



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

**ROSENILDE DOS SANTOS**

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UM DISTRITO  
SANITÁRIO DA CAPITAL BAIANA**

**SALVADOR  
2018**

**ROSENILDE DOS SANTOS**

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ESTRATÉGIA  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
ESTUDO EXPLORATÓRIO EM UM DISTRITO  
SANITÁRIO DA CAPITAL BAIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestrado.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Mariluce Karla Bomfim de Souza

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carmen Fontes Teixeira

SALVADOR  
2018

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S237v Santos, Rosenilde dos.

Vigilância Sanitária e Estratégia de Saúde da Família: estudo exploratório em um Distrito Sanitário da capital baiana / Rosenilde dos Santos. -- Salvador: R. Santos, 2018.

90 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza.  
Coorientadora: Profa. Dra. Carmen Fontes Teixeira.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Vigilância Sanitária. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Processo de Trabalho em Saúde. I. Título.

CDU 614.3

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva**

**Rosenilde do Santos**

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Estudo  
exploratório em um Distrito Sanitário da capital baiana.**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 02 de maio de 2018

Banca Examinadora:



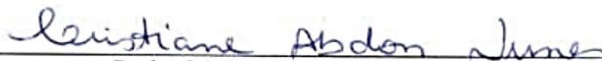
Profa. Mariluce Karla Bomfim de Souza – ISC/UFBA



Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira – IHAC/UFBA



Profa. Marismar Horsth de Seta – ENSP/FIOCRUZ



Profa. Cristiane Abdon Nunes - ISC/UFBA

Salvador  
2018

## AGRADECIMENTOS

À Deus pelo o dom da vida, por me fortalecer e dar resignação para chegar ao fim de mais uma conquista. A ti Senhor minha profunda gratidão sempre!

Ao meu querido e amado pai, Antônio por ter sido minha inspiração, meu exemplo de vida e pelos ensinamentos para escolher o melhor caminho, me rodeando de carinho e por sempre ter participado em todas as escolhas, decisões e projetos da minha vida. Saudades...

A minha amada e adorável mãe, Maria Terezinha, você mãe amada, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis de minha vida, pelas inúmeras orações e pelo exemplo que é para minha vida.

À minha família, pelo amor, apoio e incentivo.

À minha orientadora Dra. Mariluce Karla Bomfim de Souza que me acompanhou desde o grupo de pesquisa, agradeço por acreditar em minha ideia e estar ao meu lado compartilhando conhecimentos, carinho, amizade e pela paciência e compreensão no percurso do mestrado, pela prudência e simplicidade que tem me inspirado neste período de convivência.

À minha co-orientadora Dra. Carmen Fontes Teixeira, pelo acolhimento e pela grande contribuição que deu a este estudo.

Às Prof<sup>as</sup>. Dra. Ediná Costa, pelo acolhimento e Yara Oyrã Ramos Lima, pelos conselhos nos momentos difíceis, pelos ensinamentos, pelo carinho, amizade e cuidado dedicado. Agradeço pela contribuição no meu crescimento.

Ao pessoal do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária: Bianca, Kely, Ana Souto, Gisélia, Gustavo e Soninha sempre solícitos e dispostos a ajudar.

Aos colegas do curso que caminharam comigo neste período, agradeço pelo ensinamento proporcionado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Salvador na pessoa do Coordenador da Vigilância Sanitária e à Gerente do distrito sanitário, agradeço pelo acolhimento.

Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Salvador que participaram deste estudo, agradeço pelo acolhimento e contribuição.

Às amigas que caminharam comigo neste período: Rízia, Fabiane e Andréia, agradeço pelo incentivo, apoio e por ouvirem minhas queixas e minhas lamentações.

A todos que não foram mencionados, mas de alguma forma contribuíram para construção deste trabalho.

## LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde  
AB - Atenção Básica  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CF - Constituição Federal  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses  
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social  
CEREST - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador  
DS - Distrito Sanitário  
DIRES - Diretoria Regional de Saúde  
EPS - Educação Permanente em Saúde  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
GR - Gerenciamento de Resíduos  
ISC - Instituto de Saúde Coletiva  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
NRS - Núcleo Regional de Saúde  
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
NOBs - Normas Operacionais Básicas  
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PECS - Programas de Extensão de Cobertura  
PNH - Política Nacional de Humanização  
PSE - Programa de Saúde na Escola  
PMS-SSA - Plano Municipal de Saúde de Salvador  
PDDU - Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano  
PROCON - Programa de Proteção e Defesa do Consumidor  
PNAB - Política Nacional, a Atenção Básica  
RSB - Reforma Sanitária Brasileira  
RMS - Região Metropolitana de Salvador  
SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SMS - Secretaria Municipal de Salvador  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado  
SILOS - Sistemas Locais de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SSA - Sistema Seriado de Avaliação  
USF - Unidade de Saúde da Família  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFBA - Universidade Federal da Bahia  
VIEP - Vigilância Epidemiologia da SMS de Salvador  
VISA - Vigilância Sanitária  
VE - Vigilância Epidemiológica  
VS - Vigilância em Saúde



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Diagrama da Vigilância da Saúde .....	19
Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Salvador .....	28
Figura 3 - Nuvem de palavras elaborada com base nos relatos dos entrevistados sobre as ações setoriais e intersetoriais no contexto da Estratégia Saúde da Família. ....	48

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Lista de documentos por código disponibilizados para revisão documental.....	30
Quadro 2 - Evidências sobre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família relacionadas à visa. ....	44
Quadro 3 - Limites para a articulação entre as práticas de VISA e ESF. ....	55
Quadro 4 - Possibilidades para a articulação entre as práticas de VISA e ESF. ....	62

SANTOS, R. **Vigilância Sanitária e Estratégia de Saúde da Família**: Estudo exploratório em um Distrito Sanitário da capital baiana. 2018. 90 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, Bahia. 2018.

## RESUMO

Para a transformação do modelo com vistas à integralidade da atenção à saúde da população requer-se um conjunto de ações articuladas que incluem a atuação de vigilância em saúde, considerando as bases territoriais do sistema de saúde ou áreas de abrangência dos serviços. Nesse sentido, a Saúde da Família constitui-se em uma estratégia para configurar um processo de reorganização do trabalho em saúde que implique uma integração de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos com as práticas assistenciais. Assim, para o desenvolvimento de uma investigação sobre a prática, definiu-se como objetivo geral analisar as ações de Vigilância Sanitária e o (s) modo (s) como estas têm se articulado (ou não) ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário em Salvador. E, como objetivos específicos: Descrever as ações da vigilância sanitária (VISA) desenvolvidas em um distrito sanitário; Conhecer as percepções de gestores e profissionais da saúde sobre a atuação na VISA no âmbito distrital e da ESF; Identificar as interfaces da vigilância sanitária com o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família em um Distrito Sanitário da capital baiana; Discutir limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF. Tomando por base a abordagem qualitativa, este estudo descritivo e exploratório foi desenvolvido a partir de 16 entrevistas complementadas por documentos, cujos achados levaram a identificação das categorias de análise. Todos os aspectos éticos foram respeitados em acordo com a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A primeira categoria denominada “Objetivos, ações e responsabilidades da VISA no distrito sanitário” revelou que a maioria dos participantes entrevistados relacionou os objetivos da VISA com a regulação e a autoridade no desenvolvimento das ações, e, para os profissionais de saúde das equipes de saúde da família, a atuação da VISA quanto à emissão de alvarás foi apontada como procedimento majoritário nos espaços das unidades de saúde. A categoria sobre “Ações das equipes de saúde da família relacionadas à VISA” evidenciou um conjunto de ações no âmbito do território distrital, no âmbito domiciliar, no âmbito das unidades de saúde e ações transversais e intersetoriais. A terceira categoria denominada “Integração e articulação no passado e para o futuro e iniciativas do presente” apontou algumas iniciativas nesse sentido, ainda que pontuais na perspectiva de alguns entrevistados, e sinalizou propostas e intenções para o futuro. E, a última categoria revelou como limites aqueles relacionados à gestão, às questões político-gerenciais, aos recursos humanos, condições de trabalho e dificuldades para comunicação; sendo apontados como potencialidades, as iniciativas de profissionais e gestores, bem como a utilização de dispositivos e oportunidades para o planejamento e intervenção. Considera-se este estudo uma oportunidade para reflexão e discussão sobre o desenvolvimento de práticas com participação dos diversos atores que operam no território e que de modo articulado e integrado poderão potencializar impactos positivos sobre a situação de saúde da população e transformações sobre o modelo de atenção.

**Palavras chaves:** Vigilância Sanitária; Estratégia Saúde da Família; Processo de Trabalho em Saúde.

SANTOS, R. **Sanitary surveillance and family health strategy: an exploratory study in a sanitary district of the state capital of Bahia.** 2018. 90f. (Professional Master in Collective Health) - Federal University of Bahia, Institute of Collective Health, Salvador, Bahia. 2018.

### ABSTRACT

The transformation of the integrality model - with sights to the health care of the population - requires a set of articulated actions which include health surveillance, considering either the territorial bases of the health system or the service coverage areas. Thus, Family Health becomes a strategy to set up a reorganization process of work force in public health, which implies an integration of the promotions of practices on health and risk prevention to assistance practices. Hence, as for the development of an investigation on practice, it was defined as a general objective: To analyze the actions of health surveillance and the way (s) they have been articulated (or not) to the work process of the family health strategy teams, in a sanitary district in Salvador. And as specific objectives: to describe the actions of health surveillance developed in a health district; To know the perceptions of managers and health professionals about the performance of health surveillance, at the district level as well as the family health strategy; To identify the interfaces of sanitary surveillance with the work process of the Family Health Strategy teams in a Sanitary District of the state capital of Bahia; To discuss limits and possibilities of articulation between health surveillance practices and the family health strategy. With a qualitative approach, this descriptive and exploratory study was based on 16 interviews, complemented by documents, whose findings led to the identification of the categories of analysis. All ethical aspects were respected in accordance with Resolution 466/2012 of the National Health Council. The first category - Objectives, actions and responsibilities of VISA in the health district - revealed that the majority of participants interviewed related the objectives of health surveillance with both regulation and authority in the development of actions. For the professionals of the family health teams, the performance of sanitary surveillance was indicated as a majority procedure in the health units, as far as issuance of permits are concerned. The category regarding Actions of the family health teams related to VISA showed a set of actions within the district territory, in the domicile scope, in the scope of the health units as well as both transversal and intersectoral actions. The third category - Integration and articulation in the past and for the future and initiatives of the present - indicated some initiatives in this sense and signaled proposals and intentions for the future, however isolated, according to the perspective of some interviewees. And the last category revealed as limits those related to management, political-managerial issues, human resources, working conditions and difficulties in communication. It also pointed out the initiatives of professionals and managers, as well as the use of devices and opportunities for planning and an integrated way, could enhance positive impacts on the health conditions of the population intervention as potentialities. This study is considered an opportunity for reflection and discussion on the development of practices with the participation of the various actors operating in the territory and that, in an articulated as well as transformations on the model of attention.

**Keywords:** Health surveillance. Family health strategy. Work process in health.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1	PROBLEMA, PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DA PESQUISA.....	16
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
2.1	VIGILÂNCIA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO.....	18
2.2	SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL .....	19
2.3	VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	21
2.4	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	23
<b>3</b>	<b>ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS .....</b>	<b>25</b>
3.1	TIPO DO ESTUDO .....	25
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO .....	25
3.2.1	CARACTERIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR .....	27
3.2.2	CARACTERIZAÇÃO GERAL DA VISA EM SALVADOR.....	27
3.2.3	CARACTERIZAÇÃO DO DS SELECIONADO.....	29
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	29
3.4	PROCEDIMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DOS DADOS.....	30
3.5	PLANO DE ANÁLISE .....	30
3.6	QUESTÕES ÉTICAS .....	31
<b>4</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS.....</b>	<b>33</b>
4.1	OBJETIVOS, AÇÕES E RESPONSABILIDADES DA VISA NO DISTRITO SANITÁRIO .....	33
4.1.1	ATUAÇÃO DA VISA “RESTRITA” À EMISSÃO DE ALVARÁS EM USF.....	37
4.2	AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RELACIONADAS À VISA.....	43
4.3	INTEGRAÇÃO E ARTICULAÇÃO NO PASSADO E PARA O FUTURO E INICIATIVAS DO PRESENTE.....	51
4.4	LIMITES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE VISA E ESF.....	54
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>77</b>
	APÊNDICE 1 – RESULTADOS DA BUSCA DE ESTUDOS .....	77
	APÊNDICE 2 - ROTEIROS DE ENTREVISTA .....	80
	APÊNDICE 3 - MATRIZ PARA ORGANIZAÇÃO, SISTEMATIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	85
	APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	86
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>88</b>

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP ISC/UFBA.....	88
ANEXO B – ANUÊNCIA DA SMS DE SALVADOR .....	90

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem contemplado a implantação de propostas de mudança do modelo de atenção que incidem sobre diversos aspectos, desde a organização de redes de serviços até a reorganização do processo de trabalho em saúde em diversos níveis de complexidade, principalmente ao nível da Atenção Primária em Saúde.

O tema desse estudo diz respeito às ações de Vigilância Sanitária e sua articulação no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no nível local, isto é, no âmbito dos Distritos Sanitários, base territorial do SUS. Para delimitação do problema da investigação, recuperou-se sobre o desenvolvimento dos distintos modelos de atenção à saúde no Brasil, o contexto em que surge o debate acerca da integralidade da atenção, nos quais têm sido propostas diversas estratégias, entre as quais a Saúde da Família. Também, apresenta-se um breve histórico da Vigilância Sanitária, especificamente como vem sendo discutida no âmbito de implementação do SUS, circunscrevendo, assim, o contexto em que se situa o problema desta investigação.

No que tange ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde no Brasil, ao longo do século XX, foram constituídos no Brasil dois modelos de atenção à saúde da população: o modelo médico assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitaria (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p. 288).

O primeiro tem raízes históricas na medicina liberal, a qual por um processo de mudança organizacional e gerencial, em função da progressiva incorporação tecnológica, estruturou as bases de dois sistemas de prestação de serviços de saúde, o sistema público, constituído por um conjunto heterogêneo de instituições em vários níveis de governo, das quais a mais importante era o antigo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social e o sistema privado, composto por várias modalidades de empresas médico-hospitalares, que constituíram a base para a expansão dos planos privados de saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p. 289).

Já o modelo sanitaria tem origem nas “campanhas sanitárias” de controle de epidemias que ameaçavam o desenvolvimento econômico do país (tais como a febre amarela, a varíola e a peste), que eram realizadas sob comando de Osvaldo Cruz, no Rio de Janeiro, nos primeiros anos do século passado (Teixeira; Vilasbôas, 2014, p. 290). “Ao longo do século XX, além das campanhas, a expansão desse modelo contemplou a implantação dos programas especiais de

controle de doenças e outros agravos, caminhando, a partir dos anos 70, para a implantação de sistemas de vigilância em saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014, p. 290).

Ao final da década de 70, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) deu origem a novas propostas e modelos de práticas, serviços e de organização da saúde no Brasil. Esse amplo movimento da sociedade civil pela democratização da esfera pública consubstanciou garantias constitucionais legitimadoras dos direitos sociais da população, estruturando a política no Brasil (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Desde 1988, com a promulgação da Constituição Federal e posteriormente com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), o Brasil tem estabelecido um sistema de saúde complexo, no entanto, a transição epidemiológica e demográfica e as desigualdades sociais constituem desafios para o Estado no sentido de garantir serviços de qualidade à população (GOTTEMS, 2010; PAIM et al, 2011).

De fato, desde antes do SUS, ainda no período de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), surgiram propostas de reorganização da oferta de serviços no âmbito das unidades de saúde, bem como propostas alternativas como: oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde e vigilância da saúde (PAIM, 1994). Nesse contexto, surgiu a proposta de implantação dos Distritos Sanitários (DS) - Sistemas Locais de Saúde (SILOS), entendidos como uma unidade política, administrativa e operacional do sistema de saúde, capaz de desenvolver ações de saúde para resolver os problemas da população (MENDES, 1993) na perspectiva de romper com a lógica autoritária e vertical na organização dos serviços, utilizando-se dos conceitos de território, problema e processo de trabalho em saúde (TEIXEIRA, 1993; MENDES, 1995; PAIM, 1994).

Com a implementação do SUS, nos anos 90, o debate em torno destas alternativas de mudança do modelo foi secundarizado pela ênfase concedida ao processo de Municipalização das ações e serviços de saúde através da implantação das Normas Operacionais Básicas (NOBs 001/91; 001/03 e 001/96), que privilegiaram a reorganização da gestão do SUS, com transferências de recursos e de responsabilidades aos municípios. A reorganização da prestação de serviços de saúde, entretanto, voltou a ser tema de debate ainda em meados dos anos 90, com o processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente redefinido como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A redefinição posterior do PSF como Estratégia de Saúde da Família (ESF), expressa a valorização que passou a ser dada à reorganização da atenção básica de modo a proporcionar

atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade, com ações de proteção, promoção da saúde, prevenção de riscos e recuperação da saúde (BRASIL, 2011, p.12).

Essa estratégia tem provocado um importante movimento com o intuito de transformar o modelo de atenção em saúde no SUS, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas, objetivando desenvolver uma atenção integral com impacto na situação de saúde, bem como nos determinantes sociais da saúde. Enquanto proposta alternativa, tenta romper com as concepções de saúde e de serviço tradicionais, uma vez que amplia os sujeitos, coloca como objeto a saúde (determinantes/riscos/danos/necessidades) individual e coletiva, e fortalece espaços de participação popular. Além disso, propõe a reorganização das práticas pautadas a partir da atenção primária, mas garantindo integralidade das ações e todos os níveis de atenção. Para tanto, privilegia áreas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador (TEIXEIRA, 2006).

Especificamente sobre a Vigilância Sanitária, os profissionais envolvidos devem exercer sua função no sentido de mediar os interesses da saúde, cabendo-lhes avaliar e gerenciar os riscos sanitários, de modo a proteger a saúde dos consumidores, do ambiente e da população como um todo. Enquanto campo de saberes e práticas voltadas para a proteção e defesa da saúde, vem evoluindo de uma concepção predominante normativa para a ampliação de sua área de ação, principalmente levando-se em conta o intenso desenvolvimento tecnológico experimentado nos últimos anos, com o aumento evidentes dos riscos, através da circulação de produtos e serviços (COSTA; ROSENFELD, 2000, p. 358).

Entretanto, enquanto “forma mais complexa de existência da Saúde Pública”, as ações da VISA perpassam todas as práticas médico-sanitárias como da “promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, além de atuar sobre fatores de risco associados a produtos, insumos e serviços relacionados com a saúde, ambiente de trabalho e circulação internacional de transporte, cargas e pessoas” (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 20).

Por fazer parte do SUS, a Visa tem caráter prioritário, visto que a natureza de suas ações é essencialmente de caráter preventivo e de proteção da saúde. Mas, será que as ações de vigilância sanitária estão sendo integradas às demais práticas do SUS com vistas a garantir a integralidade da atenção à saúde da população?



## 1.1 PROBLEMA, PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS DA PESQUISA

O desenvolvimento da atenção em saúde, na perspectiva de transformação do modelo, visando a integralidade da atenção à saúde da população, requer um conjunto de ações articuladas que incluem a atuação de vigilância em saúde, considerando as bases territoriais do sistema de saúde ou áreas de abrangência dos serviços. No entanto, cabem questionamentos de interesse para uma investigação sobre a prática: Como têm sido desenvolvidas as ações de vigilância sanitária em um distrito sanitário? As ações da Vigilância Sanitária têm se articulado ao processo de trabalho das equipes das Estratégias de Saúde da Família em Salvador? Em caso positivo, como tem se dado este processo? Quais os limites e possibilidades de articulação entre as práticas de Vigilância Sanitária e da Estratégia de Saúde da Família?

