

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES**  
Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Clodoaldo da Silva Borba

**Plano de Integração da Territorialização  
entre Vigilância à Saúde e a Atenção  
Básica no Município de Abreu e Lima**

**RECIFE**  
**2010**

**Clodoaldo da Silva Borba**

**Plano de Integração da Territorialização entre Vigilância à Saúde e a Atenção  
Básica no município de Abreu e Lima**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Tereza Maciel Lyra

RECIFE  
2010

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

B726p Borba, Clodoaldo da Silva.  
Plano de Integração da Territorialização entre Vigilância à Saúde e a  
Atenção Básica no Município de Abreu e Lima / Clodoaldo da Silva Borba.  
— Recife: C. S. Borba, 2010.  
44 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços  
de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas  
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.  
Orientador: Tereza Maciel Lyra.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Saúde Pública.  
I. Lyra, Tereza Maciel. II. Borba, Clodoaldo da Silva. III. Título.

---

CDU 614.39

**Clodoaldo da Silva Borba**

**Plano de Integração da Territorialização entre Vigilância à Saúde e a Atenção  
Básica no município de Abreu e Lima**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dra. Tereza Maciel Lyra**  
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz

---

**Msc. Denise Santos Correia de Oliveira Scripnic**  
Secretaria de Saúde de Recife/Diretoria de Vigilância à Saúde

Dedico este trabalho aos meus pais, José e Creusa, para que tenham certeza da minha gratidão por mim possibilitarem chegar onde cheguei.

## **AGRADECIMENTOS**

À Orientadora, Dr<sup>a</sup> Tereza Maciel Lyra pela luz na condução e viabilização deste trabalho.

À minha esposa Ladivania Nascimento, pela competência, apoio e disponibilidade na co-orientação deste trabalho.

A minha filha Mariana Borba, pela paciência e entendimento nos momentos de minhas ausências.

À Prefeitura Municipal de Abreu e Lima, pela liberação e apoio através da Secretaria de Saúde.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães através dos Coordenadores, Professores e seus técnicos Sandra e Semente que participaram de todo processo.

## RESUMO

A concepção tradicional de saúde centrado na doença gera um grande demanda de recursos e mesmo assim, não atendendo as necessidades da comunidade local que se expande e condiciona sua forma de vida. Vários fatores interferem na situação de saúde local, entre eles situação educacional, questões culturais, hábitos e renda que apontam a necessidade de novas formas de investimentos e gestão. O grande desafio da gestão é a percepção da problemática real do sistema de saúde, decorrente da descontinuidade das atividades entre os setores, fragmentação dos trabalhos e a falta de preparo dos servidores que contribui para esta desarticulação. Assim, este plano de intervenção tem objetivo de aprimorar a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, através da Territorialização das atividades com a participação efetiva dos agentes comunitários de saúde e de controle de endemias, aumentando a efetividade das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. A resolutividade da problemática saúde vai além das competências da gestão devido a sua complexidade, dimensão e fatores intercorrentes. Todavia, novas formas de abordagens das ações de rotina podem permitir que haja melhoria no atendimento da população e, conseqüentemente do processo de saúde como um todo. A integração das atividades da Atenção Básica e Vigilância em Saúde permitirá um entendimento da problemática real do município e as melhores formas de intervenção, com a participação de todas secretárias do município, com propostas articuladas para obtenção de melhores níveis de saúde e de um novo modelo de atenção.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde e Saúde Pública

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de nascidos vivos residentes do município de Abreu e Lima, segundo banco de dados do DATASUS - Ministério da Saúde, SINASC - Vigilância em Saúde e SIAB - Atenção Básica, do período de 1998 a 2007.....	27
Tabela 2. Número de nascidos vivos com peso menor que 2500g residentes no município de Abreu e Lima segundo banco de dados do DATASUS - Ministério da Saúde, SINASC - Vigilância em Saúde e SIAB - Atenção Básica, do período de 1998 a 2007.....	27
Tabela 3. Relação de notificação de Tuberculose segundo tipo de entrada dos residentes em Abreu e Lima no período de 2001 a 2007 .....	28
Tabela 4. Relação de cadastro e acompanhamento de pacientes de Tuberculose dos residentes em Abreu e Lima, segundo registro das Unidades de Saúde da Família - Atenção Básica, no período de 2001 a 2007. ....	28
Tabela 5. Relação de notificação de Hanseníase segundo modo de entrada dos residentes de Abreu e Lima, no período de 2001 a 2007. ....	28
Tabela 6. Relação de cadastro e acompanhamento de pacientes de hanseníase dos residentes de Abreu e Lima segundo registro das Unidades da Saúde da Família - Atenção Básica, no período de 2001 a 2007.....	28
Tabela 7. Número de óbitos em menor de 1 ano nos residentes em Abreu e Lima, no período de 1998 a 2007.....	29
Tabela 8. Número de óbitos em menor de 1 ano segundo causa dos residentes em Abreu e Lima segundo registro das Unidades da Saúde da Família - Atenção Básica, no período de 2001 a 2007. ....	30

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	12
2.1 Políticas de Saúde e Modelos Assistenciais .....	12
2.2 Territorialização da Saúde .....	16
2.3 Integração entre os setores de Atenção Básica e Vigilância em Saúde .....	19
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	23
3.1 Geral .....	23
3.2 Específicos .....	23
<b>4 PLANO OPERATIVO</b> .....	24
<b>5 ABREU E LIMA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO ATUAL</b> .....	26
5.1 Nascimento .....	26
5.2 Morbidade .....	27
5.3 Mortalidade .....	29
<b>6 DIRETRIZES</b> .....	31
<b>7 METAS</b> .....	32
<b>8 ESTRATÉGIAS</b> .....	33
<b>9 RESULTADOS ESPERADOS</b> .....	36
<b>10 ASPECTOS OPERACIONAIS</b> .....	37
<b>11 ESTRUTURA / INSUMOS</b> .....	38
<b>12 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	39
<b>13 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	40
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	41

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil possui o maior sistema público de saúde do mundo em termos de cobertura populacional e de risco. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela constituição federal de 1988 tem sido analisada como a mais bem sucedida reforma da área social empreendida sob o novo regime democrático, tendo em vista o seu caráter universal e igualitário. A inclusão de vastas camadas da população, anteriormente excluídas do acesso aos serviços e ações de saúde, não apenas básicos, mas também de média e alta complexidade, são exemplos concretos deste avanço.

