

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

CLARICE BEIENKE HASS

**INTERFACES E DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA
EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE, RS**

São Leopoldo (RS)
Setembro de 2011

CLARICE BEIENKE HASS

**INTERFACES E DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA
EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE, RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva – Mestrado, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges
Co-Orientadora: Prof^a Dr^a Nêmora T. Barcellos

São Leopoldo (RS)

Setembro de 2011

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	5
INTRODUÇÃO	6
1 JUSTIFICATIVA	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Atenção Primária à Saúde.....	12
2.1.1 <i>Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica de Saúde – seu significado no Brasil</i>	12
2.1.2 <i>Atenção Primária à Saúde no Brasil</i>	12
2.1.3 <i>Atenção Primária à Saúde: conceitos e abordagens</i>	13
2.2 Vigilância em Saúde.....	14
2.2.1 <i>Conceito e origem</i>	14
2.2.2 <i>Vigilância em Saúde e modelos de atenção</i>	16
2.2.3 <i>Vigilância em Saúde e sua estrutura organizacional</i>	17
2.2.3.1 <i>Vigilância Epidemiológica</i>	17
2.2.3.2 <i>Vigilância Ambiental</i>	17
2.2.3.3 <i>Vigilância Sanitária</i>	18
2.2.3.4 <i>Vigilância da Saúde do Trabalhador</i>	18
3 OBJETIVOS	18
3.1 <i>Objetivo geral</i>	18
3.2 <i>Objetivos específicos</i>	19
4 METODOLOGIA	19
5 ASPECTOS ÉTICOS	22
6 ORÇAMENTO	23
7 CRONOGRAMA	23
REFERÊNCIAS	24
OBRAS CONSULTADAS	27
APÊNDICES	29

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO	38
APRESENTAÇÃO	39
1 METODOLOGIA	41
1.1 Escolha dos municípios	41
1.2 Escolha dos participantes dos grupos focais.....	41
1.3 Escolha dos participantes das entrevistas semiestruturadas	42
2 COLETA DE DADOS	43
2.1 Caracterização do campo em município de pequeno porte	43
2.1.1 <i>Caracterização do município de pequeno porte</i>	43
2.1.2 <i>Entrada em campo</i>	44
2.1.3 <i>Coleta de dados</i>	45
2.1.3.1 Dinâmica do grupo focal 1 – Município de pequeno porte.....	45
2.1.3.2 Dinâmica da entrevista semiestruturada 1 – Município de pequeno porte	48
2.2 Caracterização do campo em município de médio porte	49
2.2.1 <i>Caracterização do município de médio porte</i>	49
2.2.2 <i>Entrada em campo</i>	50
2.2.3 <i>Coleta de dados</i>	51
2.2.3.1 Dinâmica do grupo focal 2 – Município de médio porte.....	51
2.2.3.2 Dinâmica da entrevista semiestruturada 2 – Município de médio porte	53
2.3 Caracterização do campo em município de grande porte	53
2.3.1 <i>Caracterização do município de grande porte</i>	53
2.3.2 <i>Entrada em campo</i>	55
2.3.3 <i>Coleta de dados</i>	57
2.3.3.1 Dinâmica do grupo focal 3 – Município de grande porte	57
2.3.3.2 Dinâmica da entrevista semiestruturada 3 – Município de grande porte	58
2.4 Caracterização dos participantes dos três grupos focais	59
2.5 Análise dos dados	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	64

ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	–	Álcool e Drogas
APS	–	Atenção Primária à Saúde
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CENEPI	–	Centro Nacional de Epidemiologia
CEVS	–	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CTA	–	Centro de Testagem e Acolhimento
ESF	–	Estratégia da Saúde da Família
ESP/RS	–	Escola de Saúde Pública do RS
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SACAN	–	Serviço de Atendimento à Criança e Adolescente Vitimadas
SAE	–	Serviço de Atendimento Especializado
SIAB	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SP	–	Saúde Pública
SUS	–	Sistema Único de Saúde

CLARICE BEIENKE HASS

**INTERFACES E DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA
EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE, RS**

PROJETO DE PESQUISA

São Leopoldo (RS)

Setembro de 2010

INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988, da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e da Lei nº 8.142/90, o processo de descentralização da saúde evoluiu rapidamente. Mas foi com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que houve uma mudança muito grande na atenção primária à saúde.

O SUS, com os seus 20 anos de existência, vem evoluindo no processo de descentralização e municipalização de suas ações e serviços, mostrando a viabilidade da construção de uma rede de saúde democrática, universal, efetiva e eficiente.

Os princípios e diretrizes do SUS e todo seu arcabouço legal resultou em um melhor acesso aos serviços de saúde, caracterizado pela universalidade, integralidade e equidade.

Segundo Oliveira et al. (2009), há vários estudos que demonstram que os modelos atuais são insuficientes para dar conta da complexidade e da diversidade dos problemas de saúde do nosso país. No Brasil existe o modelo *assistencial-privatista*, em que a atenção à saúde é basicamente individual e curativa, e o modelo *assistencial-sanitarista*, de caráter coletivo e que amplia a concepção de saúde devido ao seu olhar mais integral e abrangente do processo saúde-doença. Este último modelo atua sobre os determinantes dos problemas de saúde, constituindo-se num espaço da saúde e não somente de atenção à doença. Estes modelos ora se complementam e ora se contradizem. A atenção à saúde, mesmo fragmentada, vem se constituindo em nosso sistema de saúde, apesar de ser ofertada de forma desigual e descontextualizada, resultando em ações pontuais e com grandes limitações para garantir uma saúde integral, impactante e equitativa.

Por outro lado, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), nas últimas décadas ocorreram alterações importantes no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira em consequência da industrialização e urbanização.

Para enfrentamento desses novos desafios, o Ministério da Saúde e o SUS vêm se reorganizando para dar conta dessa nova realidade por meio de mudança de atitudes nas práticas de saúde e a incorporação de novas estratégias e construção de novos modelos de atenção à saúde que busquem adequação e qualificação dos serviços e ações, de acordo com a perspectiva desse novo perfil epidemiológico.

Desde então várias estratégias vêm sendo construídas e, dentre elas, cabe salientar a implantação da Estratégia Saúde da Família, que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por equipes multiprofissionais em unidades de saúde. Essa estratégia foi iniciada em 1994 e tem crescido expressivamente nos últimos anos, apresentando resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

Outro marco foi a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2003, que assumiu, além de outras atribuições, as ações desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde e pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) que, devido à sua configuração político-institucional, não possibilitava a ampliação do objeto da vigilância e o seu fortalecimento político no cenário decisório do Ministério da Saúde, mas que mesmo assim alcançou muitos avanços (BARRETO, 2002).

Com o redimensionamento da política e da gestão da Vigilância em Saúde e a criação de sua Secretaria, em 2003, houve uma reorganização institucional, política e financeira em relação às ações sanitárias coletivas. O caráter incipiente, fragmentado e até mesmo a ausência de ações nesta área colaboraram no represamento de problemas e num avanço menor do desenvolvimento científico, tecnológico e organizacional na vigilância, na prevenção e controle de enfermidades. A Vigilância em Saúde foi criada pensando no enfrentamento dessa nova situação de saúde no país, porém existem vários desafios e entraves para a sua efetiva implantação e implementação, tanto a nível estadual como municipal, uma vez que sua evolução ocorreu de forma diferenciada entre estados e municípios. Também é necessário rever o processo organizacional e de trabalho a fim de integrar e somar, buscando formas e soluções mais adequadas e efetivas sobre as necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Merecem ser tratadas e valorizadas por todos

na sua enorme complexidade, o que não é percebido na gestão, na política e no financiamento da Atenção Primária no Brasil (BARRETO, 2002).

Em 2006, a busca pela consolidação do SUS e, conseqüentemente, da saúde pública brasileira, continuou ao se regulamentar as portarias do Pacto pela Saúde, o qual contempla três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Isso possibilitou a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão para o alcance de maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas. Também redefiniu responsabilidades coletivas por resultados sanitários de acordo com as necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Garantiu, assim, a inclusão da Vigilância em Saúde no Pacto e, por meio dele, buscou nos municípios o compromisso de assumirem responsabilidades em relação à Vigilância em Saúde (BARRETO, 2002).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a melhoria na qualidade da atenção à saúde depende primordialmente na questão do processo de trabalho, da coresponsabilidade e do comprometimento dos profissionais da área de saúde. A participação efetiva de gestores de saúde a nível federal, estadual e municipal, bem como usuários do SUS, é vital para a construção e o fortalecimento do Sistema de Saúde.

Cabe, neste momento, citar Paim (2008, p. 571), que menciona a possibilidade de ampliação da discussão sobre novos olhares de construção de um sistema de saúde mais próximo às necessidades da população. Segundo o autor,

modelos assistenciais ou modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas. Não são normas nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. Não se reduzem às formas de organizações dos serviços de saúde nem aos modos de administrar, gerenciar ou gerir um sistema de saúde, ainda que possa interagir, sinergicamente, com as dimensões gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde nas estratégias de transformação. Constituem, enfim, racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas de saúde.

Este estudo vem em busca de um conhecimento mais aprofundado sobre a possível integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária de Saúde, suas

interfaces, desafios de reorganização, construção de novas formas de atuação em saúde e a certeza de que esta integração fortalecerá e qualificará a atenção à saúde. Com isso, visa resgatar suas potencialidades, somando suas diferenças, buscando sua complementaridade e verificando suas deficiências nos municípios de Araricá (pequeno porte), Estância Velha (médio porte) e Canoas (grande porte) da região metropolitana de Porto Alegre-RS.

1 JUSTIFICATIVA

A Vigilância em Saúde tem como objetivo verificar a situação de saúde mediante observação, acompanhamento por estudo e análise permanente do comportamento dos principais indicadores de saúde da comunidade. Articula-se em um conjunto de ações e estratégias com o fim de controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinadas áreas, garantindo-lhes a integralidade da atenção aos problemas de saúde, tanto individual como coletivamente.

Outro ponto fundamental da Vigilância é o cuidado integral das pessoas por meio da promoção da saúde, aumentando a sua qualidade de vida, procurando incentivar a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (hábitos de vida, lazer, cultura, educação, moradia, ambiente, condições de trabalho e acesso a bens e serviços essenciais, além do desenvolvimento sustentável).

Busca, desta forma, uma condição melhor de saúde para a população. Por isso é indispensável articular a Vigilância com a Atenção Primária à Saúde, bem como a apropriação e socialização do conhecimento sobre Vigilância em Saúde, que é constituída pela Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, Saúde do Trabalhador e, mais recentemente, pela Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde.

No Brasil existem dois modelos assistenciais, já citados anteriormente. Conforme Paim (2002), o conceito de modelo assistencial ou de atenção é de que são combinações tecnológicas estruturadas e organizadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que fazem parte do perfil epidemiológico da população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas.

Partindo desta definição de modelo assistencial e por uma produção bibliográfica significativa acerca da pouca efetividade dos modelos existentes e que apontam várias deficiências dos mesmos, é consenso que o Sistema de Saúde brasileiro precisa ser revisto.