É importante destacar que a implementação da Estratégia Saúde da Família pode configurar um processo de reorganização do trabalho em saúde no nível local que implique uma integração de práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos com as práticas assistenciais. Ou seja, a implementação da ESF no âmbito dos Distritos Sanitários, base territorial do SUS, pode conformar um espaço de articulação de práticas que tem estado historicamente separada, como é o caso das ações de Vigilância Sanitária, que só mais recentemente vem passando por um processo de descentralização, sendo assumidas e realizadas, em diferentes graus, ao nível municipal.

Uma revisão de literatura a partir das bases de dados Scielo e Lilacs utilizou como recorte temporal os meses de janeiro de 1999 (ano de criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária) a setembro de 2017, e considerou um conjunto de descritores combinados - Vigilância da Saúde e Atenção Primária da Saúde, Vigilância em Saúde e Atenção Primária da Saúde, Vigilância Sanitária e Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Estratégia Saúde da Família e Vigilância Sanitária e Programa de Saúde da Família – evidenciando 30 trabalhos. A fim de identificar a aproximação destes estudos com o objeto de pesquisa aqui proposto foram selecionados 30 artigos publicados na língua portuguesa, os quais foram dispostos em uma matriz com os respectivos resumos e resultados. Tal busca apontou que 5 estudos (Apêndice 1) trouxeram certo distanciamento das ações da VISA com a APS (SILVA e TAVARES, 2011; RECKTENWALDT E JUNGES, 2017, ELIA e NACIMENTO, 2011; BISCARDE, 2016; SANTANA et al, 2013).

Diante desta lacuna, considera-se que uma investigação sobre a VISA e ESF possibilita a identificação dos limites e possibilidades de articulação entre as práticas de promoção e proteção da saúde e prevenção de riscos e agravos, implicando a identificação dos saberes

(conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) da VISA que podem estar sendo incorporados pela ESF, e como eles têm (ou não) interferido no processo de trabalho das equipes e, conseqüentemente, nas práticas desenvolvidas no âmbito da família. Esta temática é instigadora e desafiadora para alavancar uma ação de forma continuada que possibilite de fato, uma reflexão teórico-prática sobre ações implementadas no território, que não ocorrem somente pela difusão de propostas de mudança nos comportamentos, ou seja, nos “estilos de vida” das pessoas, mas também nos “modos e condições de vida”, que incluem o acesso, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde.

Assim, constitui objetivo geral deste estudo: Analisar as ações de Vigilância Sanitária e o (s) modo (s) como estas têm se articulado (ou não) ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário em Salvador. Tendo por objetivos específicos:

- Descrever as ações da vigilância sanitária desenvolvidas em um distrito sanitário na percepção dos gestores e profissionais da saúde;
- Conhecer as percepções de gestores e profissionais da saúde sobre a atuação na VISA no âmbito distrital e da ESF;
- Identificar as interfaces da vigilância sanitária com o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família em um Distrito Sanitário da capital baiana;
- Discutir limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF.

Portanto, essa investigação aborda um problema relativamente original pela escassez de estudos relacionados a temática. O trabalho é relevante porque o tema se insere no debate sobre a integralidade da atenção/integração e articulação das práticas de saúde e dos princípios finalísticos do SUS.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo consta um breve referencial teórico, o qual está estruturado em quatro tópicos, em que são abordados alguns aspectos e características que possibilitam a compreensão de assuntos diretamente ligados ao objeto deste estudo, a saber: a proposta de vigilância da saúde para a integralidade da atenção; a saúde da família como estratégia e lócus de prática no território; a vigilância sanitária em sua complexidade e desafio de articulação de suas práticas; e, finalmente, o processo de trabalho apreendido a partir dos seus elementos constitutivos.

### 2.1 VIGILÂNCIA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

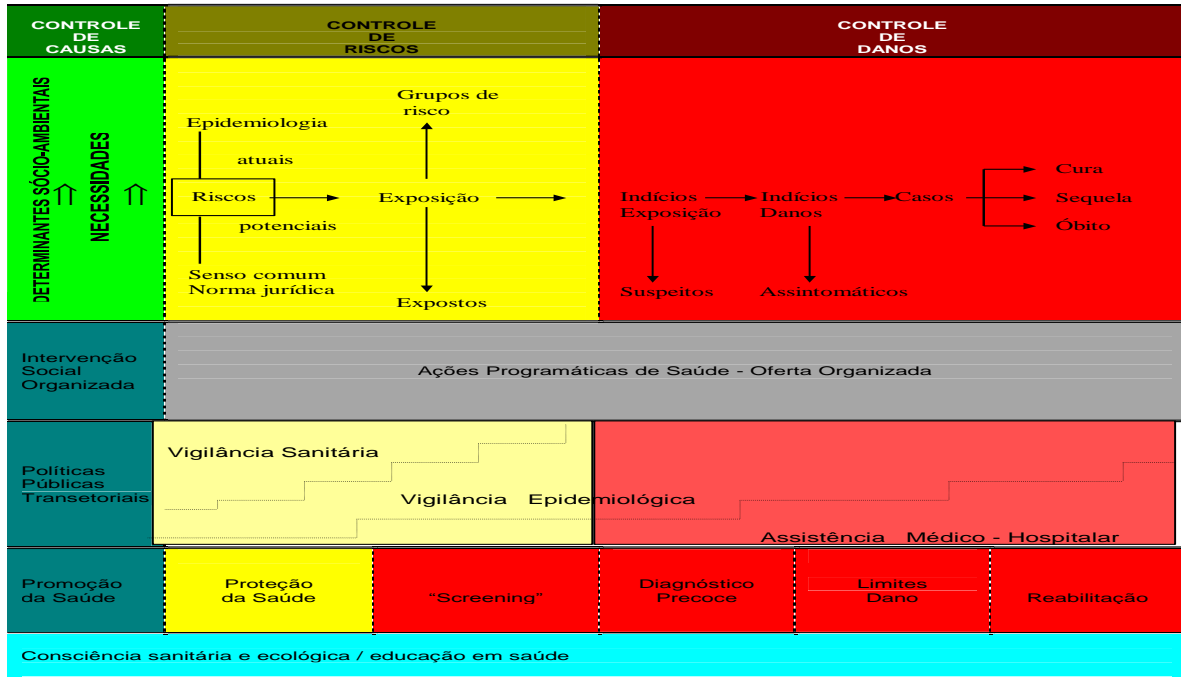
A noção de vigilância em saúde apresenta diferentes vertentes: uma que a entende como sinônimo de análise de situações de saúde; outra que a considera uma integração institucional das “vigilâncias em saúde”, no plural, por se reconhecer a existência das vigilâncias epidemiológicas, ambiental, sanitária e em saúde do trabalhador, e que elas se configuram de forma diferenciada no SUS e têm modos de atuação diversos: e outra, como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, em territórios delimitados, para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (PAIM, 2003).

Nesta terceira vertente, a noção de Vigilância em Saúde tem como bases conceituais e metodológicas a noção de Território (UNGLERT, 1993), entendido como Território-processo (Mendes; Teixeira, 1993). O Planejamento e a Programação Local em Saúde – PPLS (Teixeira, 1993) e a noção de práticas/processo de trabalho em saúde, a qual recobre o conjunto de ações promocionais, preventivas, assistenciais e reabilitadoras (Paim, 1993; 2002; Teixeira; Vilasboas, 2002), destacando-se a coresponsabilização da equipe de saúde e da população-alvo do cuidado, com vistas à construção social das demandas e das necessidades em saúde, resultando numa reorganização das práticas para superar as respostas meramente assistenciais (BRASIL, 2011).

O Diagrama da Vigilância da Saúde (PAIM, 1994) apresentado a seguir, sistematiza a proposta de articulação das diversas práticas de saúde, tendo em vista a integralidade da atenção dos indivíduos e grupos populacionais que vivem e trabalham em áreas específicas do território dos Distritos Sanitários. Pode-se observar inclusive que o diagrama contempla a possibilidade

e a necessidade de articulação entre as diversas práticas de vigilância – epidemiológica e sanitária - e as ações assistenciais.

**Figura 1 - Diagrama da Vigilância da Saúde**



Considerando que este Diagrama foi elaborado antes da criação do PSF/ESF, pode-se atualizar a compreensão das possibilidades de articulação e integração das práticas de saúde, incorporando as ações desenvolvidas no âmbito das unidades de atenção primária localizadas no território dos Distritos Sanitários. Vale ressaltar que estas ações, deveriam contemplar ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência e reabilitação no nível primário de atenção e, portanto, podem e devem se articular as ações de vigilância em saúde desencadeadas a partir de outros níveis organizacionais do sistema de saúde, a exemplo do nível central das Secretarias Municipais de Saúde, que tem assumido a responsabilidade pelas ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Desse modo, é possível pensar na possibilidade de integração e/ou articulação das práticas de VISA com o processo de trabalho das equipes de ESF, que pela incorporação destas práticas pelas equipes de SF, quanto pela articulação das ações realizadas pelas equipes de VISA no território dos DS.

**2.2 SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL**

A origem do PSF/ESF radica no debate internacional sobre Atenção Primária à Saúde, cujo marco foi a Conferência de Alma-Ata, em 1978 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). No Brasil, nos anos 70, os Programas de Extensão de Cobertura (PECS), avançaram com a implantação de serviços básicos, especialmente nas periferias das grandes cidades e nas zonas rurais (BRASIL, 2011).

No contexto de construção do SUS, colocou-se a necessidade de reestruturar o primeiro nível da atenção, âmbito no qual situaram-se o PACS, lançado em 1991, e o PSF, criado em 1994 (BRASIL, 2003 apud GIOVANELLA et al, 2008).

O PSF propôs uma atenção calcada nos seguintes princípios: estabelecimento de vínculos e co-responsabilização entre profissionais de saúde e população; definição do objeto-alvo da atenção à família, entendida a partir do ambiente e espaço geográfico em que vive; a responsabilização por uma população adscrita e uma intervenção em saúde que extrapole os muros das unidades de saúde, visando o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população adstrita desenvolvendo ações integrais de saúde sobre indivíduos, famílias, meio ambiente e ambiente de trabalho (BRASIL, 1997).

Em 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica, que expressamente assume a Saúde da Família como estratégia para reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 2006). Assim, o Ministério da Saúde apresenta a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde do Brasil, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde, além da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Em nova versão publicada em 2011, a Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como estratégia prioritária:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem proteção, promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação da saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, tendo ainda na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2011, p. 3).

Quanto à versão mais recente da Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2017, os serviços a ela relacionados constituem-se como porta de acesso ao sistema de saúde, mantém-se a consideração pela sua expansão e consolidação, no entanto, apresenta algumas novidades, por exemplo, a constituição das equipes de Atenção Básica com flexibilização da

quantidade de profissionais e da presença de agentes comunitários de saúde, também a denominação do gerente e suas competências. Ainda, nos termos da política, consta dentre outros aspectos, a integração entre Vigilância em saúde e atenção primária/atenção básica (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar a manutenção dos princípios da resolutividade (universalidade e integralidade) e longitudinalidade, o que traduz o compromisso do profissional com o usuário no território, que pela portaria passa a ser o coordenador do cuidado, de modo que a atenção primária é a ordenadora das referências e a equipe precisa ter compromisso com o usuário nesse caminhar. Para sua operacionalização no nível territorial, consta na PNAB a autonomia conferida ao Gestor Municipal para definição de suas prioridades e suas diretrizes locais, além da responsabilidade pela alimentação das informações no sistema a fim de evitar o bloqueio dos recursos (BRASIL, 2017).

Portanto, a expansão da Atenção Básica, e em particular da estratégia Saúde da Família, tem provocado um importante movimento com o intuito de transformar o modelo de atenção em saúde no SUS, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas, objetivando desenvolver uma atenção integral com impacto na situação de saúde, bem como nos determinantes sociais da saúde. Enquanto proposta alternativa, tenta romper com as concepções de saúde e de serviço tradicionais, uma vez que amplia os sujeitos, coloca como objeto a saúde (determinantes/riscos/danos/necessidades) individual e coletiva, e fortalece espaços de participação popular. Além disso, propõe a reorganização das práticas pautadas a partir da atenção primária, mas garantindo integralidade das ações e todos os níveis de atenção. Para tanto, privilegia áreas como Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador (TEIXEIRA, 2006).

### 2.3 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

No Brasil, a Vigilância Sanitária (Visa) originou-se nos séculos XVIII e XIX, com o surgimento da noção de “polícia sanitária”, que tinha como função regulamentar o exercício da profissão, exercer o saneamento da cidade, fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos a fim de vigiar a cidade para evitar a propagação das doenças (DE PAULA, 1998).

No final do século XIX, a vigilância sanitária passou por uma reorganização institucional, criando-se uma secretaria específica no Ministério da Saúde, unificando vários

campos de práticas e integrando o campo da Saúde Coletiva. Nesse momento, ainda era compreendida como um segmento específico do sistema público de saúde, de articulações complexas de natureza jurídico-político, econômica e médico-sanitário, sendo estruturada pelo Estado para proteção e defesa da saúde (COSTA; ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Ao longo do tempo, essa noção se rearticulou e se modificou, pelo menos na forma de interpretar os eventos, ao incorporar as várias novas noções que vão surgindo, como aquelas originadas na era bacteriológica, no período da introdução da terapêutica. Mais tarde, com as teorias sistêmicas e do planejamento, configuram-se os sistemas de vigilância à saúde, até a incorporação em sua função de controle do conceito de defesa da cidadania, do direito do consumidor (DE PAULA, 1998).

Com o processo de RSB e o reconhecimento ao direito à saúde, incorporado na Constituição Brasileira de 1998, as ações da Visa foram incluídas como área de competência do SUS, estabelecida no artigo 200 da Constituição Federal (CF) e definidas conforme o artigo 6º, parágrafo 1º, a Lei 8.080/90 como:

um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990).

De acordo com a legislação municipal - Lei nº 5.504/99, a vigilância Sanitária, no seu nível de competência, tem atuação ampla, para além dos serviços de saúde, incluindo aqueles estabelecimentos, ambientes, produtos e equipamentos, que têm relação direta ou indireta sobre a saúde das pessoas:

- I- Higiene das habitações e dos estabelecimentos que direta ou indiretamente exerçam ou prestem serviços de interesse para a saúde;
- II- O controle e fiscalização do meio ambiente, nele incluído água de consumo e destino do lixo;
- III- Os processos e ambientes de trabalho, da habitação e do lazer;
- IV- Os problemas e situações higiênico-sanitárias decorrentes da produção, extração, beneficiamento, fracionamento, manipulação, armazenamento, dispensação, acondicionamento, esterilização, uso, comercialização, importação, exportação, distribuição e transporte de bens de consumo, tais como: a) alimentos, água e bebidas de consumo humano; b) medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos; c) saneantes – domissanitários; d) cosméticos; e) utensílios e equipamentos de interesse para a saúde; f) substâncias psicoativas, tóxicas e radioativas.
- V- Atividades que utilizem, apliquem ou empreguem radiação, em colaboração com o Estado e a União;
- VI- Sangue e hemoderivados, completamente às ações da União e do Estado;
- VII- Portos e aeroportos, em complemento com a União e ao Estado;
- VIII- Ecologia ambiental (SALVADOR, 1999, p.5-6).

Nos últimos anos, a vigilância sanitária sofreu marcantes transformações em seu modelo institucional e de atuação. As principais delas foram: à criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, e, diminuição do distanciamento histórico entre a vigilância sanitária e as práticas de saúde (FERNANDES; VILELA, 2014). Entretanto, até hoje persistem muitas dificuldades para a composição de um arranjo sistêmico para o chamado Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS (LUCCHESI, 2001; DE SETA, 2010).

O modelo desenvolvido pela Visa, no Brasil, criado para regular as relações produção-consumo tem se baseado no poder de polícia<sup>1</sup> (COSTA; ROZENFELD, 2000, p.17) com pouca visibilidade para o público e até mesmo para os profissionais de saúde. Sua ação mais visível é a fiscalizadora, mesmo quando insuficientemente exercida. Para que a Visa possa cumprir suas finalidades, num universo abrangente, dinâmico e complexo, suas práticas devem articular-se, integrar-se estrategicamente ao conjunto das práticas sanitárias, como o uso concomitante de vários instrumentos, com participação e controle social (COSTA; ROZENFELD, 2000 p.22).

## 2.4 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

No Brasil, os primeiros teóricos a trabalhar com a teoria do processo de trabalho em saúde foram Maria Cecília Donangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. Para Mendes-Gonçalves (1992) processo de trabalho em saúde é o “modo de organizar os serviços a fim de atender às necessidades de saúde dos usuários, ou, à configuração e ao reconhecimento de novas necessidades”. Em seus estudos, o autor analisa a conformação dos elementos constituintes do processo de trabalho, quais sejam: objetos, instrumentos materiais/intelectuais (saberes) e a atividade humana – sujeito, enfatizando que esses elementos estão articulados (MENDES-GONÇALVES, 1979; 1992; PEDUZZI, 2002). Acrescenta-se, portanto, a necessidade da articulação de tais elementos, que não devem ser separados, para que a relação se configure em um dado processo de trabalho (PEDUZZI, 2002).

Segundo Mendes-Gonçalves (1992, p.53), o objeto de trabalho é o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho; e, os instrumentos (meios de trabalhos) são constituídos pelos sujeitos que ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto.

---

<sup>1</sup> Segundo Di Pietro, 1990 apud Fortes (2006, p.65) poder de polícia é “uma atividade estatal exclusiva, cujo objetivo é evitar consequências anti-sociais: restringe ou condiciona as liberdades ou a propriedade individual, justando-a ao interesse público da coletividade, e o faz em nome da supremacia do interesse público sobre o individual” (UFC/ANVISA, 2015, p.10).



Nesse sentido, o sujeito (agente) pode ser interpretado como instrumento do trabalho e, imediatamente como sujeito da ação, na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2008 p. 322).

Peduzzi e Schraiber (2008, p. 323) corroboram com Mendes-Gonçalves, afirmando que “processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica da prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde”, os quais, segundo Sampaio (2012), enquanto agentes, se organizam para produzir serviços para a prestação da assistência individual e coletiva tendo em vista a obtenção de produtos e resultados decorrentes da prática.

A partir dos anos 90, estudos sobre processo de trabalho em saúde passam a abordar novas questões, colocadas tanto pelas mudanças do mundo do trabalho – “a flexibilização e precarização das relações de trabalho, que acarretaram novas formas de regulação realizada pelo Estado e pelo setor privado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho – como por questões peculiares ao campo da saúde no contexto contemporâneo do trabalho – a integralidade da saúde e a autonomia dos sujeitos – usuários e trabalhadores” (PEDUZZI, 2007, p.15). Diante desses contextos, a autora, considera que, a fragmentação da assistência e do cuidado em saúde é um problema relevante tanto no que se refere a eficiência dos serviços prestados e à sua necessária racionalização, como à sua eficácia e efetividade, isto é, à sua capacidade de produzir resultados melhores e mais abrangentes, p.28.

Nessa perspectiva é possível caracterizar a prática-processo de trabalho das equipes de saúde da família, tratando de identificar seus objetos de trabalho, os instrumentos utilizados e, principalmente, as ações realizadas, tratando de identificar como esses sujeitos, isto é, os membros da equipe de SF – médico, enfermeira, odontólogo, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, - identificam as necessidades de saúde da população, se levam em conta os riscos sanitários a que esta população está exposta a ponto de buscar algum grau de articulação com as equipes responsáveis pelas ações de vigilância sanitária no território dos Distritos Sanitários.