No entanto, o SUS, na sua grande proposta de atender a população integralmente, mostra fragilidade, sendo incapaz de solucionar problemas neste nível de atenção. A definição clara de papéis, competências e habilidades dos profissionais são pontos fundamentais para a melhoria dos serviços da atenção básica no âmbito da saúde coletiva. Assim como, o desconhecimento da realidade local impede que sejam realizados fluxos de informações adequados, proporcionando intervenções tardias ou ausentes dos serviços de saúde.

Os serviços de saúde prestados na atenção básica pelos programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde do município de Abreu e Lima, criados na década de 90, apresentam o mesmo perfil nacional, com trabalhos fragmentados e uma descontinuidade dos fluxos de serviços. Com a inserção de 25 equipes de Programa de Saúde da Família no município, ocorreu melhoria na atenção básica diretamente relacionada ao aumento das consultas pré-natal, melhor cobertura nas campanhas de vacinação e diminuição da taxa de mortalidade infantil. No entanto, as atividades de controle das doenças não transmissíveis - Dant's (diabetes, hipertensão) e as doenças crônicas (tuberculose, hanseníase) permanecem com tratamentos prolongados, percentual baixo de cura e abandonos de tratamento. A mudança desse perfil é um dos grandes problemas da Secretaria de Saúde do município.

No final de 2008, com a homologação do Termo de Compromisso de Gestão, o município enfrenta um dos seus maiores desafios, a efetivação do Pacto pela Saúde, que tem como um dos pressupostos, os compromissos sanitários expressos

em objetivos de processos e resultados, tendo como prioridade a elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, consolidando e qualificando estratégias da Saúde da Família na Atenção Básica.

O Pacto pela Saúde, enquanto um projeto de reorganização das políticas de saúde em todas as suas dimensões define novas estratégias e instrumentos para avaliação e monitoramento, sintonizados com as perspectivas de mudança do modelo de atenção, que transcenda os mecanismos de controle e de aferição do atendimento à demanda espontânea (centrada no cuidado individual).

A construção da integralidade das ações é determinante para abordagem individual e coletiva dos problemas de saúde, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A utilização de processos avaliativos, desenvolvidos sobre a organização e o funcionamento das práticas do trabalho, contribui efetivamente para que os gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão, voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade, resolubilidade e a satisfação do usuário. No entanto, o enfrentamento de problemas e desafios exige decisão do gestor local, de aceitar e incorporar o processo avaliativo e de monitoramento na prática rotineira e cotidiana, inclusive de possíveis resultados negativos.

A questão saúde trata-se de um processo dinâmico sempre com surpresas inesperadas, que requer ações pontuais de enfrentamento como um plano de intervenção, que visa à integração entre os serviços da Atenção Básica e Vigilância em Saúde para esta proposta de atenção.

Um dos primeiros passos para a integração entre os serviços é a territorialização das áreas, que delimita e identifica as necessidades locais, para trabalhá-las oportunamente e continuamente, tendo como eixo, a estruturação da participação popular. Essa participação irá contribuir diretamente para intervenções dos fatores causadores de agravos ou doenças, que em muitos casos é decorrente da cultura local.

A territorialização possibilita a proximidade dos usuários aos serviços oferecidos e a facilidade do acesso ao sistema, em função da cobertura do Agente Comunitário de Saúde e Agentes de Controle de Endemias.

A implantação deste modelo de atenção busca enxergar com maior clareza as dificuldades individuais por território, subsidiando ações pertinentes às características locais, pontuando e reavaliando as deficiências do sistema, viabilizando e incorporando intervenções que atendam a comunidade assistida, quer seja uma necessidade individual ou coletiva, asseguradas nas determinações do SUS.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Políticas de Saúde e Modelos Assistenciais**

A Constituição Federal de 1988 define, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988, no contexto da Seguridade Social, fixa como seus princípios fundamentais, a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, destacando, além de outros, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2003)

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, veio regulamentar, em todo o território nacional, as ações e serviços do SUS, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de Direito público ou privado, fundamentando o direito do estado e do cidadão no sistema. (BRASIL, 1990a)

Os Conselhos Municipais de Saúde, criados a partir da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, efetivaram a participação popular, definindo sua responsabilidade e contribuição para o sistema, através de avaliações e propostas, apontando as diretrizes para a formulação da política de saúde, garantindo assim a transparência no SUS. (BRASIL, 1990b)

De acordo com Teixeira et al. (1998), o processo de construção do SUS tem sido marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político-administrativa do estado.

Evans e Stoddart (1996 apud HORTALE et al.,1999), relatam que as três últimas décadas foram marcadas por discussões aos aspectos relacionados ao

custo e reformas nos sistemas. Essa discussão nos países centrais se manifestam por alguns questionamentos da relação serviços-saúde, que são baseados em três constatações: primeiro, tornar-se-ia cada vez mais patente a importância de fatores externos (renda familiar, escolaridade, hábitos de vida, local de trabalho etc.) dos grupos populacionais em relação aos serviços na saúde; segundo, uma análise mais rigorosa mostraria que as práticas médicas não estão tão estreitamente ligadas a um conhecimento científico como pode parecer. Em outras palavras, as expectativas sociais (e seus recursos) depositadas nos serviços de saúde estariam superdimensionadas, levando-se em conta o retorno real que elas podem dar. Por último, existiria uma grande distância entre a compreensão atual dos determinantes de saúde e as prioridades definidas para os serviços pelas políticas de saúde. Esta separação entre teoria e prática poderia ser decorrência da persistência na utilização de quadros de referência ou modelos incompletos ou obsoletos de conceituação dos determinantes de saúde para a concepção dessas políticas.

