios da APS e da VS?							
	- A área técnica utiliza o geoprocessamento e/ou mapeamento para definir seu território?							
	- Os Agentes de Combate a Endemias (ACE) são vinculados à Unidade Básica de Saúde (UBS)?							
	- Os ACE são vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF)? - A APS está inserida no desenho de Rede de Atenção?							
2. Organização do processo de trabalho	- Que ações estão sendo desenvolvidas de integração entre a APS e VS na área técnica?							
	- Que políticas indutoras estão sendo desenvolvidas para que as ações de vigilância sejam efetivamente descentralizadas para a UBS?							
	- Existe uma definição clara das competências da APS e da VS?							
	- Existem fluxos de gestão e de Rede de Atenção definidos?							
	- Quais as estratégias ou metodologias utilizadas (linhas de cuidado, gestão da clínica, protocolos clínicos integrados)?							
	- A coordenação prevê estratégias de apoio matricial da equipe do nível central para o desenvolvimento de ações de VS na APS?							
	- Essa área técnica prevê a inclusão/atividades para o ACE? - Como se daria o processo de trabalho do ACE na ESF? - Qual o (novo) papel do supervisor dos ACE?							
3. Planejamento	- As coordenações realizam planejamento e programação de forma permanente e articulada entre a APS e VS?							

ament o e progr amaçã o	- A gestão prevê o envolvimento das coordenações de APS e VS conjuntamente no processo de pactuação dos indicadores do Pactuação Interfederativa de Indicadores 2017 - 2021?							
	- Acorda agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e à melhoria dos indicadores?							
4. Monit orame nto e avalia ção	- Existe coordenação descentralizada responsável pelo acompanhamento da VS na APS?							
	- A equipe de monitoramento e avaliação da VS é composta por técnicos da APS?							
	- A equipe de monitoramento utiliza instrumentos (próprios) para acompanhamento das ações e práticas da APS e VS?							
	- As coordenações de APS e de VS utilizam as informações dos sistemas de informação como instrumentos de gestão, avaliação, planejamento e monitoramento?							
COMO INTEGRAR NA PRÁTICA O TERRITÓRIO DA AB E VIGILÂNCIA (ÁREA, MICROÁREA, QUARTEIRÕES)?								

No anexo 5 (do material online disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>), encontram-se as diretrizes de integração da Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde para apoiar na construção da matriz.

ENVIO DAS ATIVIDADES DE DISPERSÃO:

Antes da realização da próxima oficina, as equipes devem enviar a atividade conforme e-mails abaixo:

Polo de oficina de APS Ijuí (<u>Ijuí, Ajuricaba, Bozano, Catuípe e Coronel Barros</u>): <planificaijuí@saude.rs.gov.br >	Polo de oficina de APS Jóia (<u>Jóia e Augusto Pestana</u>): <planificajoia@saude.rs.gov.br>
Polo de oficina de APS Santo Augusto (<u>Santo Augusto, Campo Novo, Chiapetta, Inhacorá, Nova Ramada, São Martinho e São Valério do Sul</u>): <planificasantoaugusto@saude.rs.gov.br>	Polo de oficina de APS Crissiumal (<u>Crissiumal, Humaitá e Sede Nova</u>): <planificacrissiumal@saude.rs.gov.br>
Polo de oficina de APS Panambi (<u>Panambi, Condor e Pejuçara</u>): <planificapanambi@saude.rs.gov.br>	

Além disso, deverão preparar uma apresentação para socialização do trabalho com os demais colegas da Planificação da Atenção à Saúde.

7 AVALIAÇÃO DA OFICINA

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

ANEXOS

ANEXO 1 - O PROCESSO DA TERRITORIALIZAÇÃO⁴

O processo de territorialização desenvolve-se seguindo as fases descritas no quadro abaixo.