Há mais de 25 anos, as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e eventos desencadeados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre outras

organizações comprometidas com a saúde da população, vêm buscando a efetiva construção de um modelo mais eficiente e que responda positivamente sobre a saúde da população. Houve grandes avanços, mas não suficientes e nem tão rápidos e adequados quanto às exigências e mudanças ocorridas neste tempo.

A partir disto, vários governos têm buscado alternativas que se aproximem destes compromissos. No Brasil, temos a Estratégia da Saúde da Família e a Vigilância em Saúde, que estão em busca desses princípios. Mas que, de forma isolada e fragmentada, não dão conta da complexa diversidade que é a saúde brasileira. Com a integração, elas se complementam e fortalecem a atenção primária de saúde, melhorando a situação de saúde e as condições de vida de 75% da população que dependem diretamente do Sistema Único de Saúde em nosso país (OMS, 2010).

Este estudo, portanto, tem o intuito de verificar possibilidades e desafios de integração dos modelos de Atenção Primária à Saúde, bem como a Estratégia da Saúde da Família e a Vigilância em Saúde, que são os que mais se aproximam das necessidades de saúde da população. Também vão de encontro aos princípios instituídos pela Declaração de Alma Ata (1978), em especial à Carta de Lubliana (OMS, 1996) e a Declaração de Jacarta (1997) em que, novamente se reforça a participação comunitária e se coloca a necessidade de novas respostas para o enfrentamento às ameaças emergentes. O desafio da saúde para o futuro é destravar o potencial para a promoção de saúde e derrubar as fronteiras tradicionais existentes nos setores públicos, entre organizações governamentais e não governamentais e entre os setores público e privado, criando novas parcerias e cooperação mútua na busca de uma saúde melhor para todos. Também, é colocar em discussão a questão de que não é necessário criar novos modelos de atenção, mas de aperfeiçoar e integrar possibilidades já existentes e que estão caminhando de forma paralela na maior parte do processo e da trajetória dos acontecimentos em saúde. Tem-se um caminho que, como já foi frisado, é de integração da Atenção Primária à Saúde com a Vigilância em Saúde. Lembrando que integrar significa “tornar inteiro”, completar e não assumir, tomar sobre si, ficar como responsável. Este é um desafio em que se tem um novo paradigma, um jeito novo de olhar e trabalhar em saúde e pela saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde

No presente estudo será adotado o termo “Atenção Primária à Saúde” devido sua concepção ser mais abrangente e dar ideia de níveis de atendimento. O termo “Atenção Básica” passa a impressão de uma atuação simples e sem complexidade, a qual não condiz com a enorme gama de responsabilidades e a imensidão de pessoas que dela dependem.

2.1.1 Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica de Saúde – seu significado no Brasil

Conforme Giovanella et al. (2008), Atenção Primária à Saúde é um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas que, no Brasil, durante o processo de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) adotou a denominação de Atenção Básica à Saúde. Este termo buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário brasileiro em relação aos programas de Atenção Primária à Saúde seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais.

A atenção primária seletiva, para Giovanella et al. (2008), é um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres, proposta como estratégia interina e complementar (restrita) às proposições de Alma-Ata. Apesar de se reconhecer a efetividade das intervenções realizadas, a concepção de Atenção Primária à Saúde propagada pela Unicef foi criticada pelo seu tecnocratismo, baseando-se em critérios estritamente técnicos de custo-efetividade. Desconsiderou, ainda, questões políticas determinantes, as exigências de melhorias socioeconômicas e a importância da garantia das necessidades básicas para a melhoria da situação de saúde da população.

2.1.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

O Brasil aderiu às proposições de Atenção Primária à Saúde no início da década de 1970. Entretanto, desde 1920 já havia serviços que se assemelhavam à

atenção primária (GIOVANELLA et al., 2008). Desde então, o Brasil, num processo dinâmico, tenta construir um modelo de atenção à saúde dentro do conceito mais abrangente da atenção primária à saúde.

Para Giovanella et al. (2008), existem vários desafios para a efetivação da Atenção Primária abrangente. Além do baixo reconhecimento e valorização dos profissionais não há tradição de formação de generalistas nas escolas médicas, dentre outros. Tem havido, também, por décadas, pressão das agências multilaterais para a implantação de uma atenção primária seletiva e focalizada. A reorganização do sistema de saúde do Brasil, orientada por uma Atenção Primária à Saúde abrangente, condutora do processo de atenção com integração da rede de serviços, é uma possibilidade para a redução das desigualdades sociais e regionais no acesso e uso dos serviços de saúde. Estudos de Giovanella et al. (2008) mostram que os sistemas de saúde orientados por Atenção Primária à Saúde resolutiva possuem melhores resultados e maior eficiência.

2.1.3 Atenção Primária à Saúde: conceitos e abordagens

A Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com Giovanella et al. (2008), é denominada como atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato, a porta de entrada do paciente ao sistema de saúde. E tem como objetivo dar conta de afecções e condições mais comuns, a fim de resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Atualmente, não há uniformidade no uso do termo Atenção Primária à Saúde e ocorrem três linhas principais de interpretação:

1. programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços;
2. nível de atenção que compreende os serviços ambulatoriais médico-especializados de primeiro contato, com ou sem amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços direcionados a toda a população;
3. de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

A concepção de “seletiva” compreende programas com abrangência restrita, visando a cobrir determinadas necessidades previamente estabelecidas para grupos em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos outros níveis de atendimento.

Em relação à concepção e análise das abordagens de Atenção Primária à Saúde nas políticas formuladas e implementadas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil pode-se identificar a presença simultânea das diversas concepções de APS.

De acordo com Giovanella et al. (2008), a preferência pelo termo “atenção básica” no Brasil pode ser atribuída ao contexto histórico internacional de difusão das propostas de ajuste fiscal do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial com ênfase para os programas de APS seletivos e focalizados, contrários aos princípios de universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde. Gradativamente, segundo os autores, o termo APS foi substituído por Atenção Básica à Saúde, principalmente a partir da NOB-SUS 01/96, para caracterizar um conjunto de ações individuais e coletivas do primeiro nível de atenção do sistema de saúde. E, no final da primeira década do século XXI, foi ampliado o escopo e a concepção de atenção primária brasileira, incorporando atributos da Atenção Primária à Saúde abrangente.

Entre a intenção e o gesto, entre a letra da lei ou portaria e a implementação real da política, entretanto, ocorrem defasagem e diferenciação. Como resultado desta realidade existe diversidade de modelos assistenciais de Atenção Primária à Saúde no país. A tensão entre as concepções e a competição entre modelos assistenciais de Atenção Primária à Saúde continua, e os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde permanecem sendo usados com diferentes interpretações, ora como sinônimos, ora como termos que se contrapõem (GIL, 2006).

2.2 Vigilância em Saúde

2.2.1 Conceito e origem

A denominação “Vigilância em Saúde” é um indicativo de que ela estaria comprometida com o ideário mais abrangente não só com o campo mais restrito da vigilância epidemiológica, o que parece não estar presente de modo claro em todos os segmentos envolvidos neste processo. Outro ponto relevante na perspectiva política diz respeito à terminologia gramatical, sendo que antes do Centro Nacional de Epidemiologia, as ações de vigilância e controle das doenças eram acessórias do sistema de saúde. Com o CENEPI, elas passaram a ser integrantes e após a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, tornaram-se essenciais (BARRETO, 2002).

A partir do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, foram definidas a estrutura e as funções da Secretaria de Vigilância em Saúde, que ficou responsável pela coordenação nacional de todas as ações executadas pelo SUS, nas áreas de Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância da Saúde do Trabalhador, Vigilância Epidemiológica e Vigilância da Situação de Saúde, buscando a articulação dos conhecimentos e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais.

A Vigilância em Saúde nasceu como uma lógica de organização dos serviços e, deste modo, pode ser uma referência para mudanças do modelo de atenção e, portanto, deve estar inserida na Atenção Primária com a inclusão de ações de vigilância, prevenção e controle das doenças.

A partir das ferramentas da vigilância, as equipes de Saúde da Família têm condições de programar e planejar sua atuação, de modo a organizar ações programadas e de atenção à demanda espontânea, garantir o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde, e assim, de forma gradativa, ter impacto positivo sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida das pessoas. Ou seja, busca efetivar e consolidar essa mudança na atenção primária à saúde e, num processo dinâmico e progressivo, outras áreas também são contempladas para a efetiva consolidação do SUS. Mas, também, é preciso conhecer os entraves e lembrar do papel importante dos profissionais de saúde, gestores de saúde e os usuários do SUS, utilizando instrumentos de avaliação de melhoria da qualidade dos serviços realizados por Municípios e Estados.

Vigilância em Saúde é o termo escolhido para este estudo, devendo-se ao fato de ser a concepção que mais se aproxima de sua base ideológica e de seu vasto campo de atuação, que desde sua institucionalização vem abarcando mais responsabilidades, dando noção de que permeia entre vários setores.

Conforme Teixeira, Paim e Villasbôas (1990, p. 28),

a vigilância em saúde tem sido compreendida de três formas: como análise e monitoramento de situações de saúde; como integração institucional entre atividades de vigilância epidemiológica e sanitária; como elemento que pressupõe a organização tecnológica do trabalho de redefinição das práticas sanitárias.

Enquanto isso, Paim (1994, p. 457) afirma:

Essa redefinição está voltada para o planejamento, seja numa dimensão técnica, ao conceber a "vigilância da saúde" como um modelo assistencial alternativo, que combina tecnologias distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos, seja numa dimensão gerencial, que organiza os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações.

A Lei Federal da Saúde nº 8.080/90, em seu art. 3º, reafirma o conceito amplo de saúde e, neste contexto, é contemplada a Vigilância em Saúde, que é um modelo de atenção e de gestão de práticas sanitárias.

2.2.2 Vigilância da Saúde e modelos de atenção

A Vigilância da Saúde é uma das principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde, na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, com transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2001).

A Vigilância da Saúde possibilita adequar o processo de trabalho ao ver o território como fundamental e ao se estabelecer os problemas e prioridades de uma comunidade, como também os meios necessários para efetivamente suprir as necessidades, inclusive a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Seguindo esta prerrogativa, a Vigilância da Saúde deve estar fundamentada em três pilares básicos: o território, problemas e práticas de saúde (OLIVEIRA et al., 2009).

Os autores balizam a Vigilância da Saúde como uma possibilidade para a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde, desde que articulada com as ações da Atenção Primária de Saúde. Pontuam, inclusive, a reorientação do processo de trabalho na Atenção Primária sob a ótica da Vigilância em Saúde, ou seja, os dois modelos integrados se complementam e fortalecem as ações de saúde, resultando num impacto positivo sobre a saúde da população. Não são excludentes, na verdade, um necessita do outro para oferecer uma atenção integral à saúde. É frisado que a Atenção Primária oriente seu processo de trabalho a partir da territorialidade, que é o principal pilar da Vigilância da Saúde. O território não deve ser visto somente como espaço geográfico, mas social e político, que são dinâmicos, onde vivem grupos sociais definidos, que se integram e interagem nas condições de

trabalho, de renda, de habitação, de educação, no meio ambiente, na cultura e nas concepções acerca de saúde e da doença.