Segundo Muñoz et al. (2000), nas Américas, a reforma do setor saúde nas questões estruturais, financeiras e organizacionais dos sistemas de saúde deram subsídios na prestação de serviços às pessoas, enquanto na saúde pública, não houve o apoio necessário para a sua infra-estrutura e modernização para execução do seu exercício, passando pela necessidade de uma reintrodução na agenda de saúde, buscando a operacionalização de suas funções essenciais.

A concepção tradicional de saúde, pautada no modelo médico-assistencial, fez com que o setor saúde ficasse impotente em face dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social (WALTNER-TOEWS, 2000). Dessa forma, vem se fortalecendo a idéia das ações de promoção da saúde, orientadas para as ações coletivas e intersetoriais, independentemente do sistema de atenção à saúde. A atenção voltada para a produção social da saúde das populações gera a necessidade de esclarecer as mediações que operam entre as condições reais em que ocorre a reprodução dos grupos sociais no espaço e a produção da saúde e da doença (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Segundo Teixeira et al. (1998), o modelo de saúde centrado na doença gerou uma crise financeira no sistema, exigindo o estabelecimento de novas estratégias que resgatem o paradigma da saúde centrada na qualidade de vida das comunidades, de forma participativa, integrada e criativa, dependendo apenas, e

fundamentalmente, da decisão política das autoridades locais, como demonstrado em alguns exemplos brasileiros.

Dever (1988 apud HORTALE et al.,1999) já observava a necessidade de ampliação do modelo clássico de saúde, que desse maior ênfase aos fatores ambientais e redução da importância dos agentes infecciosos, a partir de mudanças dos padrões dos estudos epidemiológicos. Essa aceitação de ampliação no meio médico e de planejamento sofre alterações muito lentamente, uma vez que são influenciadas pela hipótese da “causa única/efeito único”.

Mesmo com os avanços dos últimos 20 anos do SUS, a saúde ainda padece de problemas de organização, gerenciamento e operação, requisitando uma nova forma de processo de trabalho e de estrutura gerencial, de modo a enfrentar as desigualdades e injustiças sociais em saúde (GONDIM; MONKEN, 2008).

Segundo Brasil (2006b), internacionalmente o SUS é reconhecido positivamente pela implementação do Programa Nacional de Imunização, pelas ações de atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e pelo atendimento de Atenção Básica. Todavia, ao longo do tempo ocorreram muitos avanços, e os desafios a superar se tornaram constantes, sendo necessárias mudanças que atenda novas demandas. Ainda de acordo com Brasil (2006b), esse modelo de saúde parece ter sido esgotado pelas dificuldades de normatização que supram as necessidades de um país tão grande e desigual, e pela fixação de conteúdos e detalhamentos técnicos complexos.

No ano 2006, os gestores do SUS, na perspectiva de superar as dificuldades percebidas, assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, seguindo os princípios constitucionais do SUS, tendo como base o Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, resultante da busca simultânea de prioridades articuladas e integradas entre esses três componentes (BRASIL, 2006b).

Para subsidiar a inserção de ações de Vigilância em Saúde na Programação Anual de Saúde (PAS), em dezembro de 2009, o Ministério da Saúde determina através da Portaria nº. 3.008, de 1º de dezembro de 2009, a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009b).

A organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população é designada pela Atenção à Saúde, que é expressa em estratégias e práticas de acordo com as políticas e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (MATTA; MOROSINI, 2008). Segundo Matta e Morosini (2008), o termo Atenção à Saúde vem de uma compreensão histórica, política e cultura que propõem o desencadeamento de ações que objetivam projetos no campo da saúde que definam suas ações e serviços para atingir seus objetivos.

Como primeiro nível de atenção do SUS, temos a Atenção Básica, que se caracterizam pelo conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, realizando atividades de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação nesse nível de atenção. Estas ações devem ser desenvolvidas por equipes de multiprofissionais, tendo a estratégia de Saúde da Família como prioridade, de maneira a permitir o desenvolvimento de responsabilidade sanitária em comunidades territorialmente bem delimitada, considerando as questões sócio-culturais de maneira programada, dinâmica e voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade (BRASIL, 2008).

Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde desenvolvem as estratégias de articulação transversal, incorporam ações e serviços que possam reduzir a vulnerabilidade e risco à saúde da população, proveniente de seu modo de vida, condições de trabalho, habitação, educação, lazer e outros (BRASIL, 2008).

De acordo com Paim (1999a), os modelos assistências ou modelos de atenção à saúde podem ser compreendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

A diversidade de fatores que condicionam os problemas de saúde exigem que as propostas de resolução tenham uma variedade de estratégias e que as medidas sejam tomadas por vários atores, incorporando nesse processo a participação popular com o conhecimento de causa para as ações de promoção á saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 remonta a criação do PACS de 1991, surgiu como parte do processo de reforma do setor da saúde com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Atualmente, o PSF é definido com

Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização (BRASIL, 2006a).

A expansão do número de equipes de saúde da família na concepção de modelo assistencial até então não garante a construção de um novo modelo, contudo sua implementação tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência, ressaltando que sua implantação foi priorizada em comunidades restritas ao acesso dos serviços de saúde (ALVES, 2005).

A integralidade das ações não deixou de ser um problema simplesmente por falta de atenção às questões estatísticas, uma vez que existe a necessidade de análises qualitativas do PSF nas práticas de saúde e nos processos de trabalho cotidiano e pressupõe que para a construção de um novo modelo assistencial é fundamental o desenvolvimento de novas racionalidades que confrontem com as racionalidades hegemônicas assistencialistas (ALVES, 2005).