### **3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

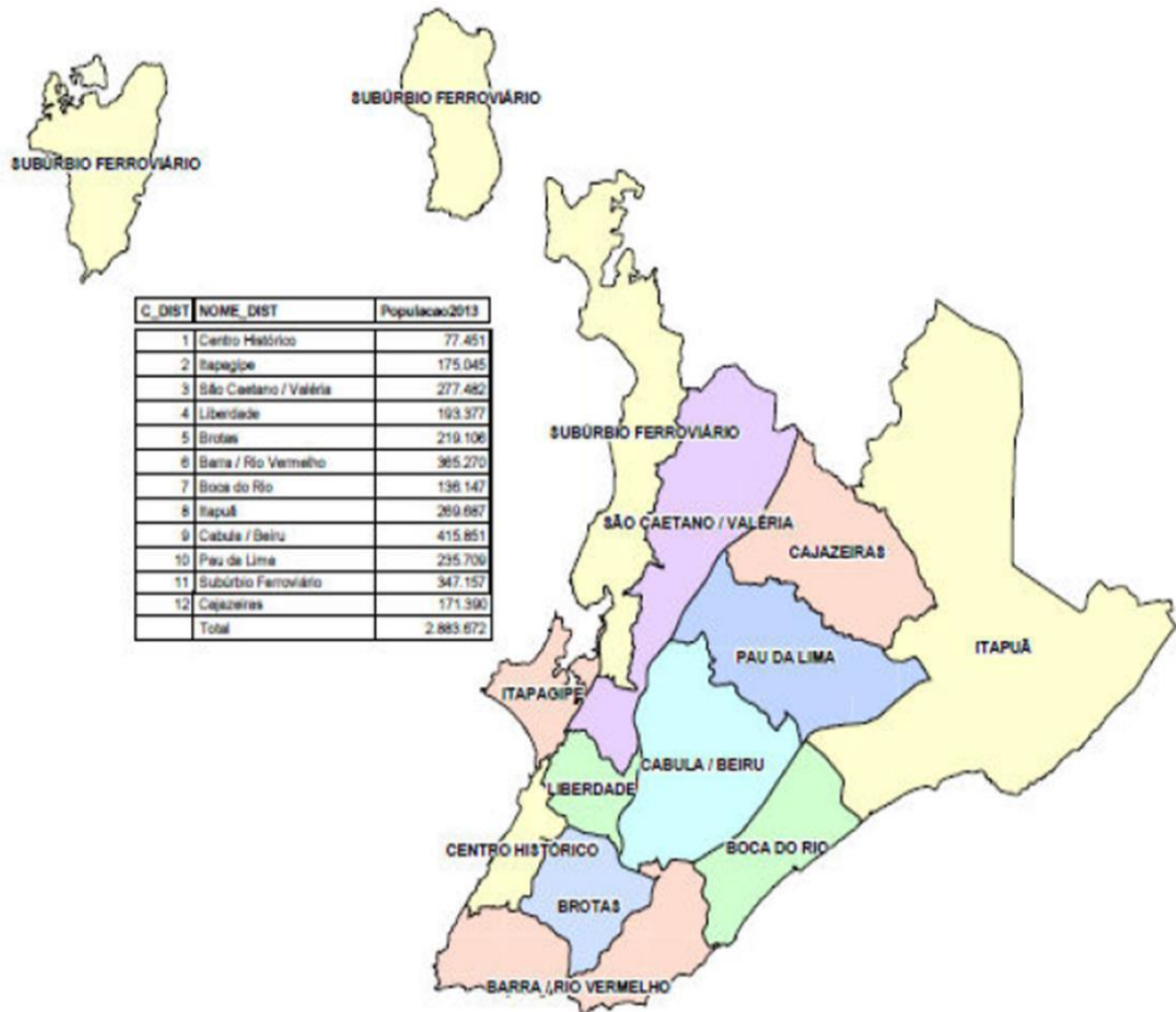
#### **3.1 TIPO DO ESTUDO**

Este estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa (MINAYO, 2006; MINAYO, 2011) buscou analisar as ações de Vigilância Sanitária e o (s) modo (s) como estas têm se articulado (ou não) ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário em Salvador.

#### **3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO**

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 693,3 km<sup>2</sup>. A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas, denominadas Prefeituras Bairros e 12 Distritos Sanitários (Mapa 01). Do ponto de vista regional, o município integra a Região Metropolitana de Salvador (RMS), ao lado dos municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz. Em relação ao Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia, pertence à Macrorregião Leste, Região de Salvador e a 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES, atual NRS – Núcleo Regional de Saúde), sendo referência para os municípios da macrorregião de saúde, e também para outros estados em relação aos procedimentos (atendimentos) de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (SALVADOR, 2014, p. 22).

**Mapa 1** - Mapa dos Distritos Sanitários do município de Salvador



Fonte: SMS/NTI

De acordo com o Plano Municipal de Salvador (2014), o Município de Salvador possui uma população em torno de 2.883.672 habitantes, sendo a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil (IBGE, 2013), além de comandar a sexta região metropolitana brasileira em termos demográficos. Em termos de densidade demográfica ocupa o quarto lugar, com o equivalente a 3.859,44 hab./km<sup>2</sup> (SALVADOR, 2014).

Segundo Fernandes (2006) por ser a capital do estado e o município de maior dinâmica econômica, Salvador atrai pessoas migrantes do interior do estado, e suas áreas centrais possuem espaços mais densamente povoados, que muitas vezes configuram bairros com condições mais precárias de moradia, onde se estabelecem tanto os novos moradores da cidade como aqueles que não têm acesso às moradias de elevado custo, mais próximas à orla e aos locais turísticos.

### **3.2.1 Caracterização da Estratégia Saúde da Família em Salvador**

A Secretaria Municipal de Salvador (SMS) implantou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2002 enquanto proposta de reorganização da atenção na rede básica de saúde, entendendo-a como porta de entrada e ordenadora do cuidado no SUS municipal. De 2002 a 2013, a cobertura populacional da ESF no município de Salvador passou de 3% (20 EqSF) para 23% (179 EqSF), contribuindo para o alcance de 31,4% de cobertura de Atenção Básica (DAB/SAS/MS, 2013).

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Salvador (PMS-SSA 2014-2017), publicado em 2014, a rede de atenção básica estava composta por 112 unidades de saúde, sendo 51 UBS sem SF e 61 com a ESF (SALVADOR, 2014). No ano de 2008, foram implantados os dois primeiros núcleos nos DS do Subúrbio Ferroviário e Barra/Rio Vermelho, já em 2010, foram implantados mais seis núcleos (Subúrbio Ferroviário – 02, Itapuã – 01, São Caetano/Valéria - 01, Cabula/Beirú – 01 e Cajazeiras – 01) (SALVADOR, 2014). Dados do mês de março do ano de 2017, disponíveis na Sala de Apoio e Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) apontam que estão implantadas 233 equipes de saúde da família e 08 equipes de NASF em Salvador.

Neste contexto, o município do Salvador optou pelo modelo de Vigilância da Saúde, para a reestruturação da rede de atenção à saúde, conforme explicitado na lei 6.586/04 que institui o Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU), legitimado no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, sendo que este define a Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganização dos serviços no território soteropolitano (SALVADOR, 2013).

Com base no relatório final da XII Conferência Municipal de Saúde de Salvador nota-se que um dos grandes desafios é a reorganização do processo de trabalho das equipes de SF com intuito de garantir que as unidades definam o processo de trabalho de modo a ofertar ações e serviços de saúde mais coerentes às necessidades da população (SALVADOR, 2013).

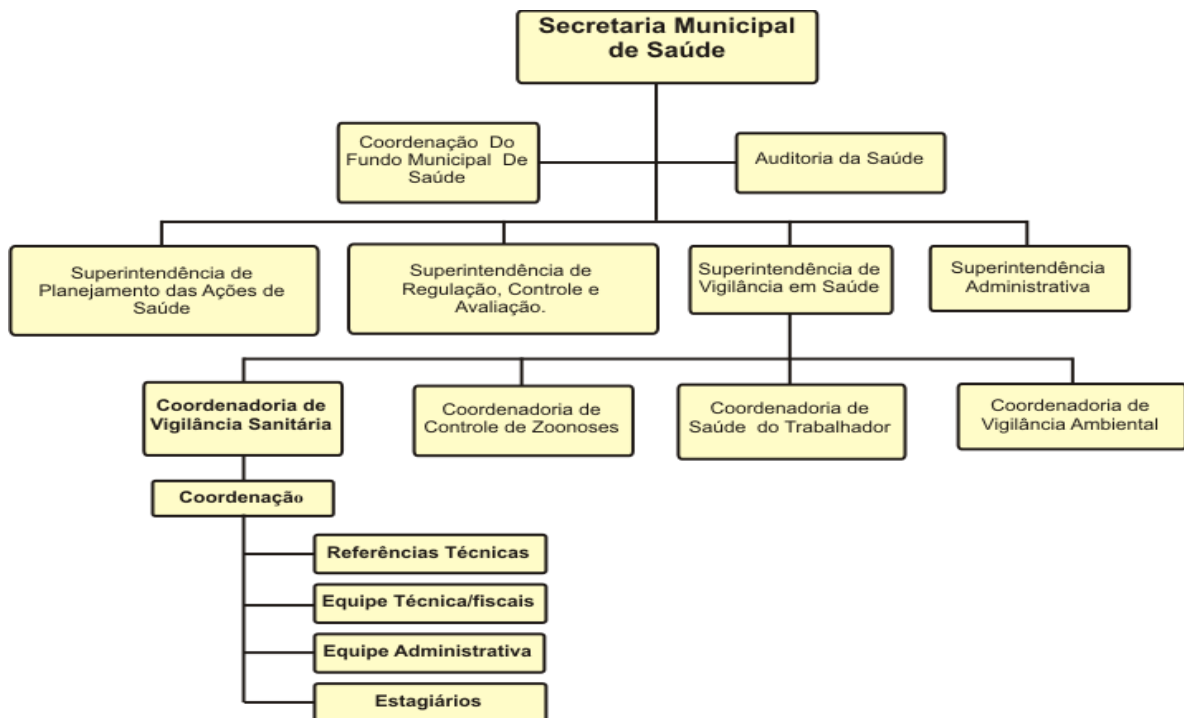
### **3.2.2 Caracterização Geral da VISA em Salvador**

A VISA começou a ser municipalizada em Salvador na década de noventa, período em que a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador sofreu um processo de mudanças, reflexo da descentralização e municipalização dos serviços de saúde estimulada pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs).

Em 1998, o município de Salvador foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica (SALVADOR, 2000) assumindo ações que eram de responsabilidade do Estado, destacando-se a incorporação das unidades básicas de saúde à sua rede, assumindo assim, 12 distritos sanitários, ampliando as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e controle de zoonoses. Nesse mesmo ano assume novas ações: transporte, armazenamento e distribuição de saneantes, produtos de higiene, cosméticos, medicamentos, correlatos; o controle de serviços de abastecimento de água; óticas; cemitérios e farmácias (LEAL, 2007). Logo, em 1999 foi aprovado o primeiro Código de Saúde do Município pela Câmara Municipal, com avanços para a área de vigilância sanitária.

Em 2003 Salvador habilita-se na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e começa a desenvolver ações de média complexidade, inclusive a VISA, em serviços de saúde que não desenvolviam procedimentos invasivos, dando seguimento ao processo de descentralização para o nível distrital, descentralizando assim, da Vigilância Sanitária do Nível Central para os Distritos Sanitários de Pau da Lima, Cabula/Beirú, Liberdade e Itapagipe (SALVADOR, 2010). Em 2006, Salvador habilita-se na Gestão Plena do Sistema Municipal. Atualmente, a VISA de Salvador encontra-se, segundo Regimento Interno da SMS, estruturada da seguinte forma:

**Figura 2 – Organograma da Secretaria Municipal de Salvador**



### 3.2.3 Caracterização do DS selecionado

O DS selecionado foi um dos primeiros distritos em que se deu o processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária em Salvador (SALVADOR, 2010), assim, atende aos seguintes critérios de inclusão: ter mais de 10 anos de experiência de desenvolvimento das ações de VISA sob responsabilidade do DS; estar entre os quatro DS que mais cedo assumiu a descentralização das ações de VISA em Salvador.

Diante dos objetivos propostos, também foi incluído como campo para o desenvolvimento desta investigação uma unidade de saúde da família indicada pela coordenação da Atenção Básica e VISA do âmbito distrital. Assim, tal indicação foi solicitada devendo-se considerar o tempo de funcionamento da unidade (estar no conjunto das primeiras unidades de APS inauguradas no distrito) e ter mais de uma equipe de Saúde da Família na unidade, se constituindo, portanto, nos critérios de inclusão da (s) unidade (s) de saúde.

No DS selecionado estão alocados serviços públicos de saúde, dentre eles, unidades da Atenção Básica, unidade de atendimento da rede complementar e Hospital da rede SUS/rede complementar. O distrito oferece serviços de: controle da diabetes milicos, saúde bucal, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, vacinação, posto de coleta (laboratorial), serviço social, nutrição, dentre outros (SALVADOR, 2017).

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo 16 pessoas, dentre gestores (coordenadores e gerente) da VISA e ESF, profissionais da Vigilância Sanitária (“Fiscais de controle sanitário” responsáveis pelas inspeções sanitárias nos estabelecimentos de interesse à saúde) e da Estratégia Saúde da Família (médicos, enfermeiros e odontólogo) no âmbito do distrito selecionado, bem como representante da VISA no âmbito central.

Assim, o coordenador da VISA distrital, o representante da VISA central os técnicos da VISA e o gerente da USF foram considerados informantes-chaves, os quais foram incluídos intencionalmente dado o objeto de pesquisa. Quanto aos profissionais das equipes de Saúde da Família foram incluídos na pesquisa por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: estarem em atuação profissional na USF, e, portanto, no DS há pelo menos 6 meses ininterruptos (por exemplo: não ter gozado férias nesse período ou qualquer licença); aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Os entrevistados estão identificados pela letra E e um número sequencial, de modo que os informantes-chaves correspondem aos participantes E1 à E5 e os demais, E6 à E16.

### 3.4 PROCEDIMENTOS, MÉTODOS E TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DOS DADOS

Para o desenvolvimento deste estudo realizaram-se entrevistas semiestruturadas complementadas por revisão documental.

- a) **Entrevistas semiestruturadas:** foram realizadas mediante a utilização de roteiros (Apêndices 2) elaborados com o intuito de “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa” (MINAYO, 2011, p. 64). Os relatos foram gravados com o software de gravação através do aparelho celular, em seguida foram transcritas, organizadas em uma matriz e codificadas para análise (Apêndice 3).
- b) **Revisão documental:** o quadro a seguir apresenta os documentos disponibilizados para o desenvolvimento da investigação e análise.

**Quadro 1 - Lista de documentos por código disponibilizados para revisão documental.**

<b>Código</b>	<b>Documento</b>
Doc1	Lei Municipal nº 5504/1999 - Institui o Código Municipal de Saúde
Doc2	Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (versão preliminar)
Doc3	Roteiro de inspeção em Unidades Básicas de Saúde (SMS/SSA)
Doc4	Notificações da VISA/DS
Doc5	Relatórios Técnicos da Vigilância Sanitária (VISA/DS)
Doc6	Relatório emitido por um gerente de unidade da APS como justificativa à VISA quanto ao não atendimento de algumas recomendações

Fonte: Doc1 e Doc2 disponíveis *on line*; Doc3, Doc4, Doc5 e Doc 6, disponibilizados pelos entrevistados.

### 3.5 PLANO DE ANÁLISE

A partir da produção dos dados, mediante análise das entrevistas complementadas pela revisão documental, todo o material foi organizado em matrizes, e seguiram as etapas de leitura, processamento, identificação de categorias e análise à luz do referencial teórico.

As categorias identificadas e discutidas a seguir com base nos achados e referencial são as seguintes:

- Objetivos, ações e responsabilidades da Visa no distrito sanitário;
- Ações das equipes de saúde da família relacionadas à VISA;
- Integração e articulação no passado e para o futuro e iniciativas do presente;
- Limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF.

### 3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Todos os aspectos éticos foram considerados para o desenvolvimento deste estudo em respeito aos critérios estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e na Resolução nº 510/2016, esta última que trata sobre normas e procedimentos metodológicos que envolvem a "utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana".

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva e aprovado conforme parecer nº 2.420.372 e CAE nº 79490217.0.0000.5030 A produção dos dados de campo - mediante a realização das entrevistas e o acesso aos documentos - foi realizada após autorização do CEP/ISC/UFBA e sob anuência da Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-Bahia.

O presente estudo não fere os princípios éticos da justiça, equidade e autonomia. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver Apêndice 4), após esclarecimento sobre as propostas do estudo e concordância da participação e gravação de voz dos entrevistados.

Considerando as disposições das Resoluções de nº 466/2012 e 510/2016, a fim de minimizar o eventual desconforto decorrente da pesquisa - risco de constrangimento por não se sentir à vontade em relação às questões - realizaram-se as entrevistas em local privativo, ainda que no espaço de trabalho; assim, assumiu-se o compromisso de "não criar, manter ou ampliar as situações de risco".

Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados deste estudo consistam em subsídio para continuidade do processo de implantação e avaliação de ações pelas instituições e



profissionais envolvidos, uma vez que poderão possibilitar adequações da continuidade dos processos de Vigilância Sanitária.

A fim de socializar o relatório desta pesquisa e contribuir para a reflexão sobre as potencialidades e dificuldades para as ações de articulação entre a Vigilância Sanitária e a Estratégia Saúde da Família, os resultados deste estudo serão apresentados em espaço e local sugerido pela Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal.

Para divulgação dos resultados de modo mais amplo, este estudo também será publicizado em formato de artigo científico e/ou resumos através de espaços e meios de divulgação, preservando os aspectos éticos aqui destacados.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

### 4.1 OBJETIVOS, AÇÕES E RESPONSABILIDADES DA VISA NO DISTRITO SANITÁRIO

Os relatos e os documentos revelaram sobre os objetivos, as ações e as responsabilidades das equipes de vigilância sanitária, bem como, sua atuação no distrito sanitário e a interlocução de suas atividades com as práticas das equipes de Saúde da Família.

A maioria dos participantes entrevistados relacionaram os objetivos da VISA com a regulação<sup>2</sup> e a autoridade no desenvolvimento das ações.

Nós regulamos os serviços, ou seja, é **órgão regulador** que atua na área de interesse a saúde, atua **regulando serviços e produtos**. Então tudo que é serviços, tudo que é produto que de alguma forma tem relação com a saúde, então nós estamos presentes em tese. (E2)

[...] a vigilância sanitária tem que ver toda questão sanitária de **fiscalização**, de alimentos, saúde, tudo [...]. (E15)

A Vigilância Sanitária tem por objetivo regular e desempenhar o controle sanitário da produção e consumo de bens e serviços de processos e ambientes, além da proteção da saúde dos usuários, dos serviços e trabalhadores de saúde contra o risco de diversas naturezas (COSTA; SOUTO, 2014), inclusive aqueles relacionados a iatrogenias ou agravos relacionados com as atividades profissionais (COSTA, 2013). O papel regulador foi referido por E2 que afirmou a VISA como “órgão regulador” com atuação sobre serviços e produtos relacionados direta ou indiretamente à saúde, e que, portanto, constituem ações sob sua responsabilidade.

Segundo Costa (2013), a vigilância sanitária constitui uma instância social de mediação entre a produção de bens e serviços e a saúde da população, assim a regulação sobre tais relações

---

<sup>2</sup> Regulação é um termo polissêmico, mas os sentidos em dicionário o circunscrevem em funções atribuídas à vigilância sanitária: estabelecer regras, sujeitar a regra, dirigir; encaminhar conforme a lei; esclarecer e facilitar, por meio de disposições, a execução da lei; estabelecer ordem, ajustar, conter, moderar, reprimir (COSTA, 2009, p. 15)

Outros sentidos de “regulação” no sistema de saúde brasileiro são: a) regulação da oferta de serviços de saúde, com a conformação de redes assistenciais: diferenciação dos níveis de atenção; base territorial com população adscrita; definição de linhas de cuidado e elenco de procedimentos; b) regulação da demanda e do acesso (normatização, diretrizes, protocolos), de cujo âmbito fazem parte as Centrais de Regulação; autorização prévia – internações e procedimentos de alto custo; supervisão, controle e auditoria e c) regulação do cuidado, ou seja, a qualificação da assistência prestada; acolhimento; vínculo/responsabilização etc (COSTA, 2009, p. 33).

se caracterizam como função mediadora entre os interesses da saúde e os interesses econômicos, desse modo, revela-se o controle da VISA e sua intervenção nas atividades de mercado (SOUZA, 2007). Por exemplo, a VISA regula serviços de caráter público ou privado, representando vários ramos do setor produtivo, sejam eles complexo médico industrial, de serviços, de saneantes, alimentos e outros (COSTA, 2009).