Oliveira et al. (2009) reiteram, a exemplo de Buss (2003), que uma das críticas mais relevantes em relação à Atenção Primária é o fato de que o atendimento é centralizado na doença e não na pessoa. A falta de diálogo e o desconhecimento das necessidades da população atendida dificultam a prevenção de agravos e a promoção de saúde.

2.2.3 Vigilância da Saúde e sua estrutura organizacional

2.2.3.1 Vigilância Epidemiológica

É constituída pela Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis, e por Doenças e Agravos Não Transmissíveis, conforme Portaria nº 3.252/09, do Ministério da Saúde. A Vigilância Epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 2009).

Sua finalidade é fornecer orientação técnica permanente para os responsáveis pela tomada de decisão sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Algumas de suas funções é a coleta e o processamento de dados, análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos, análise de resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas (BRASIL, 2009).

2.2.3.2 Vigilância 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.

Sua atuação está centrada nos fatores não biológicos do meio ambiente que possam causar riscos à saúde humana: água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho (BRASIL, 2003).

2.2.3.3 Vigilância Sanitária

Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, estejam relacionados com a saúde (BRASIL, 2003).

2.2.3.4 Vigilância da Saúde do Trabalhador

A Vigilância da Saúde do Trabalhador caracteriza-se como um conjunto de atividades e ações destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores expostos aos riscos e agravos devido às condições de trabalho (BRASIL, 2003).

Visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Reconhecer limites e possibilidades para a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária de Saúde em um município de pequeno, médio e grande porte da região metropolitana de Porto Alegre.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer as concepções sobre Vigilância em Saúde;
- identificar as estruturas organizacionais e de recursos humanos de Vigilância em Saúde existentes nos três municípios para realização de ações de suas responsabilidades;
- conhecer as ações e estratégias existentes na Vigilância em Saúde e suas interfaces com a Atenção Primária de Saúde em cada município do estudo.

4 METODOLOGIA

A partir da definição dos objetivos deste estudo, partiu-se para a definição da metodologia a ser utilizada, optando-se pela pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa.

A pesquisa será desenvolvida em três municípios da região metropolitana de Porto Alegre, sendo um de pequeno porte (Araricá); um de médio porte (Estância Velha); e um de grande porte (Canoas), cujas características constam no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição dos municípios a serem estudados

Porte	População	Cobert. PACS	Nº Agentes Ministério Saúde	Cobert. ESF	Nº Equipe Ministério Saúde	Nº Equipe Saúde Bucal	Nº RH na Vigilância em Saúde
Pequeno							
Araricá	5.182	100 (5.182)	12	67,9 (3.450)	01	01 - Modalidade I	03
Médio							
Estância Velha	43.907	62,6 (27.025)	47	64 (27.600)	08	05 - Modalidade I	06
Grande							
Canoas	332.053	8,4 (27.600)	55	10,4 (34.500)	11	09 - Modalidade I	86

Fonte: População (IBGE, 2009).
Cobertura PACS e ESF (BRASIL/SIAB, 2010).

A escolha destes três municípios se deu pela proximidade de Porto Alegre, pela existência de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Vigilância em Saúde, e pelos diferentes portes que se orientam pelo tamanho da população dos municípios, possibilitando a verificação dos objetivos do estudo.

A coleta de dados será realizada utilizando as técnicas de grupo focal e da entrevista semi-estruturada. A técnica de grupo focal envolverá os trabalhadores da saúde e os conselheiros municipais de saúde, e a entrevista semiestruturada será aplicada aos secretários municipais de saúde dos municípios em estudo.

Anterior à realização dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas haverá um contato prévio da pesquisadora com os secretários municipais de saúde a fim de sensibilizá-los a participar da pesquisa, explicando-lhes os objetivos do estudo e a metodologia a ser utilizada. Caso algum dos municípios opte por não participar do estudo, haverá contato com outro município com características semelhantes. Este encaminhamento será feito para facilitar o desenvolvimento dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas, como também verificar o local das reuniões e dias e horas mais adequados para a sua realização.

Neste momento serão agendados os grupos focais, os quais serão os primeiros a serem realizados e, após, as entrevistas semiestruturadas, não necessitando serem realizadas no mesmo dia. As questões norteadoras do estudo serão o eixo pelo qual se originarão as perguntas da entrevista semi-estruturada. As entrevistas serão individuais, gravadas em áudio, com transcrição literal.

A opção de realizar entrevistas com os secretários de saúde foi motivada para evitar inibição dos profissionais nas discussões dos grupos focais (Apêndices).

Será organizado nesses municípios, um total de três grupos focais com profissionais de saúde da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde, ou seja, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes da vigilância em saúde, médicos, enfermeiros e odontólogos. Cada grupo focal acontecerá em seu respectivo município. Também serão gravados em áudio e transcritos de forma literal.

O número de participantes nos grupos focais será de 6 a 12, ou seja, dois médicos, dois técnicos de enfermagem, três enfermeiros, um odontólogo, dois agentes de Vigilância em Saúde e dois Agentes Comunitários de Saúde. Os profissionais de saúde serão escolhidos pelo maior tempo de experiência na área. Outro critério que se buscará é o equilíbrio de gênero.

Estes critérios de participação nos grupos focais têm por objetivo homogeneizar e possibilitar a discussão reflexiva e aprofundada sobre o tema do estudo.

Além do moderador também haverá um relator, sendo que o primeiro terá a tarefa de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibindo a monopolização da palavra e aprofundar a discussão. Deve esclarecer que não há respostas certas ou erradas, manter a discussão acesa, bem como construir relações com os participantes a fim de aprofundar, individualmente, respostas e comentários relevantes para a pesquisa. Também, observar as comunicações não verbais e monitorar o grupo para finalizar o debate dentro do tempo previsto, que será de uma a duas horas.

As questões norteadoras serão usadas nos encontros para desencadear a participação, verbalização de opiniões e interação entre todos os participantes, a fim de obter informações relativas ao estudo, conforme segue: como está organizada a Atenção Primária à Saúde, a organização da Vigilância em Saúde e a existência ou não da integração.

No dia da reunião, primeiramente será realizada a apresentação dos participantes, inclusive do moderador e relator. Em seguida, será feita uma rápida apresentação dos objetivos e da justificativa do estudo, explicando o que é grupo focal. Conforme Kitzinger e Barbour (1999, p. 20 apud BARBOUR, 2009, p. 21), “qualquer discussão de grupo pode ser chamada de um grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando às interações do grupo”. Assim, grupo focal é um momento de discussão onde as pessoas conversam e interagem sobre um determinado tema.

Pactua-se, então, o tempo de duração do encontro para que todos participem até o final. Depois, ocorre a leitura em voz alta e entrega dos documentos, esclarecimentos de dúvidas, preenchimento das fichas de informações dos participantes e solicitação da assinatura dos Termos de Consentimento. Nesse momento explica-se que as falas serão gravadas por áudio e depois transcritas literalmente, mas que tudo o que for dito e abordado será confidencial. A seguir inicia-se a discussão focal (Apêndices).

Após transcrição, classificação e codificação dos dados dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas, as informações serão submetidas à hermenêutica dialética.

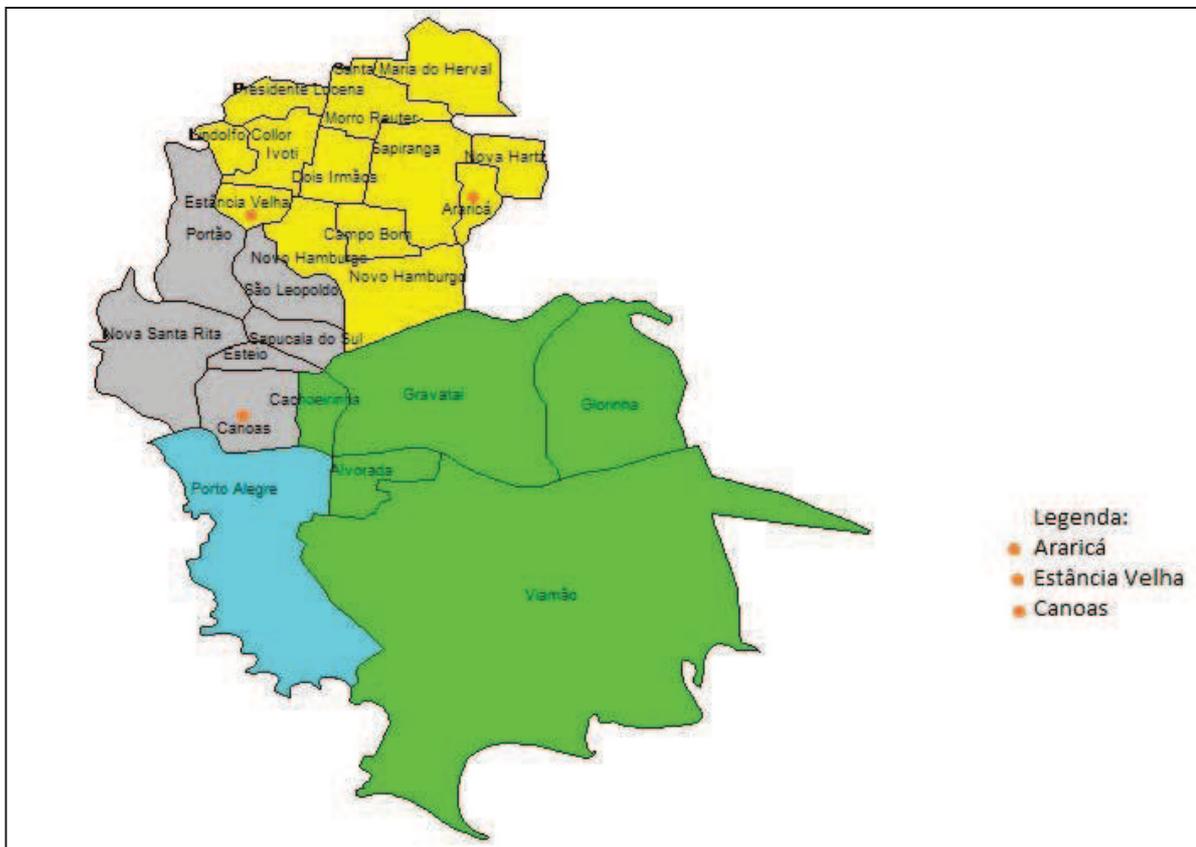


Figura 1: Mapa de localização dos municípios.
Fonte: Centro Estadual de Vigilância em Saúde (GOVERNO DO RS, 2010).

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto será submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (CEP/ESPRS) (BRASIL, 1997a). Serão incluídas no estudo somente as pessoas que aceitarem participar do mesmo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Focal e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Entrevista, preservando o sigilo da identidade dos participantes. O mesmo será entregue no momento da discussão focal e da entrevista, e será composto por linguagem clara e acessível, contendo duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

6 ORÇAMENTO

O quadro 2, a seguir, apresenta a descrição do material de consumo a ser utilizado, sua respectiva quantidade e valores, constituindo-se no orçamento dos valores que serão despendidos durante a realização do estudo. Convém esclarecer, também, que os referidos custos serão arcados pela pesquisadora.