A construção de modelos alternativos que venha substituir o modelo assistencial hegemônicos vem crescendo, devido às várias experiências realizadas ao nível territorial, que possibilitam a incorporação de métodos e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde voltadas para a qualidade de vida (TEIXEIRA et al., 1998).

## **2.2 Territorialização da Saúde**

O processo de distritalização promovido pelo Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS, 87-89) veio contemplar tentativas de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação numa dimensão individual e coletiva, sendo posteriormente desenvolvidas em alguns municípios do país (TEIXEIRA et al., 1998).

A análise de situações de saúde corresponde a uma vertente da Vigilância em Saúde que prioriza a análise da saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida. Depende, portanto, de um processo de “territorialização” dos sistemas locais de saúde, de modo a reconhecer porções do território, segundo

a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

Neste sentido, Castellanos (1997) acrescenta que a análise de situações de saúde tem uma lógica territorial porque no espaço se distribuem populações humanas, segundo similaridades culturais e socioeconômicas, sendo o Estado o organizador e implementador de ações nessa base territorial e, que é, por isso, palco de conflitos e também de gestão de setores como da saúde.

A importância do território pode ser atestada pela análise comparada de sistemas de saúde em diferentes países. Os sistemas de saúde mais eficazes, eficientes e eqüitativos têm como elemento comum a sua estruturação numa base territorial, tal como acontece na Suécia, na Finlândia, na Inglaterra, em Cuba, na Costa Rica e em outros países (MENDES et al., 1993).

De acordo com a visão de Mendes et al. (1993) e Gondim e Monken (2008), no setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviço que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania, sendo sua organização e operacionalização no espaço geográfico nacional pautada pelo pacto federativo e por instrumentos normativos, que asseguram os princípios e as diretrizes do Sistema de Saúde, definidos pela Constituição Federal de 1988.

Ainda de acordo com Mendes et al. (1993), o entendimento de território caminha em duas linhas de pensamento. A primeira estrutura no espaço físico, considerando os critérios geopolíticos, denominado território-solo, que dá sustentação à visão topográfico-burocrática; e a segunda, como território-processo com espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social sujeito a situações políticas, culturais, econômicas e epidemiológicas. Entendido como processo social de mudança das práticas sanitárias e é o que permitirá exercitar a hegemonia do modelo sanitário. Assim, um território-processo-base do distrito sanitário, deverá ser esquadrinhado de modo a configurar uma determinada realidade dinâmica de saúde a partir de representação gráfica interativa com os problemas e as condições de vida dos diferentes conjuntos populacionais.

Mendes et al. (1993) ressaltam a forma equivocada do trabalho clássico dos serviços de saúde quando dividem o território em espaços simétricos contíguos, tal como, por exemplo, a forma de divisão espacial da vigilância sanitária. Essa territorialização pressupõe uma distribuição homogênea dos problemas de saúde no

espaço, o que, na prática, não ocorre. Assim, numa tentativa de ordenar essa situação de acordo com as necessidades e possibilidades das práticas de intervenção é que se subdivide o território do Distrito Sanitário em: Território-Distrito, Território-Área, Território-Microárea e Território-Moradia.

Para Barcellos et al. (2002), se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar, que é resultante da acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. Ainda segundo este autor, o desenvolvimento de indicadores capazes de detectar e refletir condições de risco à saúde é uma das questões mais importantes no diagnóstico da situação de saúde local, por permitir a identificação dos lugares, suas relações com a região, bem como a relação entre a população e seu território.

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Sendo caracterizada por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MENDES, 1993; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Os fatos acontecem simultaneamente nos territórios e suas repercussões são sentidas na sua totalidade de diferentes maneiras. A sua organização demográfica, cultural, política e econômica vai definir a intensidade destas repercussões, traduzidas pela população que habita e modifica estes lugares. As pessoas não são portadoras do risco, mas sim dos fatores que traduzem suas condições gerais de vida individual e coletiva, impondo a vulnerabilidade e as ameaças que estão expostas no seu cotidiano (GONDIM et al., 2008).

Segundo Monken e Barcellos (2005), ações como o Programa Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância, são iniciativas do SUS no processo de territorialização das atividades de saúde. Entretanto, o mesmo autor

argumenta que essa estratégia, muitas vezes, reduz-se ao conceito de espaço, utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção.

O planejamento da vigilância em saúde pode ampliar seu campo de atuação formal sobre o espaço por intermédio da concepção do território, uma vez que estes territórios abrangem um conjunto considerado indissociável de objetos, cujos conteúdos são usados como recursos de produção, circulação, cultura, associação e lazer (MONKEN; BARCELLOS, 2005). No entanto, segundo Pereira e Barcellos (2006), há necessidade de considerar outras perspectivas integradoras, relacional e multiterritorial para aproximar-se do que ocorre na realidade.

### **2.3 Integração entre os setores de Atenção Básica e Vigilância em Saúde**

Nas duas últimas décadas a Organização Pan-Americana de Saúde tem demonstrado uma preocupação com processos de mudança nos procedimentos técnicos de prestação dos serviços, no uso das tecnologias disponíveis, na integração dos conhecimentos, nas formas de utilização dos recursos e nos modos de concretizar a participação social (OPS, 1984; 1991).

A Organização Pan-Americana de Saúde ratificava o princípio da integralidade adotado pelo movimento sanitário brasileiro desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e incluído como diretriz no capítulo Saúde da Constituição de 1988 (PAIM, 2003). Recomendava um enfoque global das ações agrupadas e executadas de forma integral, de acordo com o conjunto de problemas da população, evitando-se os agrupamentos por patologias e programas isolados, defendendo um serviço organizado para produzir mudança no perfil epidemiológico com relação aos problemas (riscos e danos) coletivos e individuais (PAIM, 2003).