Enquanto objetivo da VISA, a “redução do risco” foi destacada pela maioria dos informantes-chaves. Para E1, “[...] está **minimizando risco** para população, para mim esse é o principal objetivo da vigilância sanitária”. O risco, em Epidemiologia, é compreendido como efeito de probabilidade de ocorrência de um evento em um período de observação em uma determinada população (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2014). Para a vigilância sanitária, o risco é a “possibilidade de ocorrência de evento que poderá trazer danos para a saúde, como exemplo um produto, um processo, um serviço ou um ambiente, podendo ser direto ou indiretamente à saúde” (COSTA, 2009, p.14), de modo que agentes biológicos, químicos e radiológicos podem trazer uma ameaça à segurança sanitária.

E1 acrescenta sobre “a redução de risco para a população [...], que a vigilância sozinha ela não faz isso, na verdade tem que estar atuando cada dia mais no que a gente chama vigilância em saúde, Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Vigilância Epidemiológica (VE)”. Tal objetivo, portanto, demanda ações de diversos profissionais nos demais serviços da saúde, segundo E1. Trazendo à discussão essa perspectiva do entrevistado, evidencia-se a necessidade de um diálogo entre os componentes da vigilância, fortalecendo assim a capacidade de gerenciamento do sistema de maneira mais integrada. A proposta de Vigilância em Saúde (VS) tem enfrentado inúmeros desafios na busca de novas formas da operacionalização de práticas que considerem as complexas dimensões do processo saúde-doença. Ainda que existam avanços das ações de vigilância nos últimos anos, a reorganização das práticas caracteriza um modelo em que áreas ou setores estão divididos nas estruturas formais organizativas e são distintos, inclusive cada setor atua voltado para seu objeto de atenção (ARREAZA; MORAES, 2010).

Na perspectiva dos entrevistados, cabe a VISA uma diversidade de ações no âmbito do território de atuação da Estratégia Saúde da Família, como evidenciados nos seguintes relatos:

**[...] a gente faz investigações em domicílio, as notificações, a gente consegue identificar e aqui nesse distrito particularmente a gente tem recebido feedback**, eu mesmo nunca tive, eu acho que o papel dele é importante é fundamental e tem ajudado muito a gente, mais importante papel de controle, de investigação, e prevenção, prevenção de doenças. (E13)

[...]a gente vai **averiguar essas denúncias**, até mesmo solicitações dos serviços regulados por que precisa de uma licença de funcionamento sanitário. [...] Então, fazemos **visita** [...]. (E2)

A gente **analisa a estrutura física, os procedimentos** como eles estão sendo realizados, **se estão de acordo com as normas** previstas, as normas de biossegurança e a questão da saúde do trabalhador e etc. Tem sido dessa forma. (E2)

Nós **detectamos** quais são as **situações que não estão dentro da conformidade**, dentro da legislação sanitária vigente [...]. (E3)

**Intermediando, mostrando a situação da comunidade** trazendo para gente as demandas, **mostrando o efeito da nossa atuação**. (E9)

Importante para **adequação das normas, todos os protocolos**, para o funcionamento correto preconiza a ANVISA. (E10)

Os informantes-chaves destacaram, dentre as ações e responsabilidades da VISA: averiguar denúncias (E2); visitas (E2); atender solicitações dos serviços regulados por que precisa de uma licença de funcionamento sanitário (E2). Na perspectiva dos informantes-chaves, todas as ações citadas correspondem à VISA, caracterizadas pela sua diversidade no âmbito do território de atuação da Estratégia Saúde da Família.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, os relatos evidenciam como ações da VISA: vistoria (E7, E14), notificações e investigações (E13), orientação, processos, fiscalização, inspeção (E15). No entanto, para este grupo de participantes, a emissão de alvará é apontada como principal ação executada/percebida/vista no cotidiano da equipe da VISA. Sobre isso, a subcategoria (ver 4.1.1) apresentada na sequência tratará de tal discussão.

O desenvolvimento das ações e cumprimento das responsabilidades da VISA estão definidas em lei, inclusive, com competências e atribuições específicas aos diferentes níveis de governo, sendo em comum seu caráter fiscalizatório e regulador. Com destaque ao nível municipal, âmbito de execução das ações nesse estudo, o Doc1 - Código de Saúde de Salvador, em alinhamento à Lei 8.080, detalha como funções da Secretaria Municipal de Saúde, dentre outras, “obter, consolidar e analisar as informações de interesse à saúde relativa às condições sanitárias de habitações, estabelecimentos, serviços e meio ambiente, para subsidiar a organização, o planejamento, as ações e serviços de saúde no âmbito municipal” e “gerir, supervisionar e apoiar as ações de vigilância sanitária nas áreas de abrangência nos Distritos Sanitários”.

Sobre a articulação com outros setores para o desenvolvimento de ações de vigilância, ainda que alguns entrevistados tenham referido o Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), Ministério Público, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), educação como espaços e atores para a articulação de tais ações; boa parte dos entrevistados afirmou que, na sua perspectiva, o desenvolvimento articulado de ações intersetoriais inexistem (E4; E5), outros afirmaram não ver (E7; E11), ou “pode estar até acontecendo, mas pra nós é insuficiente” (E1).

Fora a Saúde mental, que eu tenho visto é saúde mental. Só, fora isso, não. **Até os distritos ficam um pouco distantes.** (E10)

Sim, a gente trabalha muito com **educação através do Programa de Saúde na Escola (PSE), tem também o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em Saúde Mental** a gente está tendo um bom trabalho com ele, e mais educação e a própria saúde. (E13)

Sim. Temos parcerias com o setor de educação, fazemos muito trabalhos nas **escolas.** (E15)

Com o setor de educação, o PSE que está cada vez mais consolidado. Todo ano a gente **planeja ações em conjuntas na escola com os diretores e faz essa integração,** com atendimento na unidade com atividade educativa. (E9)

Sobre tal articulação, o Doc1 refere que a VISA, “[...] através da Secretaria Municipal de Saúde, e em articulação intra e interinstitucional, exercerá ações de vigilância sanitária capazes de eliminar, reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde e ao bem-estar do indivíduo e da coletividade” (Art.53).

De acordo com O’Dwyer; Tavares e De Seta (2007) as ações de vigilância são desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, mediante trabalho de equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumam responsabilidade de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. Assim, Recktenwaldt e Junges (2017) corroboram com as autoras ao afirmar que as ações têm que ter uma lógica de trabalho integrado e articulado mediante ações que sejam baseadas na situação de saúde da população dentro do território, para além do espaço das instituições de saúde. Nesse sentido, E9 trouxe a possibilidade da VISA mostrar a situação da comunidade, apontando demandas para as equipes de SF, inclusive “intermediando”, trazendo as demandas a estes profissionais, e “mostrando o efeito da atuação” sobre a vida da população (E9).

Para o desenvolvimento de suas responsabilidades e ações, as equipes de VISA necessitam de conhecimentos, instrumentos e métodos de trabalho, conforme referem E1, E2, E3 e E4. Por outro lado, os relatos dos profissionais de saúde acusam restrito conhecimento sobre os meios de trabalho próprios da VISA, e, ainda afirmam sobre o desconhecimento destes na incorporação do seu próprio trabalho (E6; E9; E10; E16).

O conjunto de tecnologias de intervenção ou instrumentos de ação - instrumentos de trabalho - uns estão determinados em lei e outros integram outras práticas em saúde. ”Os principais instrumentos são: a legislação (normas jurídicas e técnicas), a fiscalização, a inspeção, o monitoramento, o laboratório, a vigilância de eventos adversos e outros agravos, a pesquisa epidemiológica, de laboratório e outras modalidades, e as ações em torno da informação, comunicação e educação para a saúde” (COSTA, 2009. p.27).

Quanto aos instrumentos referidos pelos participantes deste estudo, exemplificam-se: o instrumento de notificação (E2; E3; E4), o auto de infração ((E2; E4), o auto de apreensão e o auto de interdição (E4), inspeções (E1; E2; E14), vistoria (E14; E7), investigações (E13) e processos (E2). No Doc 1 consta a citação a tais instrumentos necessários à atuação e à intervenção pelos profissionais da VISA, inclusive, constituem-se como meios de registro e comunicação entre os profissionais da VISA e os trabalhadores e gestores do serviço/estabelecimento visitado.

#### 4.1.1 Atuação da Visa “Restrita” à Emissão de Alvarás em USF

Ainda que diversas ações tenham sido exemplificadas e referidas pela sua possibilidade de execução pelas equipes de vigilância Sanitária nos territórios dos distritos sanitários e na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família, este estudo revelou “certa restrição na atuação da VISA”, limitada a emissão de alvará, conforme evidenciam os relatos da maioria dos profissionais de saúde e por um dos informantes chave entrevistados.

Aqui eu **só vejo vigilância sanitária quando vai fazer o alvará**, não posso falar mais nada. (E5)

É pra ser muito importante, mas **não consigo visualizar o papel deles aqui na unidade**. (E7)

[...] essas unidades digamos assim que é necessário que elas também tenham um alvará sanitário, então a Secretaria Municipal da Saúde, o distrito sanitário, eles formalizam um processo e **nós vamos até essas**

**unidades inspecioná-las, notificá-las e possivelmente liberar esses alvarás ou não.** Basicamente a nossa integração desses grupos tem se dado dessa forma. [...] A nossa visita, é uma **visita esporádica, programada e solicitada pelo gerente** [...]. (E2)

Conforme revelam os relatos acima, o cumprimento da emissão de alvarás pelas equipes de VISA nos distritos de Salvador foi apontado como uma prioridade, dado o acordo “que foi firmado com o município e o Ministério Público para que todas as unidades de saúde, inclusive as USF tivessem alvarás de saúde” (E1; E4). No entanto, acrescenta que tal cumprimento tem como benefício a melhoria do serviço prestado à população, de modo que as visitas são oportunas para “estar melhorando a qualidade desse atendimento”.

[...] da questão que foi firmado com município e o Ministério Público para que todas as unidades de saúde inclusive as USF tivessem alvarás de saúde, [...] isso seria de imediato uma **estratégia que estaria beneficiando e melhorando o serviço prestado à população.** (E1)

O papel da vigilância sanitária no meu olhar hoje na unidade ele veio basicamente [...] por questões do alvará sanitário. Então assim essa é exigência de todas as unidades de saúde que alvará foi super importante no nosso processo. No nosso dia-a-dia porque foi o **momento que trouxe mesmo a oportunidade tanto dos profissionais quanto da própria gerência da unidade se alertar mesmo, de tocar quanto às necessidades e a gente de certa forma havia negligenciando ou por falta de olhar mais cuidadoso, mais crítico.** (E14)

A emissão dos alvarás foi destacada neste estudo como oportunidade para o desenvolvimento das ações educativas conferidas como papel da VISA, ultrapassando a percepção do papel fiscalizatório e de controle. Assim, conforme citaram os entrevistados, a orientação e os esclarecimentos sobre legislação, protocolos e ações se constituem em possibilidades para minimizar os riscos e produzir melhorias nos serviços.

Mas assim **dentro das nossas visitas a gente acaba fazendo um trabalho educativo também com ele,** da gente entrar com ele na sala de procedimento, hoje numa UBS, **vamos conversar em cima dos riscos, o que a legislação está necessitando melhorar,** entrar numa sala de vacina e detectar algumas irregularidades e sentar e discutir. (E3)

Nós **fazemos orientação verbal**[...]. (E4)

A gente sabe, a gente recebeu as normas e tudo, sabia o que a gente tinha que se adequar para receber o alvará, **a vigilância veio, nas questões de material odontológico, estoque, como deveria ficar,** onde deveria. (E10)

Corroborando com os relatos dos entrevistados que trouxeram sobre a emissão de alvará como principal ação desenvolvida pela VISA nas unidades de saúde, o Doc2 - Plano Municipal de Saúde 2018-2021 - apresenta um quadro com a distribuição quantitativa dos procedimentos executados pela VISA no município de Salvador. Conforme os registros de 2016, destacam-se as inspeções de estabelecimentos e licenciamentos sanitários; na sequência aparecem o cadastro de estabelecimentos e serviços, e em menor número os procedimentos registrados como atividades educativas (Doc2).

Os dados do Doc2 apontam incremento significativo no quantitativo de licenciamento inicial e renovações de licença e, que o aumento no número total das inspeções registradas em 2016, está atribuído em grande parte a agregação dos dados das inspeções na Operação Carnaval. O documento também aponta divergência entre os dados registrados no SIA/SUS e no sistema disponível na Visa (SALUS), neste último os números são inferiores.

De acordo com o Código Sanitário do Município de Salvador, em seu artigo 208, o Alvará de saúde constitui-se como “licença específica expedida pela Secretaria Municipal da Saúde, após cumprimentos de exigências higiênico-sanitárias e documentais estabelecidos nesta Lei e nas demais pertinentes” (Doc1). Portanto, tal licença confere condições satisfatórias para o funcionamento de determinado estabelecimento e/ou circulação de determinado produto, de modo a conferir proteção e menor risco ao usuário/cliente.

Conforme, Costa (2009) a Licença Sanitária é um instrumento e uma ação restrita da Visa por meio da inspeção sanitária, a Visa avalia as condições das instalações, a capacitação técnica e operacional da empresa, a responsabilidade profissional dentre outros. No entanto, as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder estatal dispor, mediante lei, sobre a sua regulamentação, fiscalização e controle (LIMA, 2008).

No Doc1 consta que o alvará somente deve ser concedido após inspeção das instalações pela Autoridade Sanitária Municipal. No exercício das inspeções e fiscalizações, a Autoridade Sanitária verificará vários aspectos do ponto de vista sanitário, condições dos estabelecimentos, serviços e equipamentos, e as recomendações pautadas na legislação vigente. Tais recomendações são registradas e informadas ao gerente e/ou responsável técnico, conforme constatados neste estudo, através das notificações (Doc4) e dos relatórios técnicos (Doc5).

No caso das inspeções nos serviços de saúde da Atenção Básica, estas são realizadas conforme roteiro (Doc3) elaborado pela SMS/SSA com base em referências legais e normativas - leis federais, lei municipal, RDC, manuais. Tal roteiro adota classificação dos itens do roteiro



de inspeção: imprescindíveis (I), necessário (N); recomendável (R); e, informativo (INF) (Doc 3).

Para a realização das inspeções e fiscalizações, constam nos Doc5 (relatórios/pareceres técnicos da VISA) e no Doc3 (Roteiro de inspeção em Unidades Básicas de Saúde (SMS/SSA)) as referências a algumas resoluções e lei federal, a saber: RDC 50/2002 (dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde); RDC 306/2004 (sobre o Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Revogada para RDC 222/2018 que Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências); RDC 42/2010 (sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos); RDC 63/2011 (sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde); RDC 15/2012 (sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde); RDC 20/2014 (regulamento sanitário para o transporte de material biológico humano); e, a Lei Federal nº 6437/1977 (que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas). (Doc5; Doc3).

De acordo com o Doc4, das 09 notificações feitas às unidades de SF, nos anos de 2016 e 2017, os principais aspectos estiveram relacionados às condições estruturais e a disposição de equipamentos e instrumentos para a prestação dos serviços e ações de saúde em tais unidades. Nos 03 relatórios/pareceres técnicos de serviços da APS do ano de 2016 analisados, observou-se como objetivo comum: “verificar as condições higiênico-sanitárias, estruturais e operacionais do estabelecimento, visando à realização do monitoramento das Unidades de Saúde municipal conforme os requisitos legais vigentes” (Doc5).

Segundo o Código Municipal de Saúde de Salvador, são autoridades sanitárias municipais: Secretário Municipal de Saúde; Dirigentes e coordenadores das ações de saúde da Secretaria de Saúde, e dos Distritos Sanitários; Membros de equipes multidisciplinares ou grupos técnicos de fiscalização e inspeção; e, Inspetores Sanitários. Especificamente, aos inspetores sanitários - “profissionais de nível superior, atendendo a legislação federal, respeitando o âmbito profissional de cada categoria” - é exclusiva a competência para expedir notificações e intimações, lavrar autos de infração e apreensão, lavrar termos de interdição, de coleta e de inutilização. Além disso, a autoridade sanitária tem “livre ingresso, em qualquer dia e hora, mediante as formalidades legais e neles fará observar as leis e regulamentos que se destinam a promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive para inquérito sanitário” (Doc 1).

Entretanto, vale destacar que as ações de fiscalização sanitária<sup>3</sup> é um dos meios de atuação de poder de polícia no qual o fiscal tem em intervir no serviço, “de modo a verificar regularidade em face das normas que o regem” (MEIRELLES, 2008). Assim a fiscalização pode ser exercida por meio da inspeção sanitária<sup>4</sup> (COSTA, 2009). Nesse contexto “a atuação do profissional da Visa no exercício do poder de polícia é relevante no contexto atual para reformulação das práticas e reorganização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária” (LIMA 2008, p.8).

Um dos entrevistados questionou a presença da VISA - “[...] tem coisas que eu não sei e aí eu fico pensando: cadê? tem vigilância? (E12)” -, inclusive, ressaltando as condições sanitárias dos serviços, o que para ele pode expor a riscos tanto os usuários como os profissionais. O entrevistado também acrescentou sobre a importância da VISA para a mudança da realidade das condições dos serviços, o que para ele a VISA “deveria ser acima de coordenação” e porque “tem certa influência política”. Tal relato permite trazer à discussão o papel da VISA de intervir e alertar os gestores sobre as questões preventivas das unidades, possibilitando refletir sobre sua influência nas decisões dos gestores.

Os profissionais da Vigilância Sanitária caracterizam-se como agentes do Estado, “investidos do poder de autoridade”, de modo que operam na limitação da atuação privada e pública em função dos interesses da coletividade (LIMA, 2008).

Na concepção de Aith, Minhoto e Costa (2009, p. 50) o “Estado moderno é dotado de poderes políticos e administrativos”; os primeiros, exercidos para o cumprimento de suas funções constitucionais pelo Legislativo, Executivo e Judiciário; e, quanto aos poderes administrativos, efetivados “com as exigências do serviço público e com os interesses da comunidade”. Na esfera do Executivo, a Vigilância Sanitária destaca-se pelo exercício de poder, em cumprimento às legislações e normativas de base constitucional e com práticas que assegurem à proteção da coletividade.

---

<sup>3</sup>A ANVISA no uso de sua atribuição define Fiscalização Sanitária como: procedimentos ou conjunto de procedimentos de atos de análise de documental técnica e administrativa, e de inspeção física de bens ou produtos importados, com a finalidade de eliminar ou prevenir riscos à saúde humana, bem como intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde pública (BRASIL, 2008).

<sup>4</sup>Inspeção sanitária é uma prática de observação sistemática, orientada por conhecimento técnico-científico, destinada a examinar as condições sanitárias de estabelecimentos, processos, produtos, meios de transporte e ambientes e sua conformidade com padrões e requisitos da Saúde Pública que visam a proteger a saúde individual e coletiva. (COSTA, 2009. p.27).

Para Lima (2008, p.42) “o exercício de poder, exercido pelos fiscais, deve refletir os interesses do Estado - interesse da coletividade se sobrepondo ao interesse particular - é a manifestação do Estado através de suas ações”. No entanto, a instrumentalização utilizada pelo profissional de vigilância sanitária tem o poder de polícia<sup>5</sup> e dentre eles está o poder administrativo.