Quadro 2: Descrição do material de consumo

Descrição do material	Quant.	Valor und (R\$)	Total
Canetas	20 unidades	0,80	16,00
Papel ofício A4	1.000 folhas	0,02	24,00
Impressões	500 folhas	0,10	50,00
Xerox	700 folhas	0,10	50,00
Tonner	03	100,00	300,00
Viagens	10	100,00	1.000,00
Custo total do material			1.440,00

7 CRONOGRAMA

Quadro 3: Cronograma de atividades

Ano/mês	2010												2011						
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J
Definição objeto de Pesquisa	X	X																	
Pesquisa bibliográfica		X	X																
Leitura da bibliografia			X	X	X	X	X	X											
Elaboração do Projeto				X	X	X	X	X											
Aprovação ética do Projeto										X									
Desenv. e discussão focal nos municípios										X	X								
Transcrição das informações dos grupos										X	X	X							
Redação e digitação												X	X						
Análise e revisão de Texto													X	X	X	X			
Conclusão																	X	X	
Apresentação da tese																			X
Relatório CEP																			X
Publicação																			X

REFERÊNCIAS

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Ed. 70, 2010.

BARRETO, Maurício L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online]. 2002, v. 5, suppl. 1. p. 4-17.

BRASIL (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. In: VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Senado Federal. **Lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 1990a.

_____. Senado Federal. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 28 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: MS, 2001a. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html>. Acesso em: 03 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Sundswall, Declaração de Adelaide, Declaração de Jacarta, Declaração de Santafé de Bogotá, Rede de Mega Países, Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Senado Federal. **Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003**. Dispõe sobre a criação da Secretaria da Vigilância da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 10 jun. 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2006. (Série Pactos pela Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <<http://www.siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000, v. 5. p. 163-177.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina et al. **Promoção da saúde** - conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-37.

CATRIB, A.M.F.; PORDEUS, A.M.J.; ATAÍDE, M.B.C.; ALBUQUERQUE, V.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. (Orgs.). **Educação em saúde: no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

CZERESNIA, Dina et al. **Promoção da saúde** - conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FERNANDEZ, L. A.; REGULES, J. M. A. **Promoción de salud: um enfoque em salud pública**. Andalucía: Junta de Andalucía/Escuela Andaluza de Salud Publica, 1994.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jun. 2006, v. 22, n. 6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2010.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEPESC/UERJ, 2008.

GOVERNO DO RS. **Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS)**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?...>>. Acesso em: 8 set. 2010.

GUTTIERREZ, M. L. et al. La promoción di salud. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. (Orgs.). **La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina**. San Juan: Ed. Universidad di Puerto Rico, 1997. p. 117.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores estatísticos brasileiros**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 21 set. 2010.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, abr. 2007. v. 12, n. 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso em: 13 set. 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, jun. 2005, v. 21, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso em: 10 set. 2010.

OLIVEIRA, C. M. et al. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009, v. 4, n. 3. p. 929-936.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **OMS elogia avanços na saúde pública no Brasil em informe mundial divulgado hoje**. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2010.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA et al. (Org.). **Políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEPESC/UERJ, 2008. p. 547-573.

_____. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 245-257.

_____. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 455-466.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso em: 12 set. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco Brasil/Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C. F. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade Ed., 2001.

_____ et al. **Modelo de atenção à saúde**. Salvador, BA: EDUFBA; 2006. 236 p.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <<http://www.scielosp.org/scielo.php?script>>. Acesso em: 10 set. 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol SUS 1998**. 7:7-28 TERRIS, M. Public health policy for 1990s. *Ann. Review of Public Health*, 1990, v. 11. p. 39-51.

TEIXEIRA, M. G. Editorial especial: Secretaria de Vigilância em Saúde: novas perspectivas para o SUS. **Rev. Bras. Epidemiol**. São Paulo, set. 2003, v. 6, n. 3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso em: 12 set. 2010.

OBRAS CONSULTADAS

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J. C. de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, jul. 2010, v. 15, n. 4. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, ano V, n. 7, ed. especial, jan. 2003-abr. 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Brasília, 2006. p. 10-11; 147-149.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 06-17. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

CAMARGO Jr., K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 35-44.

CAMPOS, Gastão de Souza et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 61-88.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, mar. 2010, v. 15, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2010.

FRACOLLI, L. A. et al. Vigilância à saúde: deve se constituir como política pública? **Saúde Soc.** São Paulo, jun. 2008, v. 17, n. 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2010.

GARNELO, L. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, dez. 2008, v. 24, n. 12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso em: 12 set. 2010.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Jun 2009, v. 14, n. 3. p. 783-794.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script>>. Acesso em: 22 set. 2010.

MARTINS, P. H. et al. **Redes sociais e saúde**: novas possibilidades teóricas. 2. ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2008.

MATTOS, R. A. Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. Direito, necessidades de saúde e integralidade. PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 33-46.

_____. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 45-59.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOSCA, J. J. et al. **Direitos humanos** – pautas para uma educação libertadora. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990. p. 227-230.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina et al. **Promoção da saúde** – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 161-174.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; MACHADO, F. R. S.; GOMES, R. S. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 11-31.

SILVA Jr.; A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni et al. (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005. p. 77-89.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L.; VILLASBÔAS, A. L. O processo de trabalho da vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003. 60 p. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 146.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS – RS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPO FOCAL

A aluna do Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Clarice Beienke Hass, Enfermeira Sanitarista, está propondo uma pesquisa sob orientação do Prof. José Roque Junges sobre as interfaces entre a Atenção Básica de Saúde e a Vigilância em Saúde, verificando os conhecimentos, as estruturas, as ações e os entraves dessa interface. A pesquisa pode provocar uma maior discussão sobre a importância da vigilância na atenção básica em saúde e apontar para caminhos de solução.

Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa. Sua participação deve ser livre e voluntária, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. Você receberá todas as informações necessárias sobre a pesquisa e poderá sempre dirigir-se à pesquisadora para esclarecer as dúvidas.

Caso concorde, você participará de discussões em grupo (discussão focal) com duração em torno de duas horas. A pesquisadora levantará questões de discussão em grupo sobre a interface entre atenção básica em saúde e vigilância em saúde. As discussões serão gravadas e depois transcritas para posterior análise. Os dados e as informações serão confidenciais, pois seu nome nunca aparecerá na publicação dos resultados. Todo material produzido como resultado dos Grupos Focais (fichas de caracterização dos entrevistados, Termo de Consentimento e transcrições) será armazenado em local seguro e guardado por um período de cinco anos e depois será inutilizado. As gravações, após transcritas serão destruídas. Esse termo será assinado em duas vias, ficando uma em suas mãos e a outra com pesquisadora.

Eu _____ estou de acordo em participar da pesquisa de Clarice Beienke Hass. Telefone: (51) 3901-1138 Celular: (51) 99951098.

Assinatura do participante _____

Assinatura da pesquisadora _____

Data ____ / ____ / _____

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS - RS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA

A aluna do Mestrado de Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Clarice Beienke Hass, Enfermeira Sanitarista, está propondo uma pesquisa sob orientação do Prof. José Roque Junges sobre as interfaces entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, verificando os conhecimentos, as estruturas, as ações e os entraves dessa interface. A pesquisa pode provocar uma maior discussão sobre a importância da vigilância na atenção primária à saúde e apontar para caminhos de solução.

Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa. Sua participação deve ser livre e voluntária, podendo desistir em qualquer momento da pesquisa. Você receberá todas as informações necessárias sobre a pesquisa e poderá sempre dirigir-se à pesquisadora para esclarecer as dúvidas.

Caso concorde, você participará deste estudo, sua especial colaboração será como entrevistado de uma Entrevista Semi-Estruturada, onde o questionamento básico apoiado em observações, teorias, justificativa e objetivos da pesquisa, possibilitarão novos questionamentos na medida em que as respostas sejam dadas. Ocorrendo, assim, maior flexibilidade para seguir uma linha de pensamento de acordo com suas experiências pessoais, sem perder o foco do estudo, o que não aconteceria em entrevistas padronizadas ou questionários. V. Sa. terá toda liberdade para dizer o que pensa e para deixar de responder qualquer questão.

A conversa será gravada e depois transcritas para posterior análise. Os dados e as informações serão confidenciais, pois seu nome nunca aparecerá na publicação dos resultados. Todo material produzido como resultado das Entrevistas Semi-Estruturadas (as fichas de caracterização dos entrevistados, Termo de Consentimento e transcrições) será armazenado em local seguro e guardado por um período de cinco anos e depois será inutilizado. As gravações, após transcritas serão destruídas. Esse termo será assinado em duas vias, ficando uma em suas mãos e a outra com pesquisadora.

Eu _____ estou de acordo em participar da pesquisa de Clarice Beienke Hass. Telefone: (51)3901-1138 - Celular: (51) 9995-1098.

Assinatura do participante _____

Assinatura da pesquisadora _____

Data ____/____/____

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS – RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO BÁSICO PARA GRUPO FOCAL

INTERFACES E DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE – RS

QUESTÕES NORTEADORAS

Moderador: Neste momento falaremos sobre os seguintes aspectos no sistema municipal de saúde: a gestão, organização da estrutura (organograma), aspectos legais e de recursos humanos:

- Existência de organograma oficial da Secretaria Municipal da Saúde (Vigilância em Saúde, Atenção Primária à Saúde);
- Plano Municipal de Saúde (atualização, participação, conteúdo);
- Plano de cargos e salários para os trabalhadores de saúde (vínculo empregatício, abrangência);
- Estrutura organizacional da Vigilância em Saúde;
- Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), Relatório de Gestão (participação, pactuação e acompanhamento), Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS), Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS).

Moderador: Enfoque sobre a Vigilância em Saúde do município:

- Vigilância em Saúde no município (implantação, equipe, profissionais, carga horária, atuação, planejamento, acompanhamento, intersetorialidade, financiamento, Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Trabalhador, Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Situação de Saúde, Promoção da Saúde);
- Dificuldades para o desenvolvimento de ações inerentes à Vigilância em Saúde;
- Estratégias necessárias para a implementação efetiva da Vigilância nos municípios.

Moderador: Em relação às interfaces e integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde:

- Integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde (pontos positivos e negativos, existência de ações conjuntas, dificuldades, benefícios);
- Interfaces da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária à Saúde.
- A comunidade e o processo de implantação da Vigilância em Saúde;

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS – RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

INTERFACES E DESAFIOS DE INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE – RS

Data: ____/____/____

Município: _____

Cargo ou função: _____

Tempo no Cargo ou Ocupação: _____

ASPECTOS LEGAIS E DE ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

- 1) Existência de organograma oficial da Secretaria Municipal da Saúde.
- 2) Plano municipal de saúde (atualização, construção participativa)
- 3) Estrutura organizacional da Vigilância em Saúde
- 4) Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), Relatório de Gestão (participação, pactuação e acompanhamento), Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS/RS), Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS), Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO

- 1) Trabalho realizado pela Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Trabalhador, Promoção da Saúde, Situação de Saúde);
- 2) Equipe da Vigilância em Saúde (formação, carga horária, número de trabalhadores, vínculo);
- 3) Gestão e planejamento;
- 4) Financiamento;
- 5) Impacto do trabalho de vigilância.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO

- 1) Integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde (desafios, pontos negativos e positivos);
- 2) Interfaces da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária à Saúde.