De acordo com Paim (1999b) diversos autores brasileiros identificaram ao lado da integralidade das ações, um conjunto de questões que podem ser relacionadas como problemáticas para o trabalho gestor: interdisciplinaridade das técnicas, interação entre multiprofissionais no trabalho em equipe e garantia de qualidade resolutiva da assistência, tanto como eficácia técnico-científica quanto como adesão

e intercomunicação na relação direta entre os diversos profissionais e destes com os usuários dos serviços.

Nesta mesma visão, Schraiber et al. (1999) comenta que tal modo de trabalhar e assistir propicia o estudo da integração entre práticas realizadoras de trabalho em saúde, isto é, as possibilidades e limites da interação entre os profissionais da prática clínica e seu agir focado nos problemas individuais de saúde; e aquele da prática sanitária, que visa a aproximação da população ou seus segmentos, sendo esta interação propiciadora de questões tanto da interdisciplinaridade dos saberes especializados, quanto da interatividade na relação entre os usuários e o próprio serviço. Essa interação possibilita a extração de conhecimento técnico – científico para o planejamento e gestão de serviços de saúde.

A articulação das ações ou dos trabalhos requer, por parte de cada profissional de saúde, um conhecimento básico acerca do trabalho do outro e o reconhecimento de sua necessidade para a atenção integral à saúde. Ou seja, a própria articulação das ações requer, ao menos uma certa modalidade de relação entre os profissionais, em que ao menos algumas informações sejam trocadas, mesmo que não se estabeleça um agir comunicativo e interativo (SCHRAIBER et al., 1999). O mesmo autor complementa sua idéia afirmando que essa interação ou comunicação dos profissionais da equipe é o meio que permite estabelecer as correlações e conexões entre as diferentes ações, assim como, a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los.

Segundo Mattos (2004), a centralidade do atendimento na enfermidade e não na pessoa, assim como, a falta de diálogo entre os profissionais de saúde e o paciente, são críticas mais recorrentes das práticas de saúde na Atenção Básica pela população atendida.

As limitações do modelo biomédico impedem que nas consultas, algumas ações de prevenção e promoção a saúde sejam praticadas decorrentes da visão centrada na doença como único meio de enfrentamento dos problemas da população assistida (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a

realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias (BRASIL, 2009a).

A Vigilância em Saúde vem com o objetivo de analisar permanentemente a situação de saúde da população, organizar e executar práticas adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes, sendo referencial para mudanças do modelo de atenção, a partir de ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos inseridos no cotidiano das equipes de saúde da família (BRASIL, 2008).

A lógica da vigilância da saúde incorpora também a integração das atividades de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, para a prestação de uma atenção ampliada. Nesse sentido, deve-se procurar combinar os instrumentos dessas vigilâncias, a fim de favorecer a atuação sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, tornando possíveis respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde, como já vêm acontecendo em algumas experiências no país, ainda que pontuais (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

A vigilância epidemiológica, centrada tradicionalmente no controle de doenças transmissíveis, precisa rever as possibilidades de atuação, indo além da listagem de agravos e doenças compulsórias, trazendo possíveis respostas inovadoras e mais efetivas no âmbito da saúde (TOSCANO, 2004).

As práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993). A organização desses serviços segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial formada por agregações sucessivas como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). Sendo um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF, a territorialização adquire, ao menos, três sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Nessas bases territoriais, a integração dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE) é fundamental para organização

dos serviços, cabendo ao gestor municipal, junto com as equipes de saúde, definir a base territorial de acordo com a realidade no aspecto geográfico, cultural, social e perfil epidemiológico. Estes agentes constituem o principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo co-responsáveis pelas ações e informações vindas da sua área de abrangência, e embora realizem ações comuns, há atividades específicas a cada um deles, que embora distintas, se complementam (BRASIL, 2008).

A Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010 estabelece apoio financeiro para regulamentar a incorporação do Agente de Controle de Endemias (ACE) na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde, junto às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010), confirmando a necessidade de integração entre os setores.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um plano de integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde para garantir maior eficiência no processo de trabalho dos serviços de saúde.

#### **3.2 Específicos**

- a) Territorializar as atividades por micro-áreas;
- b) Instituir as micro-áreas com co-responsabilidades dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Controle de Endemias;
- c) Aumentar a efetividade das ações de promoção, proteção específica, recuperação e reabilitação da saúde;
- d) Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo instrumentos de gestão entre os níveis.

## 4 PLANO OPERATIVO

O trabalho será implantado no município de Abreu e Lima, localizado na região Metropolitana do Recife, entre as coordenadas de 7°54'42" de latitude Sul e 34°54'10" de longitude Oeste de Gr., com acesso pela BR-101 Norte, PE-15 e BR-408 e limites ao Norte com as cidades de Igarassu e Araçoiaba, ao Sul: Paulista, ao Leste: Paulista e ao Oeste: Paudalho. O município tem uma área total de 138 km<sup>2</sup>, sendo que 30% desta correspondem à área rural, equivalendo a 0,13% do território estadual. A população é de aproximadamente 96.266 habitantes, sendo 90% residentes em área urbana.

A rede municipal de Assistência à saúde de Abreu e Lima abrange um hospital e maternidade com serviço de pronto atendimento, dois Centros de Especialidades Médicas, um laboratório de análises clínicas, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma clínica de fisioterapia, um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), um laboratório de saúde pública, além de 25 equipes de Saúde da Família, cobrindo 90% da população. O município dispõe ainda de rede credenciada de outros serviços complementares como laboratórios de análises clínicas, clínicas de fisioterapia, exames de radiologia e ultra-sonografia.