O poder de polícia, enquanto poder da Administração Pública demonstra a face coativa do Estado e impõe limites ao exercício dos direitos privados na sociedade. Portanto, o poder de polícia, enquanto “múnus público”, significa “imposição à autoridade de tomar providências quando estão em jogo os interesses públicos” BUCCI (2002, apud LIMA. 2008 p.44).

O poder foi explicitamente relatado por um dos entrevistados que contextualizou a influência dos profissionais da VISA sobre a tomada de decisão dos gestores. Para E5, os relatórios da VISA imprimem a obrigação pela adequação ou mudança sobre uma determinada situação.

Quando eles chegam é que eles **metem a caneta**, deixa um relatório e pronto (E5).

O uso do termo “meter a caneta” remete ao poder de intervenção sobre dada realidade. Essa discussão remete às responsabilidades dos gestores sobre a provisão de serviços e ações que garantam a proteção à saúde das pessoas.

De acordo com o Doc5, os fiscais da VISA contataram enfermeiro, gerente e/ou responsável técnico das unidades inspecionadas/fiscalizadas. Através dos seus pareceres/relatórios técnicos, o registro sobre a situação encontrada foi comum quanto a identificação de não conformidades e/ou não cumprimento total de recomendações de notificações anteriores (Doc5). No geral, as medidas adotadas comuns foram: sinalização das irregularidades/não conformidades; prazo e/ou prorrogação para cumprimento das normas; não constam outros detalhes (Doc5). Entretanto, há medidas e solicitações que ultrapassam a capacidade de resposta da unidade e/ou do distrito.

---

<sup>5</sup>De acordo com o Código Tributário Nacional em seu artigo. 78, “considera-se poder de polícia atividade da administração pública que, limitando ou disciplinando direito, interesse ou liberdade, regula a prática de ato ou abstenção de fato, em razão de interesse público concernente à segurança, à higiene, à ordem, aos costumes, à disciplina da produção e do mercado, ao exercício de atividades econômicas dependentes de concessão ou autorização do Poder Público, à tranquilidade pública ou ao respeito à propriedade e aos direitos individuais ou coletivos”.

Os relatórios técnicos emitidos pela VISA (Doc5) apontam, dentre as solicitações, medidas que ultrapassam a competência do distrito e pelo seu caráter de notificação com prazo de resposta a ser cumprido obriga (ou deve obrigar) os gestores ao cumprimento das solicitações feitas. Nesse sentido, o poder está relacionado por meio da relação de uns sobre os outros, pois, se o distrito não cumpre, de acordo com o Doc1, é função da Secretaria Municipal de Saúde “gerir, supervisionar e apoiar as ações de vigilância sanitária nas áreas de abrangência nos Distritos Sanitários”.

O Relatório emitido pela gerência de uma unidade da APS do DS (Doc6) apresentou justificativa à VISA quanto ao não atendimento de algumas recomendações, afirmando que algumas medidas corretivas dependem de outras instâncias e/ou atores: “irregularidades que fogem do controle direto da unidade e precisam ser encaminhados pelos devidos setores da Secretaria de Saúde de Salvador”. Inclusive, no relatório consta o seguinte registro: “Reforçamos o pedido junto à gestão quanto à necessidade de resolução destes reparos” ou “de garantir tais insumos” (Doc6).

#### 4.2 AÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RELACIONADAS À VISA

O quadro a seguir apresenta registros que evidenciam ações no âmbito do território distrital, ações no âmbito domiciliar, ações no âmbito das unidades de saúde e ações transversais e intersetoriais identificadas a partir dos relatos dos participantes. Tal categorização foi adotada com base naquela utilizada em um estudo nacional realizado pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva que buscou conhecer o grau de incorporação das ações incluídas no campo da VISA às rotinas dos profissionais que atuam na atenção básica (CECOVISA-NESCON, 2006).

**Quadro 2** - Evidências sobre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família relacionadas à visa.

<p>Ações no âmbito do distrito</p>	<p>[...] <b>o agente de saúde tem um papel importante, porque ele às vezes traz a demanda da área nos estabelecimentos</b>, por exemplo, comerciais que oferece serviços do nosso território [...], eu acho que a gente acaba tendo uma atuação mais interna aqui na unidade atento às questões de segurança, a equipe está muito atuante nisso, mas <b>no território quando se faz presente alguma denúncia</b> [...]. (E11)</p> <p>O papel da vigilância é imprescindível, tanto no funcionamento dos serviços da unidade de saúde quanto na comunidade, restaurantes, feiras e essa <b>parceria com as nossas ações e o que a vigilância tem percebido no território</b>. (E16)</p> <p>[...] eles vêm muito solicitar da gente o retorno, mas dele para a gente eu não sei te informar. Eu <b>vejo isso muito através do nosso programa, PSE</b>, etc e tal. São coisas que a gente faz para o nosso próprio crescimento[...], <b>principalmente nas escolas, de estar fazendo avaliações principalmente das crianças é a nossa forma de busca da situação busca da saúde da população</b>. (E9)</p>
<p>Ações no âmbito domiciliar</p>	<p>[...] <b>a gente faz investigações em domicílio, as notificações, a gente consegue identificar</b> e aqui nesse distrito particularmente a gente tem recebido feedback [...]. (E13)</p>
<p>Ações no âmbito das unidades de saúde</p>	<p>[...] o agente de saúde tem um papel importante, porque ele às vezes traz a demanda da área nos estabelecimentos- [...]que oferece serviços o nosso território [...], eu acho que a gente acaba tendo uma <b>atuação mais interna aqui na unidade atento às questões de segurança</b>[...]. (E11)</p> <p>[...] na parte odontológica (da USF- grifo nosso), um colega nosso (da VISA-grifo nosso) foi fazer a parte <b>palestra</b> em questão ao gerenciamento de resíduos [...]. (E3)</p>
<p>Ações intersetoriais</p>	<p>[...] eles vêm muito solicitar da gente o retorno, mas dele para a gente eu não sei te informar, <b>vejo isso muito através do nosso programa, PSE, etc e tal</b>. São coisas que a gente faz para o nosso próprio crescimento de vida a comunidade, principalmente nas escolas, de tá fazendo avaliações principalmente das crianças é a nossa forma de busca da situação, busca da saúde da população. (E9)</p> <p><b>Vigilância epidemiológica</b>, com o próprio <b>Procon</b>, [...] o próprio <b>Ministério Público</b>, é o que mais tem, com o próprio <b>CCZ</b> que é uma unidade... Com <b>Controle de Zoonoses, saúde do trabalhador</b>. A gente sempre estar interagindo outros setores. (E3)</p> <p>Sim, <b>saúde, educação</b>, a parte da <b>assistência social</b>. (E14)</p> <p>A gente trabalha muito em <b>parceria com as escolas</b>. (E8)</p> <p>Tem também o setor da <b>assistência social com o serviço social do CRAS</b>, mas assim com pessoas do que serviços (E16).</p>

Fonte: elaborada pela autora a partir dos relatos das entrevistas.

O quadro evidencia ações desenvolvidas em distintos espaços que caracterizam o recorte territorial de um distrito sanitário, entendido como “um processo social e político de transformação de práticas” e “estratégia para melhoria das condições de saúde das populações”

(GONDIM et al 2008, p.6), e no qual estão inseridos domicílios e serviços diversos, inclusive as unidades de saúde.

Quanto às **ações no âmbito do território distrital**, os fragmentos no quadro 01 apontam a importância do envolvimento - “parceria” (E16) - dos profissionais da ESF e da VISA no exercício das práticas de redução de risco, e destacam o que o “agente de saúde tem um papel importante” (E11), pela interlocução que estabelece entre as demandas da área e as ações de saúde. Entretanto, os participantes ainda referem limites no desenvolvimento de ações articuladas entre a VISA e profissionais da ESF.

Este estudo também apontou que as ações desenvolvidas no âmbito do território distrital não partem de um projeto comum construído entre a ESF e a Visa para atender às necessidades de saúde da comunidade. Sobre a elaboração de um projeto comum, é possível afirmar que o pouco compromisso e o frágil envolvimento dos trabalhadores no planejamento distanciam as equipes da execução de ações integrais em saúde (SANTANA et al, 2013).

De acordo com a Política Nacional, a Atenção Básica orienta-se, dentre os vários princípios, pela integralidade da atenção. A produção da atenção integral deve ser de modo que o exercício de suas ações seja dirigido às populações sob responsabilidade sanitária, de territórios definidos e também dinâmicos (BRASIL, 2017). Desse modo, dentre as ações a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da família, citam-se: planejar, apoiar, monitorar e avaliar a APS; programar as ações de APS a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde da população; garantir os fluxos de referência e contra-referência dos usuários na Rede de Atenção à Saúde para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017, p.7).

A PNAB (2017) destaca que as ações da atenção básica devem ser desenvolvidas através de práticas de cuidado integrado e da gestão qualificada para promover à saúde das pessoas. Portanto, a equipe de saúde no âmbito da Atenção Básica assume um território com responsabilidade sobre a população, de modo a propiciar o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde da população. (BRASIL, 2017), nesse sentido, demanda-se a articulação dos diversos atores, inclusive dentro da área da saúde, com o envolvimento da vigilância, para o planejamento e intervenção na situação de saúde dentro do território.

Diante do conjunto de ações a serem desenvolvidas pelas EqESF (em recortes territoriais do distrito - área de abrangência) e pelas ações dos profissionais da VISA no âmbito territorial distrital, este estudo demonstra que a atuação da ESF apresenta dificuldades em pautar suas ações articuladas com a Visa. Sobre tais dificuldades, um estudo (FARIA; BERTOLOZZI, 2009) sobre aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde mostrou que

a maioria dos médicos de saúde da família de Salvador desconhecia seu papel na vigilância à saúde e não havia recebido capacitação com a profundidade necessária para realizar atividades condizentes com a vigilância à saúde. Nesse sentido, cabe considerar como imprescindível, além da sensibilização e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de ações de vigilância, a articulação entre os trabalhadores e o desenvolvimento do trabalho em equipe, segundo afirma Santana et al (2013).

Quanto às **ações no âmbito domiciliar**, Mendes (1993) define o domicílio, como “território-domicílio”, ou seja, o lugar de residência da família. Portanto, o domicílio caracteriza-se como espaço de atuação das equipes de saúde da família, e, portanto, onde reside a família, caracterizada pelo Ministério da Saúde como núcleo básico de atendimento à saúde, e, portanto, como espaço possível a oferta do cuidado focado na promoção, prevenção e reabilitação.

Segundo Souza e Teixeira (2014), as ações do profissional no âmbito do domicílio e da necessidade da comunidade devem ser baseadas na orientação do modelo assistencial, de modo que “se não houver interação, troca de saberes e experiências entre os profissionais, é mais factível a reprodução do modelo assistencial fragmentado, centrado no enfoque biológico individual e com diferente valoração social dos diversos trabalhos” (SANTANA et al, 2013, p. 424).

De acordo com a PNAB, a atenção domiciliar é inerente ao processo de trabalho das equipes, mediante o desenvolvimento de ações diversas, por exemplo, ações de vigilância e de educação em saúde (BRASIL, 2017). O quadro 1 aponta como exemplo dessas ações neste âmbito de atuação: “investigações em domicílio e as notificações a gente consegue identificar” (E13).

No que tange à investigação, um dos entrevistados afirma que por meio dessa ação o profissional consegue identificar irregularidades presentes no âmbito do domicílio e intervir nos problemas sanitários. A investigação pode ser advinda da rotina, verificação de denúncia ou apuração de suspeita de irregularidade.

A PNAB define no conjunto de ações, a promoção, a proteção, a redução de danos e a vigilância da saúde; inclusive refere que para o desenvolvimento de tais ações, diversas tecnologias devem ser acessadas e diversos atores devem estar envolvidos para atuação conjunta (BRASIL, 2017).

No que diz respeito às **ações no âmbito das unidades de saúde**, foi referida a “atuação mais interna aqui na unidade atento às questões de segurança” (E11), além de ações educativas, como “palestra em questão ao gerenciamento de resíduos” (E3).

Considerando que as condições dos serviços são importantes para o funcionamento da rede e oferta de ações seguras e de qualidade, as unidades de saúde, constituem o local de

trabalho dos profissionais e espaço de oferta de serviços e ações à comunidade. De acordo com a PNAB, a garantia da infraestrutura, bem como os recursos materiais, equipamentos e insumos são necessários para o funcionamento das unidades de saúde (BRASIL, 2017).

Conforme Dias et al (2014) a ESF deve promover o acesso aos serviços e a resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo impacto na situação de saúde local. As ações promotoras de saúde devem se dar a partir de uma equipe organizada e estruturada capaz de identificar problemas não só ao processo saúde/doença, mas também aos problemas vinculados ao desenvolvimento sustentável (água tratada, lixo, situações de risco) (SILVA e TAVARES, 2016).

Os profissionais das equipes de saúde trazem uma importante contribuição para as ações de vigilância em saúde definidas na Política Nacional de Atenção Básica. Sobre isso, O' Dwyer (2007) acrescenta que as ações de vigilância devem ser desenvolvidas através das práticas gerenciais e sanitárias entre as equipes, para o território pelos quais estão sobre sua responsabilidade. A partir da vigilância em saúde, as Equipes de Saúde da Família poderão organizar e desenvolver ações programadas e de demanda espontânea. Essas ações planejadas com base na notificação de doenças e agravos irão contribuir na elaboração de indicadores locais de saúde que poderão orientar o desenvolvimento das ações e gradativamente propiciar mudanças que melhorem a qualidade de vida da comunidade.

Ações relacionadas à segurança e ao Gerenciamento de Resíduos (GR) competem aos profissionais de saúde dentro das unidades de saúde, inclusive, articuladas com os profissionais da VISA. De acordo com Ribeiro (2013. p.26), o GR constitui-se em um “conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, proporcionando aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente”.

Conforme Cardoso e Figueiredo (2010) as atividades desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde nas unidades de Estratégia de Saúde da Família são grandes geradoras do risco biológico, tanto para as equipes de trabalho, quanto para o usuário por ele atendida, fazendo necessária a adoção de medidas e de intervenção relacionadas à biossegurança com intuito de minimizar e prevenir o risco.

Martins et al (2008), em seu estudo sobre adesão às medidas de prevenção e controle de infecção, aponta para que a utilização de tais medidas baseada na legislação vigente do Ministério da Saúde acerca da prevenção ao risco, tem mostrado eficiente, devido as orientações estão bem mais claras para profissionais que atuam na Atenção Básica.

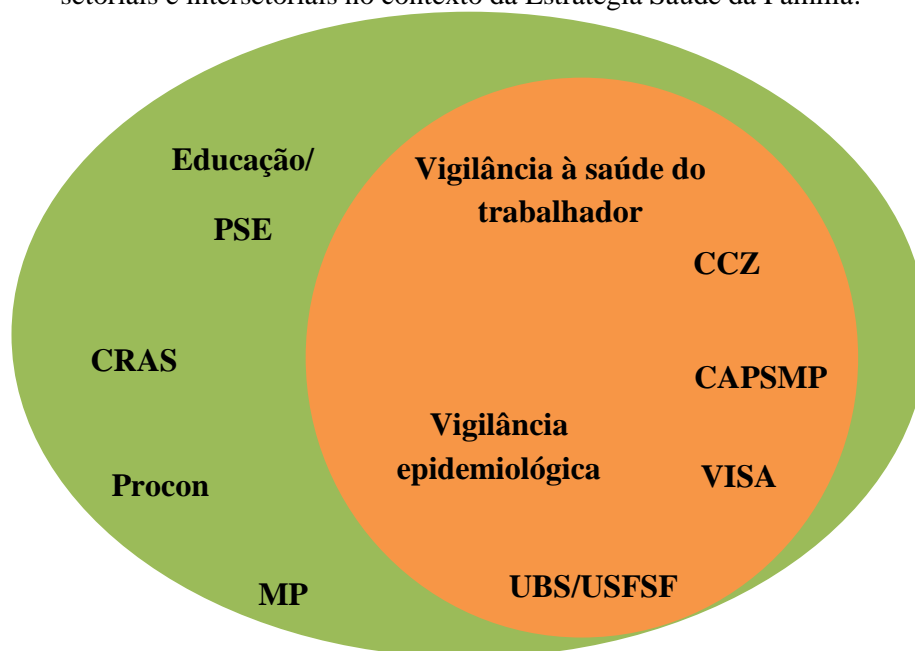


Quanto às **ações transversais e intersetoriais** sinalizadas no quadro 1, pode-se perceber ações intersetoriais pontuais realizadas em parceria com outros setores com o fim de responder as demandas da ESF. As escolas, através do Programa Saúde na Escola (PSE), têm sido potencializadas como espaço de promoção da saúde e aproximação para o conhecimento da situação de saúde, conforme evidenciado por E9. Sobre isso, o Doc2 reafirmou que o PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

Outros setores e instituições, como o Procon, o Ministério Público e a Assistência Social, também foram referidos pelos participantes como parceiros, apontando para a intersetorialidade. Tais parceiros, foram referidos no Doc2. Segundo este documento, as ações intersetoriais foram citadas no trabalho em Sanitária municipal, por exemplo, no trabalho noturno (VISA Noturno), com foco no monitoramento de todas modalidades de serviços de interesse à saúde dos estabelecimentos em atividade no período noturno, implementado há mais de 30 anos (em 1985), e referido que a fiscalização preventiva integrada tem sido realizada em ação conjunta com outros órgãos fiscalizatórios como: Ministério Público Estadual, SEDUR, Corpo de Bombeiros, Decon, Procon, Polícia Militar e Guarda Municipal.

A Figura 2, a seguir, evidencia as citações pelos entrevistados quanto às diversas instituições/espacos/atores dentro do setor saúde (círculo interno) e para além deste setor.

**Figura 3** - Nuvem de palavras elaborada com base nos relatos dos entrevistados sobre as ações setoriais e intersetoriais no contexto da Estratégia Saúde da Família.



Fonte. Elaborado pela autora com base nas entrevistas.

Dias et al (2014), em seu estudo, analisou a compreensão da intersectorialidade<sup>3</sup> a partir das percepções de sujeitos sociais implicados com o contexto da atenção básica no município de Sobral, e identificou que o setor da Educação e o CRAS foram os que mais evidenciaram articulação com ESF.

A intersectorialidade<sup>6</sup> caracteriza-se como princípio da PNAB, inclusive, tal política destaca ações setoriais e intersectoriais integrando projetos e redes de apoio social, a viabilização de parcerias com outras organizações e setores e o estímulo a participação popular e o controle social (BRASIL, 2017). Segundo Moretti apud Dias et al (2014, p.4372) o desenvolvimento de ações intersectoriais são potencializadas por meio de parcerias e de recursos na comunidade, “o que pode favorecer a integração de projetos sociais e setores afins orientados para a promoção de saúde”.

Segundo Recktenwaldt e Junes (2017, p. 369) para o desenvolvimento do papel da VISA, voltado para análise permanente da situação de saúde e organização dos processos de trabalho, são necessárias ações intersectoriais de intervenção, promoção, proteção e atenção para proposição e articulação das ações que visam à integralidade da atenção, destacando-se a articulação com a atenção primária que considera o território e o seu domicílio como foco de atenção, agregando diversas ações de saúde (RECKTENWALDT e JUNGES, 2017).

Moutinho, Campo e Jesus (2012, p.211) destacam a “expansão da articulação intersectorial entre as ações de saúde e outras a elas relacionadas, como saneamento e educação, em busca da promoção da saúde efetiva. Ressalta-se, ainda, a importância de que as equipes de saúde da família incorporem, cada vez mais, ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, com base no território de ação da equipe”.