<p>1. Fase preparatória</p>	<p>1.1 Realizar discussões na equipe de saúde para compreensão do processo de territorialização.</p> <p>1.2 Definir as responsabilidades para cada uma das fases, envolvendo no levantamento de informações, principalmente os agentes comunitários de saúde e os profissionais mais velhos ou moradores da área de abrangência.</p> <p>1.3 Identificar a existência de plano diretor municipal, projetos/estudos/mapas urbanos que contenham a identificação do território e a malha viária.</p> <p>1.4 Adquirir um mapa-base do município ou das áreas já definidas, com escala para área urbana 1:5.000 ou 1:10.000 e para zona rural 1:25.000 ou 1:50.000.</p> <p>1.5 Realizar o levantamento de dados de fontes do próprio município, plano municipal de saúde, Atlas de Desenvolvimento Social da Fundação João Pinheiro (FJP), do IBGE, Cadernos de Saúde e Sala de Situação nos sistemas de informações do Ministério da Saúde sobre os aspectos geográficos, populacionais, econômicos, sociais, culturais e epidemiológicos.</p> <p>1.6 Analisar os dados levantados.</p>
<p>2. Fase de delimitação do território</p>	<p>2.1 Considerar os seguintes critérios para delimitação ou revisão do território:</p> <ul style="list-style-type: none"> • geográfico: barreiras, limites, áreas rurais; • risco ambiental; • densidade populacional; • aspectos políticos, econômicos (modo de produção, renda), sociais, culturais; • malha viária e meios de transporte; • equipamentos sociais; • pontos de atenção à saúde: UBS, centros de especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimentos, dentre outros. <p>2.2 Delimitar os limites do território da UBS, considerando os critérios citados.</p> <p>2.3 Caso já exista, revisar a caracterização do território delimitado da Unidade Básica de Saúde (UBS) considerando os mesmos critérios.</p>
<p>3. Fase de apropriação</p>	<p>3.1 Sinalizar no mapa-base os limites definidos e as características do território.</p> <p>3.2 Realizar análise do conjunto de informações.</p>

⁴Material extraído do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

do território	3.3 Confirmar ou corrigir o território da UBS ou fazer a sua revisão, caso já exista.
4. Fase de consulta às lideranças comunitárias	<p>4.1 Mapear todos os representantes ou lideranças da comunidade local (informantes-chaves) procurando envolvê-los no processo de territorialização.</p> <p>4.2 Realizar entrevistas para levantar informações sobre o território e a vida das famílias e da comunidade, aspectos geográficos, políticos, econômicos, sociais e culturais percebidos e de relevância para a comunidade.</p> <p>4.3 Indagar sobre fatores facilitadores ou dificultadores a respeito do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e o funcionamento da unidade de saúde (ver quadro: Entrevista com lideranças comunitárias).</p>
5. Fase de definição do território	5.1 Definir a área de abrangência da UBS e suas respectivas microáreas

A entrevista com as lideranças comunitárias é fundamental para o processo de territorialização. O objetivo é conhecer a percepção do usuário sobre o atendimento da equipe de saúde, que pode ser expressa como fatores facilitadores ou dificultadores, como proposto a seguir.

	ITEM	FATORES FACILITADORES	FATORES DIFICULTADORES
1.	Localização e acesso à unidade		
2.	Horário de funcionamento		
3.	Informações prestadas por telefone		
4.	Manutenção e limpeza da unidade		
5.	Recepção e acolhimento na unidade: atitude relativa à cortesia, respeito, sensibilidade e simpatia, sala de espera		
6.	Tempo de espera para consultas programadas ou de urgência		
7.	Atendimento programado (consultas, grupos operativos e outros): duração do atendimento, habilidade do profissional		
8.	Lembretes aos usuários sobre atendimentos agendados ou programados e busca ativa em caso de falta		
9.	Atendimento em situações de urgência: tempo de espera, resolutividade		
10.	Atendimento na sala de vacina, farmácia e sala de curativo		
11.	Encaminhamento para consultas de especialidades		
12.	Realização de exames laboratoriais		
13.	Visitas domiciliares, ações preventivas, controle de zoonoses		
14.	Compreensão sobre a orientação feita após o atendimento, prescrição de medicamentos ou solicitação de exames		
15.	Satisfação com relação ao atendimento das necessidades do cidadão		

- Pontos de atenção à saúde além da própria UBS: centros de referência/especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimentos e outros.
- Equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, ambulatórios, hortas comunitárias etc.
- Áreas de lazer: campos de futebol, pistas para caminhada, parques etc.