A Vigilância à Saúde está estruturada num mesmo local - Centro de Vigilância à Saúde – e, é composta por quatro Departamentos (Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Programas Especiais) e um setor de Mobilização, Educação e Comunicação (MEC). O Departamento de Programas Especiais abrange os seguintes setores: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Programa Nacional de Imunização (PNI), Programa de Tuberculose, Programa de Hanseníase e o Laboratório de Saúde Pública.

Para o diagnóstico do nível de integração dos setores de Vigilância em Saúde e Atenção Básica do município foi realizado um levantamento dos bancos de dados da Vigilância em Saúde (Sistema de Informação dos Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN e Sistema de Informação de Mortalidade – SIM) e Atenção Básica (Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB) disponíveis no Departamento de Informática do SUS

(*DATASUS*) do Ministério da Saúde e comparados dados de nascimento, morbidade e mortalidade dos últimos sete anos.

Numa segunda etapa será necessário conhecer as responsabilidades individuais e conjuntas das atividades desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica e Vigilância em Saúde do município. Com base nestas informações serão produzidos protocolos com os fluxos de serviços com as responsabilidades de cada profissional no atendimento do agravo/doença priorizadas pelo Pacto de Saúde.

Este protocolo será aplicado numa unidade básica de saúde previamente selecionada como plano piloto, para adequação e ajustes.

A execução do plano será realizada pelos responsáveis da Vigilância em Saúde e Atenção Básica, com apoio das equipes técnicas.

Os recursos materiais e equipamentos já estão disponibilizados para aquisição e uso, com orçamento já previsto dentro da execução orçamentária da Secretária Municipal de Saúde.

## **5 ABREU E LIMA: ANÁLISE DA SITUAÇÃO ATUAL**

A implantação do Programa de Saúde na Família e a estruturação da Vigilância em Saúde no município foram elementos importantes no atendimento da Atenção Primária, entretanto as ações que vêm sendo realizadas não respondem aos processos determinantes para elevar o nível de saúde da morbi-mortalidade municipais.

Dentre essas ações, a detecção e investigação em tempo oportuno, assim como ações pontuais de rotina não estão incorporados nos serviços da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, resultando numa fragmentação dos trabalhos e numa evidente descontinuidade das atividades entre os setores.

Um outro ponto de entrave trata-se da captação de informações em tempo hábil para percepção da situação local e ações que interfiram diretamente na morbidade e mortalidade. Assim como, a falta de preparo dos servidores, de forma geral, na execução dos serviços, por não ter clareza ou regras bem definidas nas atribuições do cargo, contribui para esta desarticulação.

### **5.1 Nascimento**

Na tabela 1 e 2 de nascidos vivos observa-se que em todos os anos analisados existem diferenças expressivas em relação aos dados tabulados nos bancos do SINASC (Vigilância em Saúde) e SIAB (Atenção Básica). Por exemplo, em 2007 o SIAB captou 68% do total de nascimento do SINASC (Tabela 1), e em relação ao registro de baixo peso o SIAB informou apenas 69,89% em relação ao banco SINASC (Tabela 2), caracterizando uma falha na captação das informações pela Atenção Básica, assim como uma falta de integração entre os dois setores.

**Tabela 1.** Número de nascidos vivos residentes do município de Abreu e Lima, segundo banco de dados do DATASUS - Ministério da Saúde, SINASC - Vigilância em Saúde e SIAB - Atenção Básica, do período de 1998 a 2007.

Ano/ nº de Nascimento	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
SINASC	1520	1587	1572	1470	1451	1505	1390	1419	1364	1312
SIAB	214	763	741	773	874	1063	849	890	928	899

Fonte: DATASUS/MS

**Tabela 2.** Número de nascidos vivos com peso menor que 2500g residentes no município de Abreu e Lima segundo banco de dados do DATASUS - Ministério da Saúde, SINASC - Vigilância em Saúde e SIAB - Atenção Básica, do período de 1998 a 2007.

Ano / nº de Nascimento	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
SINASC	122	133	102	118	105	108	121	101	118	93
SIAB	16	59	79	65	91	78	73	70	76	65

Fonte: DATASUS/MS

## 5.2 Morbidade

Através da comparação dos dados de tuberculose e hanseníase entre os bancos do SINAN (Vigilância em Saúde) e do SIAB (Atenção Básica) foi observado uma discrepância entre os números de pacientes registrados e tratados, deixando em dúvida o número real da notificação compulsória que são realizadas pelas Unidades de Saúde da Família (Tabelas 3, 4, 5 e 6).

Os dados apresentados pela Atenção Básica apontam despreparo no registro destas informações no SIAB.

**Tabela 3.** Relação de notificação de Tuberculose segundo tipo de entrada dos residentes em Abreu e Lima no período de 2001 a 2007.

<b>Ano de Notificação</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Caso novo	39	34	34	55	55	70	45
Recidiva	4	5	3	2	3	4	2
Reingresso após abandono	2	2	2	4	2	4	2
Não sabe	1	2	2	0	2	1	0
transferência	1	1	5	7	4	3	1
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>68</b>	<b>66</b>	<b>82</b>	<b>50</b>

Fonte: SINAN/DATASUS/MS

**Tabela 4.** Relação de cadastro e acompanhamento de pacientes de Tuberculose dos residentes em Abreu e Lima, segundo registro das Unidades de Saúde da Família - Atenção Básica, no período de 2001 a 2007.

<b>Ano de Notificação</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
TB cadastrado	199	441	277	257	358	408	349
TB acompanhado	178	345	222	238	342	358	314

Fonte: SIAB/DATASUS/MS

**Tabela 5.** Relação de notificação de Hanseníase segundo modo de entrada dos residentes de Abreu e Lima, no período de 2001 a 2007.