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO

- 1) Comunidade e a Vigilância em Saúde (conhecimento, participação na implementação,...).

APÊNDICE E**FICHA DE INFORMAÇÕES DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS**

Não é obrigatório o fornecimento dos dados desta ficha, podendo ser preenchida parcialmente ou deixada em branco. As informações são somente para caracterização do grupo e não serão associadas ao seu nome.

- 1) Município _____
- 2) Sexo () feminino () masculino ()
- 3) Idade _____ anos
- 4) Reside no município () sim () não
- 5) Formação _____
- 6) Cargo _____
- 7) Carga horária na secretaria municipal de saúde _____ horas/semana.
- 8) Carga horária na vigilância em saúde _____ horas/ semana.
- 9) Tempo de serviço na secretaria municipal de saúde _____ anos.
- 10) Tempo de serviço em saúde pública _____ anos.
- 11) Representa alguma associação no conselho municipal de saúde
() sim () não Nome _____

APÊNDICE F

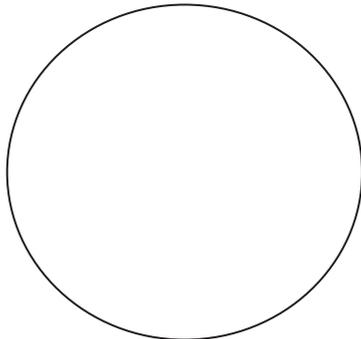
**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS – RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

FICHA DO ANOTADOR DOS GRUPOS FOCAIS

INTERFACES E DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO ENTRE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE – RS

GRUPO FOCAL Nº _____ DATA ____/____/____ HORA INÍCIO ____:____ TÉRMINO ____:____
LOCAL _____
MODERADOR _____
ANOTADOR _____

DISPOSIÇÃO DOS PARTICIPANTES



OU



PARTICIPANTES: Não cita nomes, só códigos para quantificar o número de participantes e gênero.

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11 _____
- 12 _____

CLARICE BEIENKE HASS

**INTERFACES E DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA
EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE, RS**

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

São Leopoldo (RS)
Setembro de 2011

APRESENTAÇÃO

Este estudo tem como objetivo geral reconhecer limites e possibilidades para a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno, médio e grande porte da região metropolitana de Porto Alegre, RS. Busca-se, com isso, conhecer as concepções sobre Vigilância em Saúde, identificar estruturas organizacionais e de recursos humanos de Vigilância em Saúde existentes, além de conhecer as ações e estratégias existentes na Vigilância em Saúde e suas interfaces com a Atenção Primária à Saúde.

A escolha do tema se deve ao fato de que a atuação da acadêmica como enfermeira sanitária ocorre na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e, mais especificamente, na área de Apoio Técnico do Centro Estadual de Vigilância em Saúde. O mesmo vem de encontro às necessidades de construção de um Plano Estadual de Integração entre a Vigilância e a Atenção Primária à Saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória e, ao contrário do que constava inicialmente no projeto, não se trata de uma pesquisa descritiva. A partir da análise concluiu-se que se trata do método mais apropriado por permitir conhecimento completo e adequado da realidade, permitindo a visualização da face oculta da pesquisa (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995). Após a transcrição, classificação e codificação dos dados dos grupos focais e das entrevistas semiestruturadas as informações foram submetidas à hermenêutica dialética.

A pesquisa foi desenvolvida em três municípios da região metropolitana de Porto Alegre-RS, sendo um de pequeno porte, um de médio porte e um de grande porte, cujas características constam no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Distribuição dos municípios estudados

Porte	Popu- lação	Cobert. PACS	Agentes M.Saúde	Cobertura ESF	Equipe M. Saúde	Equipe saúde bucal	RH na Vig. Saúde
Pequeno	4.860	100 (4.860)	12	70,9 (3.450)	01	01 – Mod. I	03
Médio	42.482	63 (27.025)	47	65 (27.600)	08	05 – Mod. I	06
Grande	317.945	8,6 (27.600)	55	10,8 (34.500)	11	09 – Mod. I	86

Fonte: População (IBGE, 2010).
Cobertura PACS e ESF (BRASIL/SIAB, 2010).

1 METODOLOGIA

1.1 Escolha dos municípios

A escolha destes três municípios se deu pela proximidade de Porto Alegre, pela existência de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Vigilância em Saúde, e pelos diferentes portes que se orientam pelo tamanho da população dos municípios, possibilitando a verificação dos objetivos do estudo. A opção de estudar municípios de portes diferentes deve-se ao fato de que existe necessidade de se levar em consideração o contexto de cada realidade para que o modelo de saúde venha de encontro com a situação de saúde local e suas necessidades, que são peculiares a cada município e seu porte. Em outras palavras, houve preocupação em retratar as diferentes realidades que cada município possui. O fato está evidenciado em vários artigos e literatura brasileira e, inclusive, internacional, de que se não forem considerados, dificilmente serão alcançados melhores indicadores de saúde e qualidade de vida da população.

1.2 Escolha dos participantes dos grupos focais

Foi organizado um total de três grupos focais nesses municípios, com p trabalhadores de saúde da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde, ou seja, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes da vigilância em saúde, médicos, enfermeiros e odontólogos. Cada grupo focal aconteceu em seu respectivo município, sendo gravados em áudio e transcritos de forma literal.

Solicitou-se a participação de trabalhadores de saúde com maior tempo de experiência na área. Outro critério foi o equilíbrio de gênero, o qual não foi possível pelo grande número de trabalhadoras do sexo feminino. Estes critérios de participação nos grupos focais tiveram por objetivo homogeneizar e possibilitar a discussão reflexiva e aprofundada sobre o tema do estudo.

As questões norteadoras visaram a desencadear a participação, verbalização de opiniões e interação entre todos os participantes a fim de obter informações relativas ao estudo, conforme segue: organização da Atenção Primária à Saúde, organização da Vigilância em Saúde e existência ou não da integração.

1.3 Escolha dos participantes das entrevistas semiestruturadas

A opção de realizar entrevistas semiestruturadas com os gestores do Sistema Municipal de Saúde dos três municípios do estudo foi motivada para evitar inibição dos trabalhadores nas discussões dos grupos focais e também para conhecer a visão do gestor sobre a integração da Vigilância em Saúde com a APS e os desafios para sua consolidação

As questões norteadoras do estudo são o eixo pelo qual se originaram as perguntas da entrevista semiestruturada. As entrevistas foram individuais, gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

2 COLETA DE DADOS

2.1 Caracterização do campo em município de pequeno porte

2.1.1 Caracterização do município de pequeno porte

O município foi criado pela Lei nº 10.667, de 28 de dezembro de 1995. Situa-se na Região do Vale dos Sinos, entre a encosta do Morro Ferrabraz e o Vale do Rio dos Sinos/RS, a 70 km de Porto Alegre.

Além da sede, o município possui sete bairros. Sua população é de 4.860 habitantes (IBGE, 2010).

A Secretaria Municipal de Saúde possui duas Unidades de Saúde: uma comporta a Estratégia da Saúde da Família e a Equipe de Saúde Bucal e a outra está situada no centro do município e concentra a Vigilância em Saúde e a área administrativa da Secretaria de Saúde.



Foto 1. Município de pequeno porte – RS.
Fonte: dados da pesquisa (2011).



Foto 2. Vista do Município de pequeno porte – RS.
Fonte: dados da pesquisa (2011).

2.1.2 Entrada em campo

No dia 21 de outubro de 2010 manteve-se contato telefônico com o município de pequeno porte. Na oportunidade combinou-se com a enfermeira e responsável pelo Setor Administrativo da Secretaria de Saúde que seria enviado via fax, um ofício de solicitação de agendamento de uma visita para apresentação mais detalhada da pesquisa. O conteúdo do documento registrou os objetivos, o título e o porte dos municípios a serem trabalhados.

Então, no dia 25 de outubro de 2010, no período da tarde, em torno de 15:30 horas, conforme agendamento telefônico prévio, foi realizada visita ao município com o intuito de explicar os objetivos da pesquisa e a metodologia a ser aplicada. Além da presença desta acadêmica, a reunião contou ainda com a participação da Secretária Municipal de Saúde e das Coordenações da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde. Após exposição da pesquisa e obtenção da concordância em participar da mesma, solicitou-se que intermediassem o dia, o local e a hora mais apropriados para a realização dos grupos focais e da entrevista semiestruturada. Neste momento também foi feito o encaminhamento dos documentos solicitados pelo Comitê de Ética e autorização da realização da pesquisa no município.

A receptividade da equipe de Saúde do município de pequeno porte foi muito boa, ficando claro, principalmente, o interesse por parte da Coordenação da Vigilância. Esta perguntou, inclusive, se era necessário dispor de alguns documentos ou relatórios para a realização do grupo focal, ao que foi orientado que não. A dificuldade encontrada para o agendamento foi a questão telefônica, pois houve necessidade de inúmeras tentativas até se completar uma ligação. O fato foi comentado no dia da reunião ao que afirmaram haver problemas nas linhas telefônicas. A reunião durou cerca de uma hora, ficando acordado que assim que fosse obtido o Parecer de aprovação do Comitê de Ética, a equipe Municipal de Saúde entraria em contato para agendar a realização do grupo focal e a entrevista semiestruturada.

Isso aconteceu em 21 de dezembro de 2010, época em que os municípios tinham vários profissionais de férias, decidindo-se, então, que o processo seria reiniciado em março de 2011.

No final de fevereiro iniciaram-se os contatos telefônicos e eletrônicos com o novo Secretário de Saúde, que também é Coordenador da Vigilância em Saúde. Também, com a enfermeira e Coordenadora da ESF e com o responsável administrativo, explicando quem deveria fazer parte do grupo e lembrando como seria feito. A entrevista com o Secretário Municipal de Saúde foi agendada para o dia 24/03/2011, às 13:00 horas, e o início do grupo focal com os profissionais de Saúde às 14:30 horas.

2.1.3 Coleta de dados

2.1.3.1 Dinâmica do grupo focal 1 – Município de pequeno porte

Na semana anterior ao agendamento do grupo focal e entrevista confirmou-se o dia e os horários para a sua realização.

No dia da reunião aguardou-se a chegada dos participantes na sala de reuniões da Secretaria, inclusive houve o preparo de chá e café. Ao iniciar a reunião fez-se um agradecimento pela participação de todos e, em seguida, foi realizada a apresentação dos participantes, inclusive do moderador e relator. Na sequência houve rápida apresentação dos objetivos e da justificativa do estudo, explicando o

que é grupo focal. Kitzinger e Barbour (1999, p. 20 apud BARBOUR, 2009, p. 21), afirmam que “qualquer discussão de grupo pode ser chamada de um grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajando as interações do grupo”. Assim, pode-se afirmar que grupo focal é um momento de discussão em que as pessoas conversam e interagem sobre um determinado tema.