Áreas de risco:

- Áreas de risco ambiental: lixão; áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação; fontes de poluentes (tipo, origem etc.) e outros riscos.
- Áreas de assentamentos e invasões.
- Áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços etc.
- Áreas rurais: número de comunidades, ponto de apoio, distância da UBS.

Urbanização – acesso:

- Pavimentação das ruas e avenidas.
- Transporte público.
- Malha viária, rodovias, ferrovias.

Características dos domicílios:

- Número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, outros.
- Número de domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração, sem tratamento.
- Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto.
- Número de domicílios com energia elétrica.
- Número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.

ETAPA 2 - PERFIL DEMOGRÁFICO

- População total.
- População segundo faixa etária e sexo.
- População que tem plano de saúde.
- Número total de usuários do SUS.

ETAPA 3 - PERFIL SOCIOECONÔMICO

- Número de chefes de família analfabetos.
- Número de famílias com renda familiar per capita inferior a R\$ 77,00 (setenta e sete reais)⁵.
- Número de famílias sem acesso à pasta e à escova de dente, por área.

⁵ Fonte: Programa Bolsa Família, Ministério da Previdência e Assistência Social.

- Número de famílias segundo o grau de risco.

ETAPA 4 - PERFIL INSTITUCIONAL

- Histórico da UBS.
- Localização.
- Tipologia: ESF, PACS, Unidade Tradicional.
- Acesso à UBS: topografia e transporte urbano.
- Horário de atendimento.
- Recursos humanos: número de profissionais por categoria, carga horária semanal contratada, carga horária semanal cumprida, especialização ou residência em saúde da família, tempo de atuação na APS e tempo de atuação na UBS.
- Relação com os Conselhos Locais de Saúde, caso existam.
- Relação com as lideranças comunitárias.

ANEXO 2 - O PROCESSO DE CADASTRO FAMILIAR⁶

OBJETIVO:

- Conhecer as famílias residentes nas áreas de responsabilidade das equipes de saúde, relacionando os seus integrantes, a situação de moradia e outras informações necessárias para a programação das ações de saúde.

METAS:

- Identificar e cadastrar 100% das famílias residentes na área de responsabilidade.

OPERACIONALIZAÇÃO:

- O processo de cadastramento das famílias das áreas de abrangência da UBS se desenvolve seguindo as fases descritas no quadro abaixo.

1. Fase preparatória	<p>a. Realizar encontros preparatórios de toda a equipe para conhecimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • do objetivo do cadastramento; • da sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde e de programação de ações; • da sua função como instrumento de educação da família (as orientações a serem feitas à família, em geral e sobre cada um dos itens pesquisados). <p>b. Apresentar e discutir a metodologia utilizada para o cadastramento, assim como o instrumento a ser aplicado.</p> <p>c. Discutir o formulário de cadastro padronizado pela SMS para aplicação junto às famílias e indivíduos do território.</p> <p>d. Elaborar o planejamento do cadastramento, envolvendo toda a equipe; identificando as microáreas definidas no processo de territorialização, seus respectivos responsáveis, os agentes comunitários de saúde e o número total e a relação de domicílios; e definindo o cronograma de visitas domiciliares.</p> <p>e. Esclarecer as lideranças locais identificadas no processo de territorialização e solicitar a sua</p>
----------------------	---

⁶ Material extraído do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.