Serviços dentro da área da saúde também foram citadas, por exemplo, “Vigilância epidemiológica”, “Controle de Zoonoses” e “Saúde do trabalhador”. Na realidade dos serviços de saúde, observa-se dificuldade e limites para o desenvolvimento de ações de saúde articuladas com serviços de outras áreas, e também com serviços dentro da própria área da saúde. Segundo Dias et al (2014, p.4374) “um setor isolado é limitado na solução das situações de adversidades; sendo que a ação conjunta pode gerar um cuidado mais integral e resolutivo gerando benefícios para a população”.

Nessa discussão sobre ações de vigilância que podem ser desenvolvidas com articulação de diversos setores. Costa (2009) afirma que as ações da Visa acontecem em torno da

---

<sup>6</sup>Intersectorialidade é “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (JUNQUEIRA, 2000. p. 204).

informação, comunicação e educação em saúde. Assim, o Doc1 afirma que “é dever de todo servidor público da Secretaria Municipal da Saúde desenvolver ações de educação sanitária”. Sobre isso, Lucchese apud O’ Dwyer (2007, p. 477) chama atenção que as iniciativas de educação e comunicação desenvolvidas no âmbito da vigilância sanitária ainda são pontuais. No entanto, há um grande espaço, precariamente explorado, para a ação educativa no âmbito da vigilância sanitária, tanto no que se refere ao entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona com os direitos de cidadania.

Para que os sujeitos trabalhem de forma intersetorial é preciso o “compartilhamento de conhecimentos e ações visando à abordagem de novos conceitos e, conseqüentemente, de diferentes práticas em prol da melhoria da qualidade de vida da população” (DIAS et al 2014. p.4374), sendo necessário estabelecer um “trabalho em equipe com corresponsabilidade entre a saúde e os outros setores, possibilitando troca de saberes, planejamento de ações e tomada de decisões de forma compartilhada”. Assim, a intersetorialidade incorpora a ideia de integração, no âmbito do território, domicílio e da unidade de saúde; demandando, portanto, “mudanças de valores da cultura para um agir coletivo” (SILVA e TAVARES, 2016, p. 195).

Recuperando o estudo nacional que buscou conhecer o grau de incorporação das ações da VISA às rotinas dos profissionais da atenção básica (CECOVISA-NESCON, 2006) e cuja classificação das ações inspirou a categorização adotada neste estudo (ver Quadro 1), cabe destacar seus resultados. Por exemplo, quanto às ações desenvolvidas no âmbito do território, foram referidas ações relacionadas ao meio ambiente, aos produtos e serviços de interesse para a saúde (estabelecimentos variados) e ao ambiente de trabalho incorporados à rotina das ESF. No âmbito do domicílio, foram referidas ações relacionadas às condições de moradia, aos alimentos, medicamentos e aos produtos químicos de uso doméstico. Quanto às ações no âmbito da UBS, foram citadas ações relacionadas aos atendimentos desenvolvidos nas unidades e relacionadas com as condições de risco e adoecimento mais específicas. E, no grupo de ações transversais, relacionaram a comunicação, informação e mobilização de temas da VISA incorporadas à rotina das EqSF e o estabelecimento de parcerias (CECOVISA-NESCON, 2006).

No caso desta investigação, em análise e discussão, realizada no distrito de Salvador, foi destacado pelos entrevistados as ações relacionadas ao ambiente e condições de trabalho e segurança dentre da USF. Este estudo trouxe referências aos aspectos mais gerais e de planejamento necessárias para o desenvolvimento das ações no espaço das unidades e as ações intersetoriais estabelecidas a partir das parcerias foi apresentada como uma das categorias que representa parte das ações desenvolvidas.

### 4.3 INTEGRAÇÃO E ARTICULAÇÃO NO PASSADO E PARA O FUTURO E INICIATIVAS DO PRESENTE

A partir do registro das entrevistas foi possível identificar diversos termos utilizados pelos participantes ao relatarem sobre as ações da VISA e sua relação com o processo de trabalho dos profissionais e equipes da Estratégia Saúde da Família.

Os trechos a seguir evidenciam o uso dos termos “integração”, “articulação”, “trabalho em conjunto”:

[...] e nós vamos até essas unidades inspecioná-las, notificá-las e possivelmente liberar esses alvarás ou não. Basicamente a nossa **integração** desses grupos tem se dado dessa forma [...]. (E2)

[...] algumas ações até que se desenvolve bem, mas...difícil você ver tão juntas essa **articulação**, como se cada uma tivesse com suas duas pernas, andam lado a lado mas não anda [...]. (E8)

É importante né... por que a saúde da família/estratégia saúde da família tem que ser um coletivo de ações [...], então a vigilância sanitária **em conjunto** trabalha melhor [...]. (E8)

Já houve época sim, que havia integração, já fizemos **trabalho em conjunto**. Nós, da atenção, básica a VIEP, em várias ocasiões, onde eu tinha uma equipe maior, onde eu tinha uma condição de trabalho que favorecesse a integração, mas hoje está todo mundo dando conta das suas questões. Essa integração a gente está até querendo retomar agora [...]. (E4)

Sobre o uso dos termos, cabe trazer algumas concepções. Para alguns autores existem aspectos que diferenciam o uso do termo integração para integralidade, ao referir-se à saúde. Para Reis e Andrade (2008) **integração** é entendida como uma rede de serviços que funciona de modo a dar condições de acesso e que seja resolutiva para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população. Quanto ao termo **integralidade**, Viegas e Penna (2013) referem que a construção da integralidade surgiu para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS e garantir a assistência integral à saúde como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores. A integralidade é um princípio do SUS, com várias perspectivas, entre as quais a da articulação de seus serviços. No entanto a Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990) define a integralidade como conjunto articulado e

contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de atenção à saúde. Acresce-se a essa discussão, o termo **articulação**, o qual segundo Fraccolli et al (2011, p.1137) significa, para a saúde pública, borrar as distinções cristalizadas entre os serviços de saúde pública e serviços assistenciais.

Starfield (2002) aponta que para haver a integração e a articulação é necessário à integralidade. A integralidade é considerada como uma rede de serviços em diversos níveis de complexidade e competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Esta autora refere duas aproximações com o termo integralidade:

a primeira aproximação pode ser entendida como atendimento integral, focando as atividades preventivas e de promoção da saúde, sem prejuízos dos serviços assistenciais. Sendo, uma **articulação** entre promoção, prevenção e recuperação da saúde por meios de ações que se estruturam em um mesmo espaço com a constituição de saberes e ações que se completam. Na segunda a integralidade como uma rede de serviços em diversos níveis de complexidade e competências, em que a **integração** entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo (STARFIELD, 2002 apud SALA, 2011, p.950).

Sobre a integração e articulação das ações da VISA com a ESF, a maioria dos entrevistados afirma que embora tenha havido iniciativas nesse sentido (E4) e existam propostas e intenções para o futuro (E4; E12), atualmente “essa articulação não acontece” (E7). Ainda que um entrevistado (E15) tenha afirmado que “a articulação acontece quando tem alguma coisa que a Secretaria está exigindo, tem o alvará”, o relato não remete a articulação das ações e entre a VISA e a ESF, apenas, sobre a atuação da VISA no espaço/unidade de saúde. Tal “articulação” pontual também foi afirmada por E14.

[...] eu não vejo tão estreito assim. [...] **Você não vê muitas ações serem desenvolvidas nas unidades** que vocês trabalham [...]. (E10)

[...] acho que **eles deveriam ser mais presentes**[...] a gente agora montou um colegiado, mas ainda a gente vai fazer a primeira reunião agora para poder cuidar dessa parte da unidade toda, então a gente fez um colegiado, cada profissional de uma categoria vai ter um responsável. (E12)

Eu acho que a **articulação foi nesse sentido mesmo da liberação do alvará**. Foi quando a gente teve as visitas, a questão da cobrança mesmo, mas **articulação no dia a dia eu não vejo**. Eu não vejo, é isso que eu te falo essa articulação foi bem pontual mesmo no momento do alvará e aí a gente tenta fazer articulação aqui para gente conter as

coisas mais de acordo com as normas da vigilância sanitária, mas assim termo de que vem do município e do Distrito eu não vejo não. (E14)

[...] **cada macaco no seu galho**, tentando se segurar como pode, nem mesmo quando acontece algum surto, o ideal seria que... as vezes a gente recebe comunicação do surto, **mas a integração está tão desintegrada**. É assim por que não existe essa comunicação. O sistema de comunicação da secretaria entre os setores eu acho muito ruim, mesmo com todos avanços que temos hoje [...]. (E4)

Fundamentado nas falas dos (as) entrevistados (as) percebe-se relação restrita entre Visa e ESF. A expressão “**cada macaco no seu galho**” (E4) aponta para o exercício isolado das ações, dentro de cada espaço de atuação, provavelmente potencializado pela dificuldade de comunicação entre eles.

Depreende-se desses relatos que a inexistência de uma rotina institucional e a falta de sistemática de comunicação compromete a organização do processo de trabalho em saúde articulado e o desenvolvimento das ações de vigilância. Um dos entrevistados afirmou que, em face da necessidade de resolver problemas, procura resolver com os colegas da própria unidade, já que cada um atua no seu espaço.

Segundo Bosa (2012) as atividades de VISA precisam estar integradas a prática do profissional que está atuando na ESF, possibilitando maior articulação entre as equipes, assim proporcionando condições de realizar a promoção em saúde. Dessa forma, “entende-se que não se trata apenas de repassar mais uma função para as equipes de ESF, e sim de assumir a responsabilidade sanitária sobre a área de abrangência, realizando intervenções através da articulação intersetorial” (BOSA, 2012. p.17).

Com vista para o futuro, integram o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 (Doc2) dois módulos operacionais, os quais constituem um “conjunto de proposições relativas às intervenções que se pretende realizar” (TEIXEIRA, 2001), a saber: Promoção e Vigilância em Saúde; e, Atenção Primária à Saúde.

No módulo de Promoção e Vigilância, destacam-se duas, dentre as seis linhas de ação, que relacionam tal discussão. Na Linha de ação 1 - Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida – o objetivo posto é “promover articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde”, constando no escopo das ações que devem ter por responsáveis a diretoria de Vigilância, Atenção Básica e os DS: “articulação para o desenvolvimento de ações intersetoriais e interinstitucional voltadas para a promoção da saúde e da qualidade de vida; articulação com órgãos estaduais e municipais

responsáveis e sociedade civil organizada por ações de saneamento ambiental, ordenamento do solo, urbanização e proteção ambiental”. E, na Linha de ação 4 - Vigilância Sanitária - consta como objetivo “implementar as ações de controle de riscos à saúde”, tais como: implementação de ações de vigilância sanitária de medicamentos; de serviços de saúde; de alimentos; de produtos para a saúde; e, fiscalizar a implantação do Plano de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde. Quanto ao módulo de Atenção Primária à Saúde, na Linha de ação 7 constam como objetivos: “organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de atenção primária a saúde no município de Salvador”, cujas ações, dentre outras, são: implementação do Programa Saúde na Escola; implementação das ações de atenção integral à saúde voltadas para os ciclos de vida e gênero (Doc2).

Portanto, ainda que o Código municipal de saúde regulamente que os “órgãos e unidades de Serviços de Saúde integrantes do Sistema Municipal de Vigilância à Saúde (VISAU) atuarão em colaboração entre si e em articulação com os demais órgãos pertinentes nas diferentes esferas do governo” e que cabe a “Prefeitura Municipal de Salvador, através da Secretaria Municipal de Saúde, e em articulação intra e interinstitucional, exercer ações de vigilância sanitária capazes de eliminar, reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde e ao bem estar do indivíduo e da coletividade”, avanços existem, porém muitos desafios estão postos, inclusive, cabendo destacar que a consolidação das ações de VISAU passa pelo avanço do processo de descentralização para os distritos sanitários que ainda não acontece para todos os 12 distritos sanitários no município de Salvador (Doc2).

#### 4.4 LIMITES E POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE VISA E ESF

Nesta categoria seguem apresentados os limites (Quadro 3) e as possibilidades (Quadro 4) de articulação entre as práticas de VISA e ESF identificados a partir dos relatos dos entrevistados.

**Quadro 3** - Limites para a articulação entre as práticas de VISA e ESF.

<b>Limites</b>	<b>Entrevistados</b>
Gestão, planejamento e questões político gerenciais	E3, E4, E12, E16
Insuficiência de profissionais para o desenvolvimento das ações e falta de capacitação	E2, E9, E10, E15, E16
Sobrecarga e ambiente de trabalho	E4, E5, E6, E9, E11, E16
Dificuldade de comunicação	E4, E6, E8, E15, E16
Ações restritas e descontínuas da VISA	E2, E9, E14

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos relatos das entrevistas.

Quanto aos limites relacionados à **gestão, planejamento e questões político gerenciais**, foi relatado a falta de (interesse da) gestão (E4; E16) e vontade política (E4, E12), aspectos políticos em geral (E16), a morosidade da gestão (E3), a descontinuidade da gestão (E4), a falta de visibilidade da gerência (E3), o despreparo da gestão (E12) e o descumprimento do planejamento (E4). Tais evidências apontam, portanto, para variados aspectos que limitam a articulação das ações e as caracterizam como um problema gerencial, portanto, problemas relacionados à gestão.

Para Oliveira (2001 apud Alves 2009, p.10) a “gestão em saúde é vista como espaço de poder que se destina não só a administrar recursos humanos, materiais e financeiros, mas a coordenar de forma que possa dar direcionalidade às ações”, de modo que as políticas sejam voltadas para a organização. Enquanto que a política para Geraldes (2013) contém no seu interior um conjunto de promessas feitas e não cumpridas. Entretanto, a falta de vontade, a ausência ou a demora constituem-se como limites para a implementação de políticas, serviços e ações, inclusive na ESF e na VISA.

[...] vê que a **política influencia muito**. [E12]

[...] o limite às vezes é uma relação com **vários vieses que envolve o interesse da gestão**. (E16)

Os relatos dos entrevistados apontam que a descontinuidade da gestão é algo que acaba limitando o processo de trabalho, tanto por parte dos fiscais da VISA como dos profissionais das equipes de SF, levando-os a um descontentamento por parte dos mesmos.

[...] um trabalho que se começa ele não vai adiante porque **muda os gestores, mudam os focos e muitas vezes o trabalho se perde**. (E4)



O estudo de Barra (2013, p.280) em Juiz de Fora/MG, revelou que a mudança constante de gestores acaba por impactar negativamente nas atividades da ESF, já que a entrada de novos gestores geralmente resulta em mudanças na estrutura administrativa, na relação com os funcionários, no desenvolvimento de ações e projetos, na relação com outros setores e na própria atividade de gestão.

Desde a implantação a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, tem buscado qualificar o Sistema Único de Saúde (SUS), através do envolvimento e posterior comprometimento dos sujeitos que fazem parte da construção do SUS; gestores, trabalhadores e usuários (MORI; OLIVEIRA, 2009).

Outro limite apontado pelos participantes nessa dimensão político gerencial foi a falta de visibilidade da gerência. Nas USF, de acordo com Mishima (2003) o gestor/gerente assume papel, de articular e conduzir o desenvolvimento do trabalho, fazendo ponte entre a equipe e a gestão. A autora supracitada acrescenta que o gerenciamento de USF não deve se limitar à administração e ao controle da força de trabalho, e sim ser colocada como norte para mudança do modelo assistencial (BARRA, 2013).

Dentre as mudanças nas diretrizes da nova PNAB, está a função de Gerente da AB, que tem dentre o conjunto de competências: planejamento, programação das equipes, avaliação de resultados, acompanhamento e orientação dos processos de trabalho, implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, potencializar do uso de recursos e equipamentos, qualificação da gestão da infraestrutura e estímulo a atuação intersetorial (BRASIL, 2017). Diferente das edições anteriores da política, as ações gerenciais estavam distribuídas nas competências dos profissionais da equipe, ainda que o papel dos gestores municipais no que se refere a APS/ESF estivesse definido na PNAB 2011 (BARRA, 2013). Tal proposição pode estimular os gestores municipais a decidirem por instituir tais cargos, podendo dar visibilidade a este, o que pode mudar a situação local apontada por E3 de que “[...] tem outros que infelizmente não tem essa visibilidade”.

Diante das limitações apontadas pelos entrevistados, faz-se requerer um perfil de gestores de qualificação técnica e política que possa interferir no direcionamento da gestão. Entretanto, atuar na gestão da ESF demanda um perfil e uma experiência adequada à lógica da Estratégia que contribuam para a ampliação e articulações das ações. Para Paim e Teixeira apud (Macêdo, Albuquerque e Medeiros, 2014) a qualificação dos gestores é um ponto fundamental da gestão, na medida em que contribui para a construção de uma gestão eficaz e comprometida com os princípios do SUS.

Souza Filho (2011) apud Barra (2013, p. 55), em seu estudo sobre gestão da ESF, faz algumas considerações sobre a gestão, dentre elas, a importância da “reflexão sobre a finalidade e os meios desta para se evitar uma visão instrumentalista ou politicista da mesma, e a importância da definição de finalidades/objetivos e meios/instrumentos processo de gestão o que evidencia a sua dimensão de racionalidade”.

No entanto, o uso de meios e instrumentos para o planejamento, o monitoramento e a avaliação são fundamentais para o desenvolvimento da articulação e na organização dos serviços na gestão, desse modo, a falta de planejamento como evidenciado neste estudo limita o desenvolvimento de tais ações.

Recktenwaldt e Junges (2017) ressaltam que os documentos de gestão utilizados nos municípios orientando o planejamento, monitoramento e avaliação de ações na área da vigilância, nesse sentido, tais instrumentos são norteadores para o processo de trabalho tanto para a ESF como para a VISA.

Cabe ainda destacar que a PNAB (2017) tem como uma de suas diretrizes a adscrição de território de modo a propiciar o planejamento e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde da população.

A operacionalização da integralidade do cuidado requer uma a revisão dos processos de trabalhos, buscando-se integrar os profissionais da ESF e VISA envolvidos tanto na atenção básica quanto na vigilância sanitária. “Esses integrantes devem ser corresponsáveis pelas ações intersetoriais (vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador) respeitando as particularidades e especificidades de cada perfil, integrando suas atividades de maneira a potencializar o trabalho e evitar a duplicidade das ações que, embora distintas, se complementam” BRASIL, 2005 apud (SOUZA; GUEDES, S/D).

Entretanto, pressupostos comuns da VISA e da ESF deve ter foco no território, no planejamento para o enfrentamento dos problemas, na análise de risco e na promoção da saúde como ação transversal, além do envolvimento da população na identificação dos problemas e no planejamento das ações (SOUZA; GUEDES, S/D).

Sobre a **insuficiência de profissionais**, E16 destacou que o número de técnicos da VISA torna o desenvolvimento e cobertura do trabalho inviável. Ainda a **falta de capacitação** dos profissionais em atuação nas equipes de VISA e ESF foi citada por E10.

A problemática da falta de profissionais, qualificação e capacitação para o trabalho foi um tema recorrente. Recktenwaldt e Junges (2017) confirmam que a falta de profissional dificulta a realização das ações e, principalmente, o alcance das metas.

Documentos institucionais da ANVISA apontam para a baixa capacitação dos profissionais que atuam na Vigilância Sanitária, sugerindo problemas quanto à sua forma de atuação, o que poderá resultar em debilidades quanto ao sistema de atenção à saúde (ANVISA, 2001).

Para O'Dwyer (2007) a capacitação do profissional é uma ferramenta para a operacionalização da atenção básica, e acrescenta que o treinamento de profissionais deve ser dialógico, crítico e reflexivo. Sisson et al (2011) destacam sobre necessidade de fortalecer a capacitação (no seu estudo dar destaque aos ACS) com vistas a uma atuação coerente às diretrizes e princípios do SUS.

Alguns relatos ressaltaram que o profissional tem que buscar a capacitação com a prática no dia a dia. Os entrevistados ressentem de não haver uma política definida de capacitação dos profissionais, principalmente para os recém-admitidos no serviço; o que se soma à inexistência de estratégias para socialização de saberes entre eles.