<b>Ano de Notificação</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Caso novo	35	56	35	48	56	61	54
Transferência mesmo município	0	0	0	2	0	1	0
Transferência outro município	1	3	3	1	2	5	2
Transferência outro estado	1	0	0	0	0	0	0
Transferência outro país	0	0	0	0	0	0	1
recidiva	1	2	1	1	3	2	1
Outros ingressos	1	0	0	1	2	1	1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>61</b>	<b>39</b>	<b>53</b>	<b>63</b>	<b>70</b>	<b>59</b>

Fonte: SINAN/DATASUS/MS

**Tabela 6.** Relação de cadastro e acompanhamento de pacientes de hanseníase dos residentes de Abreu e Lima segundo registro das Unidades da Saúde da Família - Atenção Básica, no período de 2001 a 2007.

<b>Ano de Notificação</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Hans cadastrado	78	164	251	274	423	627	703
Hans acompanhado	72	149	243	255	392	617	671

Fonte: SIAB/DATASUS/MS

### 5.3 Mortalidade

Assim como foi observado nos itens anteriores (nascimento e morbidade), observa-se nas tabelas 7 e 8 que os registros de mortalidade infantil e suas causas divergem tanto no número total, como nas causas. Por exemplo, no ano de 2004, o SIM registrou 19 óbitos em menores de um ano e o SIAB, 40 óbitos nessa mesma faixa etária, isto é, 53% a mais de óbitos. Os registros totais de 1998 a 2007 por causas respiratórias em menores de um ano pelo SIM foram de 12 casos, enquanto o SIAB registrou 24 casos, apontando uma diferença de 100% entre os dois sistemas.

Os dados apresentados mostram a distância entre os sistemas, tendo a necessidade de atividades e monitoramento simultâneo entre a Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

**Tabela 7.** Número de óbitos em menor de 1 ano nos residentes em Abreu e Lima, no período de 1998 a 2007.

<b>Ano /causa do óbito</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	3	4	3	3	1	0	0	1	0	<b>15</b>
Doenças sangue órgãos hematológicos	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	<b>3</b>
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3	1	5	2	0	0	1	0	0	0	<b>12</b>
Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	<b>2</b>
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	<b>1</b>
Doenças do aparelho respiratório	2	0	4	0	2	0	3	1	0	0	<b>12</b>
Doenças do aparelho digestivo	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	<b>3</b>
Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	<b>1</b>
Algumas afecções originadas no período perinatal	22	23	16	21	10	17	11	14	10	11	<b>155</b>
Mal formação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas	4	5	4	4	7	4	1	7	5	4	<b>45</b>
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos laboratoriais	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	<b>3</b>
Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	

**Tabela 8.** Número de óbitos em menor de 1 ano segundo causa dos residentes em Abreu e Lima segundo registro das Unidades da Saúde da Família - Atenção Básica, no período de 2001 a 2007.

<b>Ano / causa do óbito</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
Óbitos < 1 ano Diarréia	0	5	2	5	0	1	1	4	1	0	<b>19</b>
Óbitos < 1 ano IRA	3	3	6	5	2	0	2	0	2	1	<b>24</b>
Óbitos < 1 ano outras causas	1	8	13	20	22	14	37	11	22	20	<b>168</b>
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>40</b>	<b>15</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	

Fonte: SIAB/DATASUS/MS

De uma forma geral, através de comparações simples entre os bancos de dados observa-se que a deficiência do sistema de informação é resultado da falta de integração entre os setores. A Atenção Básica como principal fonte de captação e intervenção através dos agentes comunitários e a equipe de Saúde da Família ainda não incorporaram as ações de Vigilância em Saúde. Assim como, a Vigilância à Saúde não interage sua rotina com a Atenção Básica, onde os recursos de análises e as informações não são apresentados de forma clara, dificultando, ou mesmo impedindo, ações reais e concretas que possam interferir nos fatores nascimento, morbidade e mortalidade.

## 6 DIRETRIZES

- Estimular o uso de informação produzida na reorganização das ações desenvolvidas
- Estimular o processo de monitoramento dos principais eventos sentinelas em saúde
- Estimular a integração intersetorial nas ações do território
- Estimular a adoção de práticas bem sucedidas em processo de territorialização
- Organizar o fluxo de informação.

## 7 METAS

- a) Manter em 100% atualizados os cadastros das famílias e tipos de imóveis dentro de cada território;
- b) Obter 100% das micro-áreas referenciadas pelos agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias;
- c) Atender 90% demanda preconizada em relação às Famílias e Imóveis inspecionados, objetivando ações pontuais para a prevenção e promoção a saúde;
- d) Obter os parâmetros estabelecidos no pacto pela saúde nas seis prioridades.

## 8 ESTRATEGIAS

### **Ação 1: Reconhecimento comum de área geográfico**

#### **Atividades**

a) Utilizar reconhecimento geográfico da vigilância à saúde como referencia da territorialização para mapear áreas de atuação:

- A Atenção Básica de Saúde seguira as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde em relação ao território de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde;
- A Vigilância à Saúde seguira as técnicas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue com os agentes zoneados por quarteirões de atuação;

#### **Indicador**

- % de imóveis mapeados e reconhecidos como área de cobertura da atenção e da vigilância
- % de cadastros realizados
- % imóveis inspecionados

### **Ação 2: Organização do processo de trabalho**

#### **Atividades**

a) Reunião com equipe técnica das Diretorias de Vigilância à Saúde e Atenção Básica para estabelecer os critérios dos limites dos territórios;

- b) Reunião com as equipes de Saúde da Família e equipe da Vigilância à Saúde esclarecendo e definindo a co-responsabilidade e a abrangência de atuação das equipes;
- c) Instituir fluxo de trabalho na rotina;
- d) Reunião com os agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias esclarecendo a abrangência de suas ações nos seus territórios com participação mutua entre os agentes
- e) Criar protocolos de ações em relação às doenças e agravos definindo o papel de cada servidor envolvido;
- f) Criar fluxo de comunicação permanente entre equipes da Atenção Básica com a equipe de Vigilância à Saúde para complementação de suas ações.