	colaboração em caso de dificuldade de acesso a alguma área ou domicílio.
2. Fase de execução	<ul style="list-style-type: none"> a. Priorizar na primeira etapa do cadastramento as famílias moradoras de áreas de risco. b. Agendar previamente as visitas, de maneira a garantir o tempo e as condições adequadas para a realização da entrevista e a maior participação de outros familiares. c. Aplicar o formulário em uma ou duas visitas domiciliares. d. Iniciar a visita apresentando-se à família, esclarecendo a vinculação à UBS e esclarecendo o objetivo do cadastro. e. Entrevistar preferencialmente o responsável da família, com a participação de outros familiares sempre que possível. f. Indagar o entrevistado sobre cada um dos itens do formulário, de maneira objetiva, mas ao mesmo tempo acolhedora, deixando espaço para esclarecimentos sobre o significado e importância de cada aspecto e sobre as dúvidas que surgirem. g. Anotar as respostas nos campos específicos do formulário, estando atentos a registrar também as impressões, questionamentos e aspectos não previstos anteriormente, mas importantes para o conhecimento daquela família. h. Orientar a família sobre a utilização das informações para a programação e organização do serviço de saúde. i. Realizar também orientações de educação em saúde sobre as condições e problemas identificados, como relacionamentos familiares, cuidados com o recém-nascido e outras faixas etárias de risco, consultas de controle na UBS, armazenamento e administração de medicamentos, higiene do ambiente, acondicionamento do lixo etc.
3. Fase de utilização	<ul style="list-style-type: none"> a. Lançar os dados do cadastro no e-SUS ou no Sistema de Informação Gerencial do município. b. Realizar momentos de apresentação e discussão da equipe sobre os dados coletados, para conhecimento da situação de saúde das famílias de cada microárea. c. Utilizar as informações para a classificação por grau de risco e para programação de ações necessárias para a melhoria da condição familiar.
4. Fase de atualização	<ul style="list-style-type: none"> a. Atualizar o cadastro sempre que houver uma alteração importante da composição ou condição familiar. b. Considerar as mudanças dinâmicas do território que possam implicar alterações da base populacional, como obras viárias, conjuntos populacionais, assentamentos urbanos e outras. c. Realizar anualmente uma revisão completa do cadastro das famílias da área de abrangência.

ANEXO 3 - O DIAGNÓSTICO LOCAL

OBJETIVO:

- Conhecer a população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), seu perfil epidemiológico e os fatores geográficos, demográficos, políticos, econômico-sociais, culturais e institucionais que influenciam na saúde dos indivíduos e da comunidade.

METAS:

- Traçar o perfil demográfico e epidemiológico da população residente na área de responsabilidade da equipe de saúde.

OPERACIONALIZAÇÃO:

- Toda a equipe de saúde deve ser envolvida no diagnóstico situacional, a partir do planejamento desse processo.
- Os dados devem ser coletados dos relatórios da territorialização e cadastro familiar e complementados com a classificação de risco das famílias e o dimensionamento da população-alvo. Outros dados relativos aos indicadores dos sistemas de informação e a outros registros da própria unidade e da secretaria municipal de saúde poderão ser considerados.
- Organizar os dados por microárea, possibilitando um conhecimento mais preciso da sua população adscrita.
- Analisar os dados seguindo o roteiro, que sugere uma leitura dos dados necessários para avaliar o acesso à unidade de saúde, incluindo a percepção do líder comunitário entrevistado no processo de territorialização; a população de responsabilidade da equipe de saúde; as subpopulações com as condições crônicas prioritárias, relativas às redes prioritárias definidas no planejamento estratégico (gestante, criança, hipertenso, diabético, câncer de mama e colo de útero); e alguns determinantes sociais da saúde.
- Para alguns itens do diagnóstico, será útil a comparação com os parâmetros municipais ou outros disponíveis.
- Elaborar o documento final com o diagnóstico local da área de responsabilidade da equipe de saúde e repassá-lo para a coordenação central para a etapa de elaboração do diagnóstico municipal.