A implantação da política de educação permanente, segundo Sarreta (2009), contribui significativamente para a formação pessoal e profissional, e sua implementação influencia na melhoria das relações entre os sujeitos envolvidos na saúde e promove a ampliação da participação dos atores sociais da saúde. Destacando-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como uma prática de ação educativa embasada na problematização do processo de trabalho em saúde e que tem como objetivo a transformação das práticas profissionais face às necessidades de saúde das pessoas e das populações” (BRASIL, apud SILVA e TAVARES, 2016, p. 200).

Os relatos evidenciaram o reconhecimento da implementação da Política de Educação Permanente (EPS) em Saúde e de estratégias para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Silva e Tavares, (2016) uma importante estratégia para reorientação de práticas é a qualificação profissional. Outra estratégia é a educação em saúde, apontada por O'Dwyer, Elia e Nascimento (2011) como ferramenta que possibilita mudança de prática mediante a reorientação da atenção e incorporação de nova forma de pensar e agir em saúde, sendo, portanto, uma possibilidade para integrar as práticas entre ESF e VISA.

Quanto à **sobrecarga e ambiente de trabalho**, diretamente relacionado à insuficiência de profissionais, os entrevistados destacaram que as “muitas demandas” (E6) justifica-se pelo

restrito número de pessoal (E4, E5, E9, E16), além do destaque às **condições ambientais de trabalho** (E4). Cabe considerar que tal limite foi comum às realidades das equipes da VISA e também da ESF.

De acordo com o Doc2 consta a afirmação de que as demandas vêm aumentando, e isso não corresponde ao aumento da equipe para a execução dos procedimentos. Registra-se, por esse motivo, demanda reprimida de processos administrativos sanitários, além disso, no caso das denúncias, também registra crescimento significativo e que em 2014 atendia-se 100% das denúncias e em 2016, 73% das denúncias foram apuradas (Doc2). Este documento também registra que o setor de serviços, inclusive informal, vem ampliando em Salvador nos últimos anos, pressionando a VISA por uma estruturação do sistema compatível com o estabelecimento de uma política prioritária para as ações de promoção, proteção e prevenção à saúde ofertadas pela SMS (Doc2).

A sobrecarga de trabalho dos profissionais de VISA foi destacada no estudo de Recktenwaldt e Junges (2017), revelando que o fiscal atua simultaneamente como fiscal do meio ambiente, fiscal tributário, fiscal de obras, fiscal de posturas, sobrando pouco tempo para a parte sanitária. A sobreposição de atribuições também foi citada por Elia e Nascimento (2010), inclusive, atribuindo tal problema a desvalorização da vigilância, o que tem por consequência a fragilização das ações da vigilância e planejamentos burocráticos que não respondem verdadeiramente às necessidades de saúde da população.

A sobrecarga de atividades associada a inadequações na logística da dinâmica de trabalho, condições de trabalho em geral, comprometem as possibilidades das equipes superarem as dificuldades identificadas e aprimorarem o processo de planejamento de ações. Por exemplo, a inadequação e a manutenção insuficiente do espaço físico; irregularidades no fornecimento de materiais e medicamentos; dificuldades no preenchimento e utilização do sistema de informações *online*; equipes incompletas e insuficientemente motivadas, além de problemas na referência e contra referência de pacientes (ELIA e NASCIMENTO, 2011) comprometem o desenvolvimento do trabalho.

A insuficiente ou inadequada estrutura física para o perfil dos serviços de saúde ofertados em Salvador, “afetando usuários e trabalhadores”, consta como problema de serviços de saúde, dentre aqueles listados no Doc2. Em geral, sobre os problemas de serviços de saúde nos distritos sanitários de Salvador, também constam no documento a falta ou a insuficiência das ações de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e a qualificação dos RH, dentre outros. Detalhadamente, para o DS selecionado estão citados dentre os problemas de serviços de saúde, a falta de recursos materiais e equipamentos (computador, internet, telefone,

internet, segurança) e insuficiência de materiais para as ações de prevenção/campanhas nas unidades de saúde (Doc2).

De fato, todo o processo de trabalho sofre a influência das condições de trabalho, de modo que a estrutura, logística (ELIA e NASCIMENTO, 2011), relações, volume de trabalho comprometem o desempenho do trabalhador, assim como, a qualidade do serviço e ação ofertada. Felli et al (2015) aponta para o processo de desgaste referido pelos trabalhadores de enfermagem de acordo com a exposição a diferentes cargas de trabalho, evidenciando a sua exposição aos diferentes tipos de riscos/cargas de trabalho: biológicas, físicas, químicas, ergonômicas (fisiológicas) e psíquicas.

Sobre a **dificuldade de comunicação**, o “déficit de contato” referido por E6, foi corroborado por alguns outros entrevistados, por exemplo, por E16 que alegou “pouca comunicação entre as equipes e a coordenação da vigilância no distrito [...]”. Tal limite também foi confirmado no Doc2, em que consta que a Oficina de Identificação e Priorização de Problemas do Distrito Sanitário selecionado realizada em 2017 apontou a falta de comunicação nas unidades e entre o distrito e fluxo de comunicação deficiente entre os setores no DS.

A comunicação, segundo Becker e Rosenzweig (2015), envolve diálogo, sendo, portanto, um “espaço de construção de prática e circulação de sentidos e informações”, podendo promover a interação entre as instituições, comunidades e indivíduos para o planejamento das ações. No entanto, o modo como a comunicação se estabelece fazendo com que as categorias profissionais atuem em paralelo, em detrimento do trabalho em equipe, é influenciado pelos diferentes níveis hierárquicos, poder e conflitos no do trabalho no campo da saúde (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Portanto, há referências de que a falta de diálogo (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009) e o planejamento descontínuo e insuficiente (ELIA; NASCIMENTO, 2010) caracterizam a realidade dos serviços, necessitando, portanto, ser ampliada e continuada para que as necessidades de saúde sejam colocadas pela população atendida.

Estudo realizado por Rangel tem apontado para a “participação social na gestão do sistema de saúde” como ponto crítico da comunicação em vigilância sanitária. “Os profissionais de Visa entendem que suas ações de comunicação interna têm operado com baixa transparência”, isso tem implicado negativamente para avanço do controle social e engajamento mais competente de seus agentes na gestão do sistema (COSTA, 2009 apud RANGEL, 2009, p.160). Entretanto, ressalta-se para a importância do papel da comunicação para melhor articulação das ações entre setores para atender as necessidades dos usuários dos serviços, bem como a apropriação dos direitos por parte da população. Cabendo ao cidadão colaborar nesse sentido, cabendo informar

e notificar qualquer irregularidade que possa provocar riscos, danos e agravos à saúde deve ser feita pelo cidadão à autoridade sanitária (Doc1).

Para a organização e a efetivação do planejamento são necessários momentos de diálogos multiprofissionais, para elaborar e propor atividades que vão ao encontro das necessidades encontradas, sendo as reuniões estratégicas para isso. A reunião de equipe, segundo Bosa (2012) é um momento propício, dentre outras coisas, para o planejamento de ações, o fechamento dos relatórios, ampliação do conhecimento do território, avaliação do trabalho realizado e compartilhamento com a comunidade (BRASIL, 2009).

No âmbito da vigilância sanitária, Lucchesea pud O'Dwyer (2007, p.477) destaca que “a comunicação ainda é pontual” e acrescenta que “há um grande espaço, precariamente explorado, para a ação educativa no âmbito da vigilância sanitária, tanto no que se refere ao entendimento do risco à saúde, envolvido nos atos e nas situações cotidianas, quanto no que se relaciona com os direitos de cidadania”.

A fragilidade e a inexistência de ações continuadas de comunicação, bem como a carência na produção de material informativo sobre vigilância sanitária, foram constatadas, inclusive, referidas como determinante na manutenção de uma imagem negativa do setor junto à população (MOUTINHO; CAMPO e JESUS, 2012).

Quanto às **ações restritas e descontínuas da VISA**, foram citadas a ação restrita à emissão de alvará, inclusive, sem retorno sobre as intervenções (E9), dado o distanciamento das equipes de VISA com os serviços (E14).

A execução de determinados procedimentos, bem como, a descontinuidade das ações pelos profissionais e gestão da VISA, podem ter relação direta com outro limite aqui discutido, relacionado a insuficiência de profissionais. Limites no processo de trabalho têm sido atribuídos às insuficiências qualitativas quanto à disponibilidade de pessoal e acentuadas distorções nas distribuições geográficas, sociais e institucionais desses recursos humanos (LEITE; OLIVEIRA, 2008).

De acordo com Santos; Melo et al (2008) percebe-se uma relação restrita entre VISA e ESF, considerando, no entanto, uma compreensão nos problemas de saúde da área de abrangência e que deverão ser direcionados conforme a complexidade e disponibilidade de recursos, assegurando a integralidade da atenção e a melhoria dos indicadores de saúde.

Algumas ações ainda encontram dificuldades para serem incorporadas no processo de trabalho dos profissionais de saúde. A incorporação das ações de promoção permanece ainda distante da prática concreta dos profissionais de saúde, porque é difícil incorporá-las no seu processo de trabalho, especialmente quando ainda prevalece um modelo de atenção à saúde que

tem como base de sustentação o modelo biomédico (O'DWYER et al, 2007). É visível a dificuldade dos profissionais em ampliar suas ações para além dos fatores determinados, como também a utilização das práticas comunicativas dialógicas e participativas nas equipes da VISA e ESF (ELIA e NASCIMENTO, 2011).

O Doc2 aponta que as atividades educativas enquanto procedimentos desenvolvidos pela VISA totalizaram no ano de 2016: para o setor regulado (41), atividades educativas sobre a temática da dengue realizadas para a população (49) e atividades educativas com relação ao consumo de sódio, açúcar e gordura para setor regulado e população (6); contra mais de 13 mil inspeções de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.

Para O' Dwyer (2007) a monitoração da qualidade dos serviços de saúde utilizados pela população é um instrumento de atuação da Visa, sendo de fundamental importância no diagnóstico dos problemas dos serviços e proposição de soluções. Esse instrumento também pode ser introduzido pela EqESF como prática no cotidiano das equipes.

**Quadro 4 - Possibilidades para a articulação entre as práticas de VISA e ESF.**

<b>Possibilidades</b>	<b>Entrevistados</b>
Iniciativa dos profissionais da ESF	E3, E5, E8
Iniciativa da gestão e da VISA	E1, E3, E10
Melhorar a comunicação entre as equipes de VISA e ESF	E4, E6, E7, E9, E13, E14, E16
Reuniões frequentes para planejamento e discussão das ações e intervenções	E4, E6, E7, E8, E9, E10, E14, E15, E16
Visitas periódicas regulares e ações contínuas e em conjunto	E1, E5, E6, E8, E10, E11, E14
Capacitação dos profissionais	E5, E10, E12, E15

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos relatos das entrevistas.

As **iniciativas dos profissionais** e as **iniciativas dos gestores** foram citadas pelos entrevistados como possibilidades para a articulação entre as práticas de VISA e ESF. Inclusive E8 destacou que as iniciativas devem vir de ambas as partes, enquanto E10 atribuiu que a iniciativa “deveria partir primeiro da própria vigilância essa proximidade” (E10).

Sobre tais iniciativas para articulação, E7 sugere “formar grupos, incentivar as equipes, reunir”. Processo de incentivar e motivar as equipes locais de atenção básica tem se tornado valioso dispositivo dos gestores, para promover a participação dos trabalhadores de saúde nos processos decisórios da produção da saúde, quando se busca uma relação mais humanizada

entre membros da equipe e usuários e a garantia de resultados mais efetivos (MOUTINHO; CAMPO; JESUS, 2012).

Outra possibilidade citada por grande parte dos entrevistados **foi melhorar a comunicação entre as equipes de VISA e ESF**, sendo apontadas diferentes estratégias para isso, por exemplo, a criação de fluxograma, cronograma (E6), atuação mais direta mediante conversa (E7), produção de informes (E16), maior contato físico (E13, E14) e maior feedback (E13).

De acordo com Moutinho; Campo; Jesus (2012, p.211), em 2001, na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, realizada em Brasília, já se discutiam estratégias para a melhoria de comunicação entre VISA e ESF. No seu estudo identificou-se ausência de ações de comunicação, falta de material informativo sobre vigilância sanitária e necessidade de atualização nas ações de vigilância sanitária. Cabe destacar a “necessidade de articulação e incorporação definitiva das ações de vigilância sanitária nas demais ações de saúde (inclusive na saúde da família), capaz de promover atitudes que venham a elevar a consciência sanitária da população mediante ações educativas, sensibilização e capacitação” (CAMPO; JESUS, 2012, p.211).

O’Dwyer (2007, p.477) também pontua “as oportunidades da vigilância sanitária trabalhar, junto à comunidade, a informação e a comunicação de forma contextualizada, tão necessária para maior efetividade no controle dos riscos”. E, acrescenta que a equipe de saúde da família pode ser o elo entre a comunidade e a equipe de vigilância sanitária. Nesse sentido, dentre as possibilidades de atuação articulada da VISA com a ESF, destacam-se a informação ao cidadão sobre possíveis riscos, sobre a qualidade e a eficácia de produtos e serviços ofertados à população, tornando possível a tomada de decisão conjunta e a participação popular (MOUTINHO; CAMPO; JESUS, 2012).

O uso de instrumentos formais de comunicação como fluxograma, informes podem potencializar a atuação articulada e integrada entre as ações da VISA e da ESF, desde o planejamento até as intervenções junto à população.

Outra possibilidade identificada a partir das entrevistas foram as **reuniões frequentes para planejamento e discussão das ações e intervenções**. Reunião para apresentar relatório de inspeção com visão de toda a USF (E10; E15; E14), reunião para planejamento das ações (E4, E16) nas unidades com participação da VISA (E16), execução do processo de trabalho (E4), discussão entre os profissionais da VISA e USF (E15).

A reunião de equipe caracteriza-se como oportunidade fundamental para o diálogo e construção do planejamento, além de ser considerado por Oliveira e Casanova (2009) como importante recurso para resolver conflitos e problemas, incentivar e motivar as equipes,



promover a participação dos trabalhadores no processo decisório para melhores resultados na produção de saúde.

A reunião de planejamento também pode ser pensada com a participação de representantes da comunidade, a fim de estabelecer um espaço de discussão ampliada. Conforme Moutinho, Campo e Jesus (2012) através do trabalho em parceria com a população, é possível construir uma série de possibilidades de ação e intervenção que contemplem uma mudança da realidade da equipe e da população, sendo uma delas a educação em saúde.

A proposição de estratégias de intervenção e ação requer uma avaliação no planejamento do processo de trabalho e nos papéis assumidos pelos trabalhadores. Esse "reolhar" pressupõe uma reflexão da gestão por meio de instituir mudanças, as quais possam contribuir para uma transformação do processo de trabalho e do processo de saúde/doença dos trabalhadores (SILVA et al, 2013).

Quanto às **visitas periódicas regulares e ações contínuas e em conjunto** também foram referidas como possibilidade para tal articulação. Assim, o trabalho em conjunto, com articulação integrada entre os setores da VISA e USF (E8, E10) e a vontade de ambos os setores (E8), revelaram-se desejosos por E11 ao afirmar que “a gente queria estar de mãos dadas com a vigilância” para o desenvolvimento e acompanhamento das ações. Dois exemplos de ação contínua e programada foram a presença da vigilância em palestras (E10) desenvolvidas na ESF e a criação de grupo para trabalhar articuladamente as ações da VISA e ESF (E1; E6). Para E10, as ações contínuas devem ser para além das visitas.

Costa e Souto (2011) destacam a relevância da integração da VISA com Atenção Básica no desenvolvimento das ações educativas para promover saúde e para articular a prevenção de doenças; no entanto, para os demais serviços de saúde tal aproximação poderia ser iniciada a partir da comunicação e troca de informações.

Quando se trata de **capacitação dos profissionais**, citadas por E5, E10, E12, E15, tem-se por desafio qualificar os trabalhadores para a proposição de intervenções sensíveis e adaptadas ao contexto no qual vivem as populações. “[...] as práticas de saúde devem ser entendidas como realidades sócio culturalmente constituídas através de técnicas de educação, onde devem ser emancipatórias e ter no diálogo seu instrumento essencial para alcance dos resultados [...]” TRAD & BASTOS apud (O'DWYER, 2007, p. 472).

A estratégia de capacitação, formação e educação permanente para as equipes é uma iniciativa que continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto política potencial capaz de levar adiante mudanças em curso, para preparar e qualificar os profissionais para o exercício comprometido da prática (SOUSA; HAMANN, 2009) e que considerem as diferentes

realidades e condições de vulnerabilidade em que estão expostas as populações. Nesse sentido, Elia e Nascimento (2011), referindo-se a ESF, afirmam sobre a necessidade de considerar as diretrizes políticas para a implementação, metodologias e instrumentos de planejamento e avaliação, adequando-as às peculiaridades e necessidades locais, e contemplando ações de proteção e redução dos riscos que sejam desenvolvidas de modo articulado dentro do território.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou sobre as ações/práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes de Vigilância Sanitária e Estratégia Saúde da Família, questionando seus limites e possibilidades de articulação. Tendo em vista a mudança de modelo de atenção que posiciona a Atenção Básica articulada aos demais serviços da rede como promissora ao alcance da integralidade da atenção e aos impactos positivos sobre os determinantes de saúde, estão postos desafios para a gestão, profissionais e usuários, e por outro lado, oportunidades para seu envolvimento.

No entanto, o estudo buscou responder aos questionamentos de interesse para uma investigação sobre a prática: as ações da Vigilância Sanitária têm se articulado ao processo de trabalho das equipes das Estratégias de Saúde da Família em Salvador? as ações de vigilância sanitária estão sendo integradas às demais práticas do SUS com vistas a garantir a integralidade da atenção à saúde da população?

O estudo apontou que o caráter fiscalizatório e regulatório caracteriza a VISA, ficando evidente o controle sanitário de produção e consumo de bens e serviços, de processos e ambientes, especialmente evidenciado pela execução dos procedimentos para emissão de alvará serem quantitativamente significativos no escopo de suas ações cotidianas. A redução de risco foi um dos aspectos mais enfatizados pelos entrevistados, evidenciando-se a necessidade da construção de um diálogo mais aprofundado entre os órgãos e unidades da vigilância, minimizando as distâncias e diferenças, buscando fortalecer a capacidade de gerenciamento do sistema e integração.

Quanto às ações de saúde no âmbito do território distrital, no âmbito domiciliar, no âmbito das unidades de saúde e ações transversais e intersetoriais, estão relacionadas a identificação de situações de risco, orientação e educação em saúde. Iniciativas de integração e articulação entre a VISA e ESF foram apontadas, e constituem ações para o futuro, já tendo ocorrido no passado.

Muitos limites foram identificados a partir das entrevistas e confirmados nos documentos, aqueles relacionados à gestão, às questões político-gerenciais, aos recursos humanos e condições de trabalho e dificuldades para comunicação. Constata-se a necessidade de investimento na estrutura do Sistema Municipal da VISA, principalmente por conta do grau da insuficiência de comunicação, insuficiência de profissionais e das dificuldades enfrentadas no processo de articulação das ações da VISA, no âmbito do distrito.

O princípio da integralidade foi incorporado no SUS enquanto princípio para sua operacionalização, no entanto, as práticas fragmentadas e isoladas revelam a situação dos territórios de saúde, enquanto espaços de implementação das ações de saúde. Os limites apontados neste estudo evidenciam os modos como as ações de vigilância, promoção da saúde, proteção e redução do risco se expressam no território, ainda que tenha sido apontada iniciativas de articulação e integração entre a VISA, equipes de SF e outros atores e instituições de variados setores. Restrição de recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis caracterizam a realidade investigada e não diferente de outras realidades municipais brasileiras.