Delimitou-se, então, o tempo de duração do encontro para que todos participassem dele até o final. Depois, ocorreu a leitura em voz alta e a entrega dos documentos, esclarecimento de dúvidas, preenchimento das fichas de informações dos participantes e solicitação da assinatura dos Termos de Consentimento. Nesse momento explicou-se que as falas seriam gravadas em áudio e depois transcritas literalmente, mas que tudo o que fosse dito e abordado seria confidencial. A seguir iniciou-se a discussão focal.

Ao moderador, que também foi relator, coube a tarefa de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibindo a monopolização da palavra e aprofundar a discussão. Esclareceu que não há respostas certas ou erradas, buscou manter a discussão acesa, bem como construir relações com os participantes a fim de aprofundar, individualmente, respostas e comentários relevantes para a pesquisa.

Também foram observadas as comunicações não verbais e o monitoramento do grupo para finalizar o debate dentro do tempo previsto, que foi de uma hora e meia.

Em relação ao grupo focal deste município, ficou expresso que mesmo sendo uma equipe pequena pelo fato de também o município ser menor, houve de dois a três participantes mais falantes e mais tranquilos em expor suas ideias e convicções sobre as questões levantadas. Mesmo com tentativas do moderador para que, em especial, os Agentes Comunitários de Saúde colocassem suas opiniões, esses foram monossilábicos, percebendo-se que em algumas de suas poucas colocações se referiam à necessidade de serem melhores informados, inclusive sobre o trabalho da Vigilância em Saúde que, segundo eles, estava sendo discutido pela primeira vez.

Por outro lado, pelas suas expressões faciais, notava-se que havia um olhar de pedido de permissão à coordenadora da ESF ou até mesmo receio de falar algo não permitido. Em suas falas, os trabalhadores de saúde demonstraram a falta de

comunicação e clareza de fluxos entre as três esferas de governo, em especial entre Estado e Município, deixando a impressão de que gostariam de ser mais escutados, pois estão juntos ao usuário e conhecem melhor a realidade da situação da saúde da população do seu município.

Cabe ressaltar que, mesmo com uma equipe menor, há falta de comunicação entre os seus componentes. As reuniões, quando acontecem, são setorizadas ou por equipe, havendo fragmentação do trabalho e distinção de algumas responsabilidades e atribuições da Atenção Primária e Vigilância em Saúde. A fragmentação referida é em relação ao que cada equipe realiza. Elas não planejam e não avaliam o município no conjunto, mas sim dentro da área em que atuam e com certas dificuldades por não haver processo de trabalho, mas de dar conta da demanda espontânea. Por meio da verbalização das enfermeiras e da responsável pela Epidemiologia observa-se que, de acordo com o organograma, até este momento a equipe que trabalha com a população não é incluída nas discussões das pactuações de metas, do Relatório de Gestão e, tampouco, da atualização e manuseio do Plano Municipal de Saúde.

Quando se pontuou esses instrumentos de trabalho, os participantes do grupo entreolharam-se, denotando que eram desconhecidos para eles. Houve o preenchimento dos dados de forma administrativa, sem aprofundamento e análise dos mesmos. Cabe salientar que por meio de suas falas ficou evidenciado que algumas situações não estão acontecendo por falta de conhecimento e entrosamento do administrativo com a área técnica. Não seria difícil, porém, viabilizá-lo, uma vez que todos, principalmente os profissionais de saúde (enfermeiras), fazem de tudo um pouco, conforme relato do grupo.

Também participaram do grupo focal, uma psicóloga e a responsável pela parte administrativa da Secretaria e pela alimentação de alguns sistemas de informação da Saúde. Não houve a presença do médico e nem do odontólogo, pois estavam atendendo pacientes. Ressaltou-se a possibilidade de esperar por eles, mas o grupo presente achou por bem começar sem as suas presenças. Este fato somente reforçou o modelo de saúde existente, ou seja, o modelo curativo. Estes profissionais ficam, portanto, totalmente fora de qualquer discussão sobre a situação de saúde da população.

Outro ponto levantado foi a questão do conhecimento da população sobre as atividades da Vigilância em Saúde, ficando explícito que há confusão entre ela e a Vigilância Sanitária, mas que a Vigilância Ambiental está se tornando mais conhecida devido as suas ações junto à população, no caso a dengue, que tem envolvido, inclusive, a mídia.

2.1.3.2 Dinâmica da entrevista semiestruturada 1 – Município de pequeno porte

No dia 24 de abril de 2011, às 13:00 horas, a acadêmica pesquisadora chegou no município e foi recebida pelo novo Secretário de Saúde, que já fazia parte da Secretaria como Coordenador da Vigilância em Saúde, e que atualmente acumula as duas funções. Explicou sobre o Termo de Consentimento para a realização da entrevista e sobre a gravação. Relembrou sobre a pesquisa e seus objetivos. Também ressaltou a importância da escuta junto aos municípios, uma vez que eles são os responsáveis pela efetivação das ações em Saúde. A duração da entrevista foi de uma hora.

Ao discutir sobre as questões relevantes da pesquisa observou-se na fala do Secretário de Saúde que há uma proximidade com a questão da Vigilância em Saúde. Ele sabe, porém, que precisa avançar na organização desta área e dar visibilidade ao trabalho da Vigilância para a população e a toda equipe de Saúde. Coloca que há um viés de confusão quando se fala em Vigilância em Saúde, sendo a mesma confundida com a Vigilância Sanitária. Apesar de sua recente atuação como Secretário de Saúde está buscando conhecer toda a estrutura e organização da Secretaria. Possui grande proximidade com o usuário do SUS e denota que a demanda por consultas e exames é o que mais exige atenção e tempo. Refere a responsabilidade de repassar ao Prefeito e demais Secretários informações sobre as ações da Vigilância em Saúde, da importância da promoção da saúde e da criação de parcerias em prol da saúde da população.

2.2 Caracterização do campo em município de médio porte

2.2.1 Caracterização do município de médio porte

Elevado à categoria de município pela Lei Estadual nº 3.818, de 8 de setembro de 1959, está localizado a 43,12 km de Porto Alegre, RS. Sua população é de 42.482 habitantes (IBGE, 2010), sendo constituído pelo centro e mais 14 bairros.

A Secretaria Municipal de Saúde possui um Centro de Especialidades com atendimentos de Urologia, Dermatologia, Infectologia, Cardiologia, Traumatologia, Ginecologia, Clínica Geral e Fisioterapia. No local também funcionam um Pronto Atendimento no horário das 17:00 às 22:00 horas; o Hospital Municipal Getúlio Vargas; o Centro de Atenção Psicossocial (AD – Álcool e Drogas); oito Unidades de Saúde com Estratégia da Saúde da Família e cinco Equipes de Saúde Bucal. A Vigilância em Saúde e a Administração da Secretaria Municipal de Saúde estão situadas no mesmo local.



Foto 3. Entrada do município de médio porte – RS.
Fonte: dados da pesquisa (2011).



Foto 4. Praça do Município de médio porte – RS.
Fonte: dados da pesquisa (2011).

2.2.2 *Entrada em campo*

No dia 21 de outubro de 2010 foi mantido contato telefônico com o município de médio porte. Na ocasião contactou-se com a Coordenação da Vigilância em Saúde e, em seguida, foi enviado via fax, um ofício de solicitação de agendamento de uma visita para apresentação mais detalhada da pesquisa. O ofício continha em seu conteúdo os objetivos, o título e o porte dos municípios a serem trabalhados.

Novamente manteve-se contato telefônico para agendar visita ao município, a qual ocorreu no dia 25 de outubro de 2010, às 13:30 horas, com a Coordenação da Vigilância em Saúde, pois a Secretária de Saúde estava de licença. Na ocasião explicou-se o estudo, seus objetivos e encaminhamentos necessários. A Coordenação da Vigilância em Saúde prontamente concordou em participar da pesquisa. Foi realizado o encaminhamento dos documentos solicitados pelo Comitê de Ética e a autorização da realização da pesquisa no município. Solicitou-se, ainda, que intermediasse o dia, o local e o horário mais apropriados para a realização do grupo focal e da entrevista semiestruturada.

A reunião teve duração de quase uma hora, e ficou combinado com a Coordenação da Vigilância em Saúde que no momento em que o Comitê de Ética aprovasse a pesquisa, entraria em contato para agendamento do grupo focal e

entrevista semiestruturada. O parecer de aprovação do Comitê de Ética ocorreu no final dezembro de 2010 e em função de os municípios estarem em período de férias, ficou combinado que se retomaria o processo em março de 2011.

No final de fevereiro de 2011, portanto, deu-se início às tratativas telefônicas e eletrônicas com a Coordenação da Vigilância em Saúde do município de médio porte. Foram realizadas várias ligações e enviados e-mails, constatando-se dificuldades para reunir os profissionais das equipes de Vigilância em Saúde e da Atenção Primária. Nesse período tomou-se conhecimento de que havia mudado o Secretário Municipal de Saúde. Nos e-mails enviados foram passadas informações referentes à entrevista e ao grupo focal, lembrando quem deveria participar e que, se possível e dentro da realidade do município, fossem observados os critérios de participação (trabalhadores da saúde com mais tempo de serviço, etc.). O início do grupo focal ficou agendado para o dia 04/04/2011, às 13:30 horas, e da entrevista com o Secretário Municipal de Saúde às 15:30 horas do mesmo dia.

2.2.3 Coleta de dados

2.2.3.1 Dinâmica do grupo focal 2 – Município de médio porte

Foi realizado contato com a Coordenação da Vigilância em Saúde na semana que antecedia ao agendamento para confirmar data e horário. No dia 4 de abril de 2011, na sala de trabalho da Vigilância em Saúde, organizou-se o grupo focal, com uma tolerância de 15 minutos para o início das atividades. Primeiramente houve a apresentação de todos os participantes. Após foi explicado o estudo, a importância da sua participação na pesquisa, o que é grupo focal, que a ficha de informações dos participantes tem o objetivo de verificar o perfil dos mesmos e também sobre a necessidade do preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento.

Neste momento estipulou-se o tempo de duração do encontro para que todos pudessem participar até o final das atividades. A seguir, ocorreu a leitura e a entrega dos documentos para serem preenchidos e foram esclarecidas dúvidas. Também foi colocado ao grupo que as falas seriam gravadas em áudio e depois transcritas, ressaltando a confidencialidade.

No início da discussão do grupo focal o moderador trabalhou com as questões norteadoras, procurando sempre buscar a opinião de todos, visualizar as relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, manter a discussão das questões norteadoras, aprofundar os pontos relevantes para a pesquisa, enfatizando a importância de cada um na discussão. Ressalta-se a importância desse entrosamento uma vez que é no município que as ações de saúde acontecem. Além disso, também foram observadas as comunicações não verbais mantidas no encontro.