ROTEIRO PARA O DIAGNÓSTICO LOCAL			
Item de Análise	Dados	Fonte	Observação
Acesso	Distância máxima de um domicílio e a UBS	Perfil geográfico – ambiental do relatório de territorialização	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilita a identificação dos fatores dificultadores do acesso da população adscrita à UBS, a partir dos quais elaborar um plano de ação para melhoria do acesso.
	Barreiras geográficas ou de grande esforço		
	Áreas de risco ambiental e/ou urbano		
	Malha viária, pavimentação, transporte		
	Proporção população/equipe		
	Satisfação do usuário	Entrevista às lideranças comunitárias	
População adscrita	População total	Perfil demográfico – cadastro familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilita a gestão de base populacional: (i) estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos; (ii) implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população; (iii) prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências.
	População por sexo e faixa etária		
	Classificação de risco das famílias		
	População que tem plano de saúde		
Determinantes sociais da saúde	Número de domicílios	Perfil sócio econômico – cadastro familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilita a identificação de alguns dos elementos necessários para a classificação de risco, permitindo o monitoramento mais intenso das famílias de maior risco. • Possibilita o desenvolvimento de intervenções de promoção e prevenção.
	Densidade família (média de integrantes por família)		
	Condições de moradia (proporção de moradias de tijolo/adobe)		
	Abastecimento de água (proporção de domicílios com abastecimento de água pela rede pública)		
	Destino de fezes e urina (proporção de domicílios com sistema de esgoto pela rede geral)		
	Destino do lixo (proporção de domicílios com sistema de coleta de lixo)		
	Renda familiar		

	(proporção de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família)		
	Escolaridade (proporção de chefes de família analfabetos)		
	Recursos da comunidade: equipamentos e serviços sociais existentes, áreas de lazer, grupos culturais, de esporte e outros	Perfil geográfico – ambiental do relatório de territorialização	
Subpopulações com condição de saúde estabelecida	<p>Estimativa da população alvo, total e por estrato de risco, e cobertura de atendimento das seguintes condições de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestante; • Criança; • Hipertensos, • Diabéticos; • Mulheres na faixa etária de rastreamento do câncer de mama e colo de útero. 	Perfil epidemiológico: aplicação dos parâmetros de prevalência e cadastro na UBS	Possibilita a organização da atenção às condições de saúde mais prevalentes.

ANEXO 4 - METODOLOGIA DA ESTIMATIVA RÁPIDA PARA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE LOCAL

A Metodologia da Estimativa Rápida não é o único método para coletar dados amplos sobre uma área geográfica específica ou determinado problema: é o começo de um processo para obter informações que subsidiarão a elaboração do diagnóstico situacional, contribuindo para a construção do planejamento local.

É o modo de se obterem informações sobre o conjunto de problemas em curto período de tempo, sem grandes gastos de dinheiro. O termo “rápido” refere-se ao tempo disponibilizado na coleta de dados em campo e durante o período de análise. Tem por princípios:

- não coletar dados excessivos ou impertinentes;
- adaptar as investigações para que reflitam as condições locais e situações específicas;
- envolver o pessoal da comunidade tanto na definição de necessidades quanto na identificação de possíveis soluções.

a) Dados Primários

São as informações coletadas diretamente por meio da relação do entrevistador/pesquisador e o *informante-chave*. Requer a utilização de roteiro de entrevista e identificação de informantes-chave, que devem ser moradores conhecedores das características geográficas e populacionais da área em estudo.

A escolha do informante-chave busca identificar, na população, pessoas com densidade de opinião, ou seja, aquelas cuja informação represente a de várias pessoas. Identificar uma liderança natural não é tarefa simples, pois nem sempre é o presidente da Associação de Moradores, podendo ser moradores antigos, donos de bares, pessoas que não têm medo de novidade, que buscam a Unidade de Saúde nas primeiras semanas de funcionamento, benzedeiras, entre outras.

Outra forma de coleta de dados é a observação, realizada por meio de um passeio ambiental, em que o próprio pesquisador registra sua percepção sobre a área estudada (aspectos físicos, condições e densidade das habitações, sistema de drenagem, presença de esgoto a céu aberto, acúmulo de lixo, serviços existentes na comunidade, entre outros).