### **Indicadores**

- Critérios dos limites de território elaborado
- Número de reunião trimestral realizada
- Fluxo de trabalho elaborado
- Número de Protocolos elaborados

### **Ação 3: Capacitação**

#### **Atividades**

- a) Capacitação para os agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias focando a assistência à saúde no âmbito das ações de vigilância em saúde.

#### **Indicadores**

- Número de capacitações realizadas

- Número de agentes de saúde e controle de endemias capacitados

#### **Ação 4: Integração da Informação para ação**

##### **Atividades**

- a) Acompanhar o perfil da natalidade, morbidade e mortalidade no município através dos Sistemas de Informação;
- a) Estabelecer reuniões periódicas com a atenção básica, mostrando e atualizando em conjunto o perfil de cada território;
- b) Definir junto com as equipes ações pontuais para enfrentamento das situações ora apresentadas com base nos protocolos estabelecidos.

##### **Indicadores**

- Número de boletins produzidos
- Número de reuniões para definição de ações

## 9 RESULTADOS ESPERADOS

- a) Produzir diagnósticos por territórios;
- b) Estabelecer protocolos e fluxos na rotina do trabalho na Atenção Básica e Vigilância em Saúde;
- c) Esclarecer e definir as responsabilidades de atuação por formação técnica;
- d) Efetuar ações integradas na atenção à saúde;
- e) Estabelecer cooperação intersetorial para almejar resultados.

Atividades	2011											
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	agos	set	Out	Nov	Dez
1. Utilizar recursos de monitoramento da vigilância à saúde como referencia da territorialização para mapear áreas de atuação.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Reunião com equipe técnica das Diretorias de Vigilância à Saúde e Atenção Básica para estabelecer os critérios dos limites dos territórios.	x											
3. Reunião com as equipes de Saúde da Família e equipe da Vigilância à Saúde esclarecendo a abrangência de atuação das equipes.	x											
4. Instituir fluxo de trabalho na rotina (ACS / ACE).	x											
5. Reunião com os agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias esclarecendo a abrangência de suas ações nos seus territórios com participação mutua entre os agentes.	x											
6. Capacitação para os agentes comunitários de saúde e agentes de controle endemias focando a assistência à saúde no âmbito das ações de vigilância em saúde.	x											
7. Criar protocolos de ações em relação às doenças e agravos definindo o papel de cada servidor envolvido.	x											
8. Criar instrumentos e fluxo de comunicação permanente entre equipes da Atenção básica com a equipe de Vigilância à Saúde para complementação de suas ações.	x											
9. Acompanhar o perfil da natalidade, morbidade e mortalidade no município.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10. Definir junto com as equipes ações pontuais e permanentes para enfrentamento das situações ora apresentadas.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
11. Definir junto com as equipes técnicas formas de avaliação e monitoramento		x										
12. Avaliação das ações			x			x			x			x

**11 ESTRUTURA / INSUMOS**

<b>Descrição do item</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
Reunião com Gestores da Vigilância em Saúde e Gestores da Atenção Básica.	02	Sem custo	-
Apresentar relatório de dados da situação de saúde.	01	Sem custo	-
Reunião com equipe da Atenção Básica e Vigilância em Saúde.	03	Sem custo	-
Capacitação das equipes da Atenção Básica e Vigilância à Saúde para o processo e fluxo da integração nos serviços.	10	Sem custo	-

## 12 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um plano de intervenção e utilizar dados de domínio público não terá implicações éticas.

### **13 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A resolutividade da problemática saúde vai além das competências da gestão devido a sua complexidade, dimensão e fatores intercorrentes. Todavia, novas formas de abordagens das ações de rotina podem permitir que haja melhoria no atendimento da população e, conseqüentemente do processo de saúde como um todo. A integração das atividades da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde permitirá um entendimento da problemática real do município e as melhores formas de intervenção, com a participação de todas as Secretárias, com propostas articuladas para obtenção de melhores níveis de saúde e de um novo modelo de atenção.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface : Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.

BARCELLOS, C. C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF, v. 11, n. 3, p. 129-138, jul./set. 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei\\_8080\\_90.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf) >. Acesso em: 11 jul. 2010.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/leis/lei%208142\\_1990.pdf](http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/leis/lei%208142_1990.pdf)>. Acesso em: 16 ago. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: \_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Série Pactos pela Saúde.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/992-399?q=> >. Acesso em: 20 maio 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Cadernos de Atenção Básica, n. 21.

BRASIL. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL. Portaria nº 3.008 de 1º de dezembro de 2009. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF.2009b Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101568-3008>>. Acesso em: 11 março 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.007 de 4 de maio de 2010. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103937-1007>>. Acesso em: 10 junho 2010.

CASTELLANO, P. L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARRADAS R.B. (Org.). Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-76.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde, 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 392-399.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 1-22.

HORTALE, V. A.; CONILL, E. M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 79-88, jan./mar. 1999.

MATA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde, 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-44.

MATTOS, R. A. (Org.) A integralidade na prática. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1411-1416. 2004.

MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. et al. Distrito Sanitário. São Paulo: HUCITEC, 1993. p. 166-169.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio./jun. 2005.

MUÑOZ, F. et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Revista Panamericana de Saúde Pública, Washington, v. 8, n. 1/2, 2000.

OLIVEIRA, C. M ; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Documento del seminario sobre usos y perspectivas de la epidemiología. Boletín Epidemiológico, Buenos Aires, v. 5, n. 1, p. 1-4, nov. 1984.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. Boletín Epidemiológico, Buenos Aires, v. 12, n. 3, p. 7-10, 1991.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde, 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999a. p. 489-503.

PAIM, J. S. Por um planejamento das práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 243-248, 1999b.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das praticas epidemiológicas na gestão do SUS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde Hygeia, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção as doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.

WALTNER-TOEWS, D. The end of medicine: the beginning of health. Futures, Guilford, v. 32, n. 1, p. 655-667, 2000.