No transcorrer das atividades do grupo focal observou-se que duas profissionais se evidenciaram pela intensidade das falas, sendo necessário, por vezes, limitar suas participações. Os demais somente começaram a dar suas opiniões quando o moderador solicitou ou quando o ponto discutido era de sua área específica. Não havia a presença de nenhum médico da Atenção Primária, apenas da Vigilância em Saúde.

Pela discussão acirrada entre alguns participantes, observou-se que não havia clareza de responsabilidades e funções, além da ausência do trabalho em equipe. Existe uma divisão entre o grupo da Atenção Primária à Saúde e da Vigilância em Saúde em função do desconhecimento do trabalho, especialmente da Vigilância, e também devido à falta de comunicação entre si. Alguns se sentem “desprestigiados” por ficarem de fora das discussões internas da Secretaria. Relatam a saída dos trabalhadores da saúde, o que dificulta a continuidade do trabalho. Poucos têm conhecimento sobre as pactuações, existência ou não de organograma da Secretaria, Relatório de Gestão e Plano Municipal de Saúde, demonstrando distanciamento entre a equipe administrativa e as de saúde, inclusive da Vigilância em Saúde. Um grupo se reúne e faz os encaminhamentos necessários sem discussão dos demais, trabalham juntos em caso de exigência do evento ou doença, mas não como rotina.

Este município já possui uma equipe específica da Vigilância em Saúde e local próprio, mas acha que ficou um pouco distanciado da Atenção Primária. Ao se colocar sobre a forma como a população enxerga a Vigilância em Saúde percebe-se que também há o viés de confusão com a Sanitária.

A Saúde do Trabalhador não está organizada. Referem ter havido alguns avanços nas notificações de doenças. E quanto às interfaces entre as atividades, sabem que estas existem, mas que não estão totalmente apropriadas pelos grupos.

O tempo de duração foi de uma hora e meia e no final agradeceu-se ao grupo pela participação e disponibilidade do seu tempo para a pesquisa.

2.2.3.2 Dinâmica da entrevista semiestruturada 2 – Município de médio porte

No dia 4 de maio de 2011, às 15:30 horas, esta acadêmica pesquisadora foi recebida pelo novo Secretário de Saúde do município de médio porte. Na ocasião fez uma pequena explanação sobre os contatos realizados anteriormente, falando sobre a pesquisa e seus objetivos. Comentou sobre o Comitê de Ética e a necessidade da assinatura de autorização da realização da entrevista, leitura do Termo de Consentimento, abordando sobre a importância da sua participação no estudo.

O Secretário relatou sua experiência anterior em Secretaria de Saúde e que havia iniciado suas atividades neste município no mês de fevereiro. De acordo com a sua fala, ele está mais voltado para a Atenção Primária de Saúde e o Hospital Municipal. Está reorganizando a referência e fluxo dos usuários dentro do Sistema Municipal de Saúde. Ainda não se focou na Vigilância em Saúde do município e refere que a Coordenação da mesma é muito eficiente. A entrevista teve a duração aproximada de uma hora.

2.3 Caracterização do campo em município de grande porte

2.3.1 Caracterização do município de grande porte

O município foi criado pelo decreto Estadual nº 7.839, em 27 de junho de 1939 e sua instalação ocorreu em 15 de janeiro de 1940. Trata-se do município mais populoso da região metropolitana, depois de Porto Alegre, com 317.945 habitantes (IBGE, 2010). Localiza-se a 13,5 Km de Porto Alegre/RS. Além do centro, possui 17 bairros.

A Secretaria Municipal de Saúde possui a seguinte estrutura:

- 24 postos de Atenção Primária com consultas de clínico geral, pediatra e ginecologista;
- Serviços de Atenção Secundária:
 - 1) Saúde mental (Cuca Legal, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Centro de Neurologia, Centro de Saúde Mental da Infância, Adolescência e Família até 14 anos;
 - 2) Posto Saúde da Mulher (ginecologia, obstetrícia e coleta de citopatológico);
 - 3) Serviço de ostomia e oxigenoterapia;
 - 4) Centro da visão;
 - 5) Posto Central de Saúde (ambulatório e consultas especializadas);
 - 6) Ambulatório cirúrgico (cirurgias ambulatoriais);
 - 7) Serviço de Atendimento à Criança e Adolescente Vitimadas (SACAN);
 - 8) Agendamento geral (consultas e exames);
 - 9) Vigilância em saúde;
 - 10) Serviço de controle de tisiologia e hanseníase;
 - 11) Serviço de Atendimento Especializado – SAE (atende portadores do HIV);
 - 12) Centro de Testagem e Acolhimento – CTA (realiza teste de DST/HIV/AIDS);
 - 13) Saúde do Trabalhador.

O sistema de Saúde do município de grande porte conta com o Hospital Nossa Senhora das Graças, com 387 leitos do SUS; o Hospital Santa Tecla (somente convênios e particulares), com 50 leitos; o Centro Clínico (somente convênio e particulares), com 22 leitos; o Hospital de Pronto Socorro (somente urgência e emergência), com 120 leitos; e o Hospital da Base Aérea (somente associados), com 55 leitos.



Foto 5. Município de grande porte – RS.
Fonte: dados da pesquisa (2011).

2.3.2 *Entrada em campo*

No dia 21 de outubro de 2010 manteve-se contato telefônico com o município. A acadêmica pesquisadora foi orientada para falar com a secretária direta da Secretária de Saúde, a qual recebeu via fax, o ofício que solicitava agendamento de uma visita para apresentação mais detalhada da pesquisa. Constavam no ofício, sinteticamente, os objetivos, o título e o porte dos municípios a serem trabalhados.

A exemplo dos demais municípios foi mantido contato telefônico prévio e definida a data da reunião com a Secretaria Municipal de Saúde para o dia 25/10/2010, às 10:00 horas, quando seria apresentada a pesquisa. Ao chegar lá a acadêmica pesquisadora foi orientada para que, primeiramente, conversasse com a Coordenação da Vigilância em Saúde.

Ao ser recebida pela Coordenação da Vigilância em Saúde foi realizada uma breve explanação do estudo e sua metodologia, os quais foram bem aceitos, pois, de acordo com a Coordenação, a proposta vem de encontro à realidade existente e à necessidade da busca de uma integração maior entre a Atenção Primária e Vigilância em Saúde. A seguir informou-se sobre o preenchimento dos documentos solicitados pelo Comitê de Ética para autorização da pesquisa na Secretaria

Municipal de Saúde. Após, foi encaminhado protocolo da Prefeitura para abertura de processo para a autorização da pesquisa e, com o protocolo em mãos, retornou-se à Secretaria Municipal de Saúde, onde foi explicado à recepção que havia uma certa urgência para dar andamento à pesquisa. Como a Secretária de Saúde estava em reunião no gabinete do Prefeito, ficou agendada outra reunião para o dia 26/10/2010, às 9:30 horas.

Nesta data, em torno das 10:30 horas, foi possível falar com o Secretário Adjunto, quando se procurou saber se o processo já havia chegado e se a Secretária de Saúde tinha assinado a autorização. Neste momento foi colocado ao Secretário Adjunto sobre a pesquisa e sobre a necessidade de agendar o grupo focal e a entrevista semiestruturada assim que a pesquisa fosse aprovada pelo Comitê de Ética. Procurou-se saber, também, quem seria o intermediador para o agendamento das próximas etapas, ao que ficou combinado que seria a Coordenação da Vigilância em Saúde.

Na última semana de fevereiro iniciaram os contatos telefônicos com a Coordenação de Vigilância no sentido de intermediar o agendamento do grupo focal e da entrevista com a Secretária de Saúde. Foram efetivadas inúmeras ligações e o envio de e-mails explicando sobre o grupo focal e também solicitando agenda para realização da entrevista semiestruturada.

Na metade do mês de abril a Coordenação da Vigilância em Saúde ainda não havia conseguido agendar uma reunião com a equipe da Atenção Primária. Então, combinou-se com a Coordenação da Vigilância em Saúde e contatou-se diretamente com a Coordenação da Atenção Primária. A acadêmica pesquisadora deslocou-se pessoalmente para falar com a Coordenação da Atenção Primária na última semana de abril e foram combinadas duas datas.

No mesmo dia a acadêmica pesquisadora foi falar com a Coordenação da Vigilância para saber o melhor dia e horário, ficando agendado para o dia 03/05/2011, às 9:00 hs, na sala de reunião da Atenção Primária. A entrevista ficou marcada para o dia 05/05/2011 e acabou transferida para o dia 10/05/2011, às 9:30 horas, devido impedimento da Secretária de Saúde.

2.3.3 Coleta de dados

2.3.3.1 Dinâmica do grupo focal 3 – Município de grande porte

Foi mantido contato com a Coordenação da Vigilância em Saúde na semana que antecedia ao agendamento a fim de confirmar a data e o horário do grupo focal, ficando definido o dia 04/04/2011, na sala de trabalho da Vigilância em Saúde. Com uma tolerância de 15 minutos para o início das atividades, houve inicialmente a apresentação de todos. Após foi explicado o estudo, a importância da participação de todos na pesquisa, o que é grupo focal, e que a ficha de informações dos participantes tinha o objetivo de verificar o perfil dos mesmos e também sobre a necessidade do preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento.

Neste momento definiu-se o tempo de duração do encontro para que todos pudessem participar até o seu final. A seguir ocorreu a leitura e entrega dos documentos para serem preenchidos e foram esclarecidas dúvidas. Também foi colocado ao grupo que as falas seriam gravadas em áudio e depois transcritas, ressaltando a confidencialidade.

No início da discussão do grupo focal o moderador trabalhou as questões norteadoras, procurando sempre buscar a opinião de todos, visualizar relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, manter a discussão das questões norteadoras, aprofundar os pontos relevantes para a pesquisa, enfatizando a importância de cada um na discussão, uma vez que é no município que as ações de saúde acontecem. Ao mesmo tempo, também foram observadas as comunicações não verbais.

A exemplo dos demais grupos, alguns participantes são mais falantes e outros precisam ser incentivados pelo moderador para que participem da discussão. Este grupo, no entanto, já possui um conhecimento maior sobre as atividades de cada setor mesmo que trabalhe de forma fragmentada. O grupo tem pouca rotatividade, o que se evidencia no aprofundamento da discussão sobre a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária, mesmo que aconteça de forma incipiente. Existem, porém, algumas discordâncias como, por exemplo, da Imunização estar junto à Atenção Primária e não à Vigilância em Saúde. Os componentes da equipe conseguem se integrar mais em certas situações, estando

conscientes de que precisam se aproximar mais uns dos outros. Têm noção, portanto, da importância da integração e das interfaces existentes.

Por outro lado, mesmo tentando não transparecer, há algum tipo de disputa entre as Coordenações e equipes, não de todos do grupo, mas de alguns elementos, havendo a impressão de que existe algum ruído entre as Coordenações e que há alguma dificuldade de entrosamento. A equipe e a Coordenação de Vigilância em Saúde estão localizadas em um prédio próximo à Secretaria Municipal de Saúde, enquanto que a Coordenação da Atenção Primária está na mesma estrutura da Secretaria. Acredita-se que o distanciamento ocorre por falta de um trabalho mais integrado. Também ficou evidenciado que a própria mídia faz confusão entre as Vigilâncias.