Para a realização dessa etapa é necessária a elaboração de roteiro, que contemple perguntas pertinentes aos informantes-chave e a relação do que será observado.

b) Dados Secundários

São aqueles já apresentados e disponíveis por outros organismos governamentais ou não, são essenciais para equipes que estão iniciando seu trabalho e nem sempre dispõem de tempo suficiente para realizar planejamento adequado.

As informações podem ser obtidas junto a registros oficiais como: IBGE ou demais órgãos oficiais de pesquisa, SES e SMS, Ação Social, Educação, Meio Ambiente, companhias de abastecimento de água, esgoto, limpeza urbana e energia elétrica; Conselhos de Saúde e Sistemas de Informações (E-SUS AB, SIM, SINASC, SINAN, SIS-PRENATAL, SISCOLO, entre outros). Alguns dispõem de dados com acesso pela internet.

Roteiro para a Realização do Diagnóstico Situacional da Comunidade

I – Identificação do Informante

Nome:

Idade:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Escolaridade/Ocupação:

Tempo em que reside na comunidade:

Participa da comunidade?

Como?

II – Identificação da Comunidade

1 – Como surgiu a comunidade?

2 – De onde vieram os primeiros moradores?

3 – Quais os grupos organizados existentes na comunidade?

4 – Quais as principais conquistas?

5 – Quais os principais problemas?

6 – Quais as principais reivindicações?

7 – A comunidade se reúne para alguma atividade, tipo:

() pastoral () associação de moradores () grupos religiosos () cooperativa () outros.

III – Identificação das Condições de Moradia (Análise Geral da Comunidade)

1 – Característica da construção

2 – Posse da moradia

3 – Abastecimento de água

4 – Destino dos dejetos

5 – Coleta de lixo

6 – Energia elétrica

7 – Pavimentação das ruas

8 – Meios de transporte

9 – Forma de lazer

IV – Identificação das Condições Ambientais

1 – Fontes de poluição ambiental

2 – Desmatamento

3 – Rios ou lagos contaminados

- 4 – Depósitos de lixo
- 5 – Indústrias
- 6 – Terrenos baldios
- 7 – Encostas sem proteção
- 8 – Utilização de agrotóxicos

V – Identificação dos Agravos

- 1 – Quais as doenças mais comuns na comunidade? (crianças / adolescentes / adultos / idosos)
- 2 – Por que essas doenças acontecem?
- 3 – Além das doenças, existe algum outro problema que afeta a saúde das pessoas (clima, agrotóxicos, condições de trabalho etc.)?
- 4 – De que as pessoas morrem na comunidade? (crianças / adolescentes / adultos / idosos)
- 5 – Quando algum produto ou serviço prejudica a saúde das pessoas, elas denunciam ao órgão competente? Qual é o retorno?

VI – Identificação dos Serviços de Saúde

- 1 – Quando as pessoas adoecem para onde vão?
- 2 – Quais os tipos de serviços de saúde existentes na comunidade?
- 3 – O que a comunidade pensa do atendimento recebido no serviço de saúde?
- 4 – Há dificuldade de acesso aos serviços de saúde (locomoção, barreiras geográficas, agenda, atendimento)?
- 5 – As pessoas conseguem resolver seus problemas nos serviços de saúde?
- 6 – Quando procuram por atendimento odontológico conseguem ser atendidos?
- 7 – Caso precisem se deslocar para serviços fora da comunidade, como funciona o processo de agenda e retorno?

Obs.: Podem ser inseridas outras questões de acordo com o interesse das equipes.

Data e nome do entrevistador:

Esquema para coleta de informações:

- Levantar população geral, por sexo e faixa etária

Dados secundários: E-SUS AB (onde já existir o cadastramento); IBGE.

- Identificar condições de moradia

Dados secundários: Registros/relatórios em setores da própria prefeitura; companhias de abastecimento de água, energia elétrica, esgoto; E-SUS AB, IBGE, IPEA.

Dados primários: Informante-chave e passeio ambiental.

- Identificar condições ambientais

Dados secundários: Secretarias de Meio Ambiente;

Dados primários: informante-chave e passeio ambiental.

- Levantar o perfil de morbimortalidade da área

Dados secundários: SIM; E-SUS AB; SINAN; SINASC; SISVAN; e-SUS AB, SISCOLO, internet, além de registros da Secretaria da Saúde;

Dados primários: informante-chave.

- Identificar os serviços oferecidos pela Unidade de Saúde

Dados secundários: registros na Secretaria da Saúde e na própria Unidade;

Dados primários: entrevistas a usuários.

- Identificar a forma de organização social da comunidade

Dados secundários: registros nas Secretarias Municipais;

Dados primários: entrevistas com informante-chave.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Gerência de Regulação e Assistência a Saúde. Gerência de Vigilância a Saúde. **Diretrizes clínicas:** organização da atenção primária à saúde. 1.ed. 2008. Coleção Uma Nova Saúde, livro 1. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br>>.

ANEXO 5 - DIRETRIZES DE INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

1. Organização do Processo de Trabalho

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

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

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

Os gestores e as equipes de saúde devem definir claramente os papéis, competências e responsabilidades de cada um destes agentes, e de acordo com a realidade local, definir os fluxos de trabalho. O número de ACE que vai

compor cada Equipe de Saúde da Família será definido pelo gestor municipal de acordo com o perfil epidemiológico e sanitário, densidade demográfica, área territorial e condições socioeconômicas e culturais. É fundamental o uso de protocolos clínicos que envolvam ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas de saúde mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais.

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

2. Promoção da Saúde

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

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

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que promove o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade. Desse modo, formam-se redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos são partícipes na proteção e no cuidado com a vida. A promoção da saúde visa romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde–doença, reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem.

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

3. Território Integrado entre APS e Vigilância em Saúde

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

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

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

4. Planejamento e Programação

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

Faz-se necessário o fortalecimento das estruturas gerenciais dos municípios e estados com vistas não só ao planejamento e programação, mas também da supervisão, seja ela das equipes, dos municípios ou regionais. Segundo a concepção da vigilância em saúde, a articulação desse conjunto de ações é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e respectivas propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação. O planejamento é entendido nessa proposta como uma ferramenta da gestão da vigilância em saúde e incorpora dois princípios fundamentais presentes na concepção da APS: a corresponsabilidade sanitária e a participação social.

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

5. Participação e Controle Social

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

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

6. Educação Permanente em Saúde

Investimentos em mudanças do ensino das profissões de saúde, com ênfase em currículos consentâneos com as necessidades do SUS, em particular, com o ensino em situações reais de APS e vigilância em saúde são urgentes e indispensáveis. É preciso colocar na discussão das prioridades de educação permanente, junto às Comissões Interinstitucionais Ensino-Serviço, as demandas por qualificação em vigilância em saúde na APS para os profissionais que estão atuando no SUS.

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

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

7. Monitoramento e Avaliação

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

Os Sistemas de Informações de Saúde desempenham papel relevante na organização dos serviços. Estados e municípios, de posse das informações em saúde, têm condições de adotar de forma ágil, medidas de controle de doenças, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões.

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
7. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo metodologias e instrumentos de todos os instrumentos de gestão desde o nível local até o nacional ➤ Monitorar integrada e sistematicamente indicadores pactuados no Pacto pela Saúde e ações da PAVS, utilizando instrumentos já existentes (roteiro de monitoramento da PAVS e AMQ). ➤ Recomendar que os indicadores sejam analisados, considerando a avaliação das ações desenvolvidas e resultados obtidos, para subsidiar a reorientação das práticas. ➤ Valorizar experiências exitosas. ➤ Propor avaliações externas, quando necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz. Doc Preliminar. Diretrizes Para A Integração Entre a APS e Vigilância em Saúde. Mimeo, Brasília. 2009.