As pactuações e atualização do Plano Municipal de Saúde são realizadas por um grupo de trabalhadores, o organograma não é conhecido por todos. Existe um cuidado que se observa no discurso do grupo, que é de não entrar no trabalho do outro. A Vigilância refere falta de pessoal e de estrutura para realizar as ações.

O tempo de duração da atividade foi de uma hora e meia e no final agradeceu-se ao grupo pela participação e disponibilidade do seu tempo para participar da pesquisa.

2.3.3.2 Dinâmica da entrevista semiestruturada 3 – Município de grande porte

A chegada na Secretaria Municipal de Saúde ocorreu no dia 10 de maio de 2011, às 9:30 horas, quando seria realizada a entrevista com a Secretária de Saúde. No entanto, como houve atraso na reunião anterior à entrevista e nesta hora já havia sido firmado compromisso de participação da Secretária de Saúde no lançamento de um novo projeto da Prefeitura, fui recebida pelo Secretário Adjunto às 10:30 horas. O Secretário demonstrou como é maior a complexidade de um município de grande porte e que o Sistema de Saúde envolve vários serviços. Por outro lado, porém, observa que existe boa organização institucional e clareza dos pontos fracos e fortes dentro da Secretaria de Saúde. Existem projetos de melhoria, tanto na questão dos profissionais como de estrutura e informação. O gestor sabe que fortalecendo a Vigilância em Saúde estará melhorando a situação de saúde do município e de que há necessidade de integrar as equipes e o seu trabalho.

Em relação à estrutura organizacional o Secretário reforçou a existência de divergências de pensamentos entre a Atenção Primária e a Vigilância em Saúde. Demonstrou grande conhecimento sobre a Secretaria, que a Vigilância ainda precisa avançar e que o problema não é financeiro. Observa que devido à grande demanda de trabalho é dispensada certa autonomia às diretorias para que funcionem adequadamente.

No que se refere ao Plano Municipal de Saúde evidenciou que é um ano de Conferências Municipais de Saúde e que a partir das quatro pré-conferências de Saúde será atualizado o Plano Municipal de Saúde. O que se sente é que a Atenção Primária, Secundária e até Terciária exigem mais tempo do trabalho da administração e maiores investimentos. A entrevista durou cerca de uma hora.

2.4 Caracterização dos participantes dos três grupos focais

A caracterização dos participantes dos grupos focais acontece a partir das Fichas de Informação preenchidas nos encontros. Assim, em relação ao tempo de trabalho foi solicitado aos participantes informar o período que trabalham na atual Secretaria de Saúde, bem como na saúde pública em outras Secretarias de Saúde.

Cabe salientar que o município de pequeno porte é novo, ou seja, possui menos anos de existência. Percebe-se que os municípios maiores não possuem trabalhadores de saúde com menos de um ano de trabalho e que o tempo de trabalho entre os participantes é bem distribuído entre os períodos de um a três, quatro a sete e de oito a onze anos, o que não ocorre no intervalo de doze a catorze anos. Predomina, assim, o tempo de trabalho entre um e onze anos, como pode ser observado no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Tempo de trabalho na Saúde do município e em Saúde Pública

Tempo de trabalho (anos)	Pequeno porte		Médio porte		Grande porte	
	SMS	SP	SMS	SP	SMS	SP
< 1 ano	01	01				
01 – 03	05	01	04	03	04	03
04 – 07		01	02	03	02	01
08 – 11	01	01	02	01	02	04
12 – 14				01		
15 – 18		01	01	01	02	01
19 e +			02	02	01	02

Fonte: Ficha de Informações dos participantes dos grupos focais.

SMS = Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo.

SP = Tempo em Saúde Pública (além da atual Secretaria de Saúde).

Quadro 3. Carga horária na Secretaria Municipal de Saúde/Vigilância em Saúde dos participantes do grupo focal dos municípios de pequeno, médio e grande porte

Carga horária	30 hs semanais						36 hs semanais						40 hs semanais					
	SMS			VS			SMS			VS			SMS			VS		
Setor	P	M	G	P	M	G	P	M	G	P	M	G	P	M	G	P	M	G
Agente Comunitário de Saúde													02	02	02			
Agente de Vigilância em Saúde																	03	01
Enfermeiro						01				01			01	01	03			
Médico															01		01	01
Odontólogo																	01	
Técnico de Enfermagem						01				01*	01			01			01	
Psicólogo	01																	
Administrativo	01																	01

Fonte: Ficha de Informações dos participantes dos grupos focais.

(*) O técnico de Enfermagem do município de pequeno porte acumula atividades da APS e de Vigilância em Saúde.

Em relação aos 29 participantes das discussões focais, 22 possuem uma carga horária de 40 horas semanais, representando 76% do total do grupo. E quanto maior o porte do município, maior também a sua estrutura funcional.

Quadro 4. Escolaridade dos participantes

Escolaridade	Pequeno porte	Médio porte	Grande porte	Total
Médio	04	06	03	13
Superior	03	05	08	16

Fonte: Ficha de Informações dos participantes dos grupos focais.

Quanto à escolaridade, a proporção entre os níveis médio e superior ficou em torno de 50% entre os profissionais e trabalhadores de saúde que participaram dos grupos.

Quadro 5. Número de residentes no município

Reside no município	Grupo do município de pequeno porte	Grupo do município de médio porte	Grupo do município de grande porte	Total
Sim	04	08	07	19
Não	03	03	04	10

Fonte: Ficha de Informações dos participantes dos grupos focais.

Em relação ao local onde residem os participantes, o quadro 5 mostra que a maioria mora no município em que trabalha.

Quadro 6. Idade (anos) e gênero dos participantes dos grupos focais

Idade (anos)	Grupo do município de pequeno porte		Grupo do município de médio porte		Grupo do município de grande porte	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
20-30	02	01	01	01		02
31-40	01		03		03	
41-50	03		05		02	01
51-60			01		01	01
61 e mais					01	
Total participantes	06	01	10	01	07	04

Fonte: Ficha de Informações dos participantes dos grupos focais.

Ao se observar a idade dos participantes da pesquisa, o quadro 6 demonstra que as faixas de idade predominantes foram de 20 a 30 anos e 41 a 50 anos. Ao considerar o gênero, observa-se que o sexo feminino representa o maior número em todos os municípios.

Os grupos tiveram um número variável de participantes, principalmente o município de pequeno porte, o qual teve um número menor em relação aos demais, pois também sua estrutura e equipe são menores. Os municípios de médio e grande porte já não tiveram tanta diferença até porque se solicitou que ficassem entre 6 a 12 participantes. O município de grande porte, por ter um número maior de profissionais, quase consegue respeitar o critério de gênero, sendo que dos participantes, 23 eram mulheres e 6 eram homens, totalizando 29 participantes.

2.5 Análise dos dados

As gravações de áudio das entrevistas semiestruturadas e dos encontros dos grupos focais foram transcritas. A seguir, as falas dos participantes foram organizadas em dois temas, definidos a partir do método de hermenêutica dialética, conforme o tema abordado e de modo a satisfazer o alcance dos objetivos da pesquisa. Desta forma, a apresentação dos resultados foi estruturada nos seguintes temas:

- Construção não participativa do modelo;
- Fragmentação/compartimentalização das Ações em Saúde.

Procurou-se, então, construir um elo de ligação entre o diálogo dos participantes dos grupos focais e dos entrevistados sobre os tópicos propostos.

Por questões éticas e para que as discussões fossem mais produtivas, as identidades de todos os participantes foram mantidas em sigilo, conforme estabelecido pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado entre as partes e submissão do Projeto ao Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul sob o protocolo nº 599/10, em 21/12/2010. Assim, na apresentação dos resultados e transcrição das falas foram colocados nomes fictícios.

O método garantiu, nesta etapa, técnicas seguras e reproduzíveis, esclarecedoras dos verdadeiros significados das falas e expressões não verbalizadas. Permitiu, também, a construção da realidade mediante interpretação e expressão de opiniões dos participantes da pesquisa, estabelecendo articulação entre o referencial teórico e os dados empíricos resultantes das entrevistas e grupos focais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <<http://www.siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa**: desafios metodológicos. Universidade Federal da Bahia: BA, 2002. Disponível em: <<http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/24/03.doc>>. Acesso em: 02 set. 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2010>>. Acesso em: 19 set. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica – Dialética como caminhos do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

_____. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 4, ago. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2011.

ANEXOS

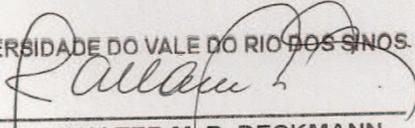
ATESTADO

ATESTO, para os devidos fins, conforme consta nos assentamentos da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, que **CLARICE BEIENKE HASS**, aluna do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA - nível de Mestrado, realizou a defesa de Qualificação do Projeto de Dissertação intitulado "*Interfaces e desafios para integração entre vigilância em saúde e atenção primária à saúde em municípios da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul*", defendido no dia 06 de outubro de 2010.

ATESTO, ainda, que a banca examinadora foi constituída pelo Prof. Dr. José Roque Junges (Orientador), pela Prof^a. Dr^a. Elma Lourdes de Campos Pavone Zoboli e pela Prof^a. Dr^a. Laura Cecília López.

São Leopoldo, 06 de outubro de 2010.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS



CARLA WALTER M. B. DECKMANN
Gerência de Registros Acadêmicos

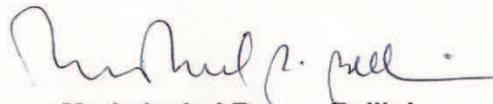
Of. CEP/ESP-110/2010

Porto Alegre, 21 de dezembro de 2010.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa intitulado: **“Interfaces e desafios para integração entre vigilância em saúde e a atenção primária à saúde em municípios da região metropolitana de Porto Alegre, RS”**. Diante disso, considerou que o mesmo tem relevância para a ciência e encontra-se ética e metodologicamente adequado.

Solicitamos que, ao final da pesquisa, seja entregue uma via para esse Comitê.



Maria Isabel Barros Bellini
Coordenadora do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
da ESP/SES/RS

A(o)
Pesquisador(a)
Clarice Beienke Hass
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
N/C

**COMITÊ DE ÉTICA NA PESQUISA EM SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA**

PARECER DE APROVAÇÃO

Data da aprovação: 21/12/2010

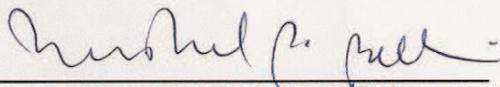
Protocolo CEPS-ESP n.º 599/10

Projeto: “Interfaces e desafios para integração entre vigilância em saúde e a atenção primária à saúde em municípios da região metropolitana de Porto Alegre, RS”.

Pesquisador(a) Responsável: Clarice Beienke Hass

**Orientador: Prof. Dr. José Roque Junques
Co-orientadora: Prof.ª Nêmora T. Barcellos**

Este projeto está de acordo com as normas éticas e metodológicas do Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul e conforme a Resolução CNS n.º 196/96.



**Maria Isabel Barros Bellini
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública/SES/RS**