Quanto às potencialidades, este estudo evidenciou as iniciativas de profissionais e gestores, bem como a utilização de dispositivos e oportunidades para o planejamento e intervenção. Assim, considerando as mudanças necessárias ao modelo de atenção à saúde no Brasil, ainda que a conjuntura possa ameaçar a sustentabilidade econômica e política do SUS, é urgente a necessidade de refletir sobre a gestão, a política, os recursos e as competências para a efetivação de ações integradas e articuladas entre os serviços dentro da área da saúde e estabelecer parcerias para além do setor, somando forças para a defesa de um sistema universal, único e integral. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família e a Vigilância Sanitária poderão desenvolver ações articuladas de modo a responder às demandas de saúde da população, requerendo pensar sobre o processo de trabalho - objeto, conhecimentos, saberes, instrumentos e finalidade - para planejar e executar ações voltadas à população sob sua responsabilidade sanitária.

Diante dos limites apontados neste estudo, sugere-se à SMS a adoção de medidas de investimento em recursos humanos com vista a efetividade que esse setor pode trazer a partir das ações de intervenções de problemas detectados, bem como, a promoção de encontros e ações integradas entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e ambiental e articuladas com as equipes de Saúde da Família e demais atores individuais e institucionais a fim de potencializar as ações para maior impacto sobre a saúde da população em seu contexto socioeconômico e ambiental.

Este estudo pode ser considerado oportuno à reflexão e discussão sobre o desenvolvimento de práticas com participação dos diversos atores que operam no território e que de modo articulado e integrado poderão potencializar impactos positivos sobre a situação de saúde da população.

Por fim, diante das evidências deste estudo que indicaram *dificuldades no processo de articulação das ações da VISA com o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família e limitada integração das ações de vigilância sanitária às demais práticas do SUS*

*com vistas a garantir a integralidade da atenção à saúde da população*, apresentam-se algumas propostas e recomendações sugeridas para o equacionamento dos limites apontados:

1. Promover oportunidades de encontros para o planejamento de ações integradas e articuladas entre a Vigilância Sanitária e a Estratégia Saúde da Família, no âmbito dos distritos sanitários;
2. Estimular o cumprimento de programação anual para a proposição de ações e o desenvolvimento de atividades articuladas entre a VISA e a ESF no âmbito do território;
3. Potencializar as relações entre os profissionais da SMS, VISA e ESF mediante a oferta e utilização de meios de comunicação, dentre outras estratégias;
4. Utilizar os espaços dos conselhos distritais e também municipal para estimular a integração e articulação das ações de vigilância com as demais unidades e serviços no âmbito territorial, inclusive, envolvendo a comunidade nessa discussão;
5. Promover espaços de formação e/ou qualificação para gestores, profissionais e comunidade para o desenvolvimento de ações para a proteção à saúde e redução de riscos;
6. Produzir e fazer circular periodicamente informes sobre as ações de vigilância realizadas no âmbito dos distritos sanitários e meios de participação da população para o desenvolvimento de ações de proteção, redução de risco e promoção de ambientes seguros;
7. Acompanhar e avaliar as ações a fim de assegurar a sua integração com as demais práticas no SUS e articular seu desenvolvimento com os diversos atores com vistas a integralidade da atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

AITH, F.; MINHOTO, L. D.; COSTA, E. A. Poder de polícia e vigilância sanitária no Estado Democrático de Direito. **Tema para debates**. 2009.

ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. **Epidemiologia & Saúde**: Fundamentos, método, aplicações. Ed. Guanabara Koogan, 2014.

CECOVISA-NESCON - Centro Colaborador Em Vigilância Sanitária. **Ações de vigilância sanitária na atenção básica relatório da pesquisa belo horizonte**, 2006.

ALVES, A. C. R. **Gestão da assistência à saúde no HU/CAS/UFJF**: uma discussão sobre o modo tecnológico de intervenção. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Juiz De Fora. Fevereiro, 2009.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010.

BECKER, D. V.; ROSENZWEIG, P. Q. A importância da comunicação estratégica para a promoção de ações de saúde pública. **Revista Panorama**, edição on line v. 5, n. 1, jan/dez. 2015.

BARRA, S. A. R. **Gestão da Estratégia Saúde da Família**: o desafio de consolidar a intersetorialidade. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal De Juiz De Fora 2013

BOSA, G. S. **A relação entre vigilância epidemiológica e atenção básica no SUS**: o caso de Forquilha/SC. 2012. Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

BISCARDE, D. G. S. Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de salvador e de fortaleza: Instâncias, Processos De Pactuação E Relações De Poder. (Tese de doutorado) 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 81 de 5 de novembro de 2008. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Bens e Produtos Importados para fins de Vigilância Sanitária.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 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. **Senado Federal**. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 20/04/ 2017.

BRASIL. Lei nº 9.782/99. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. **Gestão participativa e co-gestão**. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. 2009, 56 p.: Il.color.- (Série B.Textos Básicos de Saúde);

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2012..

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/GM Nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/index.php>. Acesso em 13/07/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2003. IN: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas no Brasil**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 231-253;

BRASIL. **Portaria n. 2.436, de 21 de set. de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, p. 1-38, set. 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>>.

BRASIL. Sala de Apoio a Gestão Estratégica. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em 10/04/ 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARDOSO A. C. M, FIGUEIREDO R. M. **Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF)**. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2010; p. 368-372.

COSTA, E. A. Fundamentos da vigilância sanitária. In: COSTA, EA. Org. **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 11-36;

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. In: ROZENFELD, S; ROUQUAYROL, M.Z; GURGEL, M. *Epidemiologia & Saúde*, 7ª ed. RJ, Medbook, 2013, p. 493 – 504.

COSTA, A. E; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos de Vigilância Sanitária**. RJ, Fiocruz, 2000, p. 14-27.

COSTA, E.A. **Regulação e vigilância sanitária: proteção e defesa as saúde**. In: *Epidemiologia & Saúde*. 7ªed. Rio de Janeiro. MedBook, 2013. Cap. 26, p. 510-511.

COSTA, E.A. **Regulação e vigilância sanitária: proteção e defesa as saúde**. In: VIEIRA, REDIGUIERI E REDIGUIERI (Orgs.). *A Regulação de Medicamento no Brasil*. Porto Alegre. Artmed, 2013. 672p.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: temas para debate** [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. p.237.

COSTA, E. A.; SOUTO, A.C. Área Temática de Vigilância Sanitária. In: Org. PAIM. J.S; ALMEIDA FILHO. N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p.327-339;

COSTA, I.C.S; SOUTO, A. C. Indicadores em Vigilância Sanitária de Alimentos. **Rev. de Saúde Pública**. 2011.

DE PAULA, E.M.B. **Saúde e Cidadania: Vigilância Sanitária**. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS (Org). Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP. São Paulo, 1998.

DE SETA, M. H.; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 3, p. 3307-3317, 2010.

DIAS, M. A. S.; PARENTE, J. R. F.; VASCONCELOS, M. O.; DIAS, F. A. C. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014.

ELIA, P. C.; NASCIMENTO, M. C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [ 2 ]: 745-765, 2011.

FARIA, L. S; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da Vigilância à Saúde: um horizonte para a integralidade. **Acta Paul Enferm**. 2009, vol.22, n.4, pp.422-427

FERNANDES, C.M. Condições Demográficas. In: CARVALHO, I.M.M.; PEREIRA, G. C. *Como anda Salvador e sua região metropolitana*. Salvador: Edufba, 2006,185p.



FERNANDES, R.Z.S; VILELA, M.F.G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha, **Ciência e Saúde Coletiva**, 2014.

FELLI, V.E. A et al. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas de trabalho e suas conseqüências. **Rev Esc Enferm USP**. 2015, vol.49, n.spe2, pp.98-105

FORTES, P.A.C. Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania. FIOCRUZ, 2006. In: DI PIETRO, M.S.Z. **Direito Administrativo**. Atlas, São Paulo. 1990.

FRACOLLI, L. A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP** 2011.

GERALDES, C. M. B. **A vontade política ou a (im) possibilidade de um ser político humano**. [Tese de doutorado]. Universidade da beira interior, Covilhã, Junho de 2013.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistemas no Brasil**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008. 453-472p.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à saúde. In: GIOVANELLA, L (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. Cap. 16. 2008.

GONDIM, G.M.M et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C et al (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fio cruz, 2008, p. 237-255.

GOTTEMS, L. B. D. **Análise da Política de atenção primaria à saúde desenvolvida no Distrito Federal**: a articulação entre contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação das políticas de saúde (1970 a 2009). Tese UnB, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo de 2013**. Brasília. Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/indicadores\\_sociais\\_municipais/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/indicadores_sociais_municipais/default.shtm)  
m> Acesso em: 20 abr. 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

LEAL, C. O. B. S. **Análise Situacional da Vigilância Sanitária em Salvador**. Dissertação (mestrado em saúde comunitária) ISC/UFBA, Salvador, 2007.

LEITE, M. J. V. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. **Recursos humanos em vigilância sanitária**: uma discussão sobre perfil profissional. *Holos*, Ano 24, Vol. 1. 2008.

LIMA, Y. O. R. **Trabalho em saúde**: O poder de polícia na visão do Profissional de vigilância sanitária. 2008. – [dissertação de mestrado]. Universidade Federal da Bahia, 2008.

- LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária. Os rumos da vigilância sanitária no Brasil.** Tese (doutorado em saúde pública) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- MARTINS, et al. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. **Ciência cuidado e saúde.** 2008; p. 485-92.
- MACÊDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, maio/ago. 2014
- MEIRELLES, H. L. Fiscalização Administrativa. In: Diniz MH. **Dicionário jurídico.** 3 ed. São Paulo: Saraiva; 2008.
- MENDES EV. **Distritos sanitários:** processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história:** raízes sociais do trabalho médico – Dissertação. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde:** processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série Textos).
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C; DESLANDES, S.F.O; GOMES, R. (Orgs.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 30.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011, p 09-30.
- MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde** – o caso do Programa Saúde da Família. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Tese de Livre Docência. Ribeirão Preto, 2003;
- MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. INTERFECE. **Comunicação Saúde Educação** v.13, supl.1, p.627-40, 2009.
- MOUTINHO, F. F. B; CAMPOS, M. G.; JESUS, P. B. R. A importância da implementação de ações educativas em vigilância sanitária pelas equipes da estratégia saúde da família: Breve Revisão. **Rev APS.** 2012 abr/jun; 15(2): 206-213.
- NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.** 2015 Jul/set; 20(3): 636-640.

O'DWYER, G; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no da saúde e no da saúde e no locus saúde da família saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.467-84, set/dez 2007.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009.

PAIM, J. S. **A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários**. In: MENDES (org.) Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador: CEPS, 2002. 447p.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção e Vigilância da saúde**. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Bahia; Saúde no Brasil 1, 2011. (Séries de seis fascículos em Saúde no Brasil).

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol MZ, **Epidemiologia & Saúde**, 4a ed., MEDSI, Rio de Janeiro, 1994.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública** 2006.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, **Educação e Saúde**, 2002.

PEDUZZI, M; SCHRAIBER, L.B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: **Fiocruz/Mistério da Saúde**. 2008. 2ª ed, p. 320-322.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerente de serviços de saúde: possibilidade de prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e população, 2007. Tese, São Paulo: Universidade de São Pulo – **Escola de Enfermagem**.

RANGEL, M. L. Comunicação em vigilância sanitária. In: COSTA, EA. (orgs). **Vigilância Sanitária: Temas para debate**. EDUFBA. Salvador, 2009. p.153-170;

RECKTENWALDT, M; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.2, p.367-381, 2017;

REIS, C.B. & ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.

RIBEIRO, P. C. S. **Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em hospitais estaduais de salvador-bahia e região metropolitana**: um estudo sobre as ações da vigilância sanitária. 2013. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Distritos Sanitários. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/distritos-sanitarios/> Acesso em: 10/01/2017.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Ação da Vigilância Sanitária e Ambiental. **Secretaria Municipal de Saúde**, 2000.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Ação da Vigilância Sanitária e Ambiental. **Secretaria Municipal de Saúde**, 2010.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde de Salvador 2014-2017. **Secretaria Municipal de Saúde**, 2014.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório final da XII Conferência Municipal de Saúde de Salvador. Salvador: **Secretaria Municipal de Saúde**; 2013.

SANTANA, F. R., et al. Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):422-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16936>.

SANTOS, S. S. B.; MELO, C. M. M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília**: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao\\_primaria\\_\\_equilibrio\\_entre\\_\\_necessidade\\_de\\_saude\\_\\_servicos\\_e\\_tecnologia/291](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_primaria__equilibrio_entre__necessidade_de_saude__servicos_e_tecnologia/291) . Acesso em: 20/03/2018.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M.F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out-dez 2016.

SILVA, S. M. et al. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2013. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt\\_v21n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a03.pdf) . Acesso em: 20/03/2018.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, 2011.p.991-1004.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009;

SOUZA FILHO, R. de. *Gestão Pública e Democracia: A Burocracia em Questão*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011;

SOUZA, M.C.D. **Regulação sanitária de produtos para a saúde no Brasil e no Reino Unido: o caso dos equipamentos eletromédicos** [tese]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2007;

SOUZA, M. M. O; GUEDES, J. P. F. S. **A integração da vigilância em saúde com a atenção básica por meio da estratégia saúde da família**. S/D.

SOUZA, N.; TEIXEIRA, R. C. Ações de uma equipe de Saúde da Família no domicílio segundo usuário deste serviço. Em Ananindeua, Pará. **Rev. Cad Ed Saúde E Fis**. 2014, out;14(4):472-80.7.;

TEIXEIRA, C. F. A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador. EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C.F; PAIM, J.S; VILASBOAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (org.). **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

TEIXEIRA, C.F; VILASBÔAS, A.L. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?** In: PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. (Org) *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1ª edição. Rio de Janeiro. Medbook. 2014. Cap. 21. p. 288-290.

TEIXEIRA, C. AF. Planejamento e Programação Situacional em Distritos Sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993. p. 237-265.

UNGLERT, C. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Curso Básico em Vigilância Sanitária: Ética no pensar e no fazer voltados para a cidadania**, Fortaleza, 2015. 20p.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Janeiro. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-) Acesso em: 12/03/2018.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – RESULTADOS DA BUSCA DE ESTUDOS

TÍTULO	REFERÊNCIA	RESUMO
Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio. <b>Saúde Debate</b>   Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out-dez 2016.	Denise Alves José da Silva, Maria de Fátima Lobato Tavares.  Saúde Debate   rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, OUT-DEZ 2016.  <a href="http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0193.pdf">http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0193.pdf</a>	A intersectorialidade é uma ação de promoção da saúde modificadora dos determinantes sociais de saúde. O objetivo deste estudo foi o de analisar ações intersectoriais a partir da percepção das equipes de saúde de uma unidade de saúde da cidade do Rio de Janeiro. Optouse pela pesquisa qualitativa, aplicando-se entrevistas semiestruturadas e observação direta. Os resultados revelam frágil planejamento, monitoramento e avaliação de ações; a gestão e o controle social mostraram-se pouco efetivos e observou-se baixa participação popular; trabalho interequipe e intersectorial desarticulado; formação não focada na interdisciplinaridade. A equipe construiu proposições para reorientar práticas e fomentar ações intersectoriais na lógica da saúde ampliada.
A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte	Micheli Recktenwaldt, José Roque Junges. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.367-381, 2017.  <a href="http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00367.pdf">http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00367.pdf</a>	O objetivo desta pesquisa é discutir as consequências dessa sobreposição de responsabilidades sobre o desempenho do papel da vigilância em saúde em quatro pequenos municípios da região do Vale do Rio Caí (RS). Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, com coleta de dados por meio de grupos focais com os profissionais da vigilância, entrevistas com os secretários municipais de saúde e consulta a documentos de gestão municipal. Os dados foram interpretados na perspectiva de análise de conteúdo. Como resultados emergiram duas categorias analíticas explicativas do funcionamento da vigilância em saúde nesses pequenos municípios: desvalorização da vigilância e falta de planejamento na vigilância. Esses resultados permitiram discutir criticamente o papel da vigilância para alcançar a integralidade das práticas; os modelos de gestão e de atenção à saúde definidores das prioridades dos serviços de saúde; e a pertinência do processo de descentralização e delegação de tarefas da vigilância para a responsabilidade de municípios de pequeno porte.
A construção do plano local como atribuição	Patricia Campos Elia, Marilene Cabral do Nascimento	As atribuições das equipes de Saúde da Família incluem a elaboração de um plano local, com participação da comunidade, considerando as peculiaridades e necessidades de saúde em cada

<p>das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro</p>	<p>Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011</p> <p><a href="http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200021">http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200021</a></p>	<p>território. Através de um estudo de caso com abordagem qualitativa, analisou-se o processo de planejamento local em três equipes, situadas em diferentes áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. A seleção priorizou maior tempo de implantação e de estabilidade na composição das equipes, considerando a probabilidade de maior integração interna e junto a seus territórios. Participaram todos os profissionais das equipes e seus supervisores regionais. Os dados foram coletados através de observação direta das reuniões das equipes e entrevistas semiestruturadas. Optou-se pela análise de conteúdo com abordagem temática, utilizando as categorias teóricas de risco, vulnerabilidade e planejamento participativo. Os resultados mostraram um processo de planejamento local ainda incipiente, sem definição clara de metas comuns, subutilização de critérios e instrumentos preconizados, tendência normativa e focado em aspectos biológicos. Entre as sugestões para fazer avançar o planejamento, destacaram-se adequação do espaço físico nas unidades de saúde, estabilidade no fornecimento de insumos, regulação da rede de serviços, inclusão de um profissional administrativo em cada unidade de saúde e ações de educação permanente. Entende-se que a formulação e implementação de metodologias e instrumentos básicos capazes de traduzir as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e se adequar às peculiaridades de cada território, junto ao fortalecimento de uma cultura de planejamento participativo, se mostram fundamentais para a</p>
<p>Gestão regional do SUS nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza: processos de pactuação e relações de poder</p>	<p>Daniela Gomes dos Santos Biscarde.</p> <p>Repositório – UFBA, 2016</p> <p><a href="https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21631/1/TESE%20DANIELA%20BISCARDE.2016.pdf">https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21631/1/TESE%20DANIELA%20BISCARDE.2016.pdf</a></p>	<p>Pesquisa qualitativa utilizando estudo de casos múltiplos para análise comparativa de realidades estaduais contrastantes. A produção de dados combina análise documental com observação direta e entrevista com gestores das instâncias estaduais, municipais e federal. A imersão em campo contemplou participação em diversas reuniões reveladoras do processo de gestão do SUS nos dois estados: Comissão Intergestores Regional, Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, reuniões entre nível central e regional, além de reuniões ampliadas do COSEMS. Diante de múltiplas experiências de regionalização no país, o estudo de casos para análise comparada potencializa a identificação de aspectos que potencializam a gestão regional do SUS. Nas regiões metropolitanas estudadas, o financiamento e a influência da capital são</p>

		concebidos de forma semelhante, no entanto, o papel da esfera estadual e os elementos técnicos e políticos expressam-se com marcantes diferenças nas duas realidades. A continuidade da equipe técnica estadual, o papel exercido pelas instâncias regionais e sua articulação com o nível central das secretarias de saúde são aspectos que foram evidenciados como fundamentais para o fortalecimento da gestão regional.
Ações de saúde na estratégia da saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade	<p>Fabiana Ribeiro Santana, Fernanda Ribeiro Santana, Giselle Vieira dos Anjos, Thiago Vieira Campos, Patrícia Carla Teixeira Lima, Mayra Maia Lopes, Rafaela Pereira de Lima, Normalene Sena de Oliveira, Claci Fátima Weirich, Cinira Magali Fortuna</p> <p>Rev. Eletr. Enf. abr/jun. 2013</p> <p><a href="https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a15.pdf">https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a15.pdf</a></p>	<p>Objetivou-se com este estudo analisar as ações de saúde desenvolvidas por equipes de saúde da família em um município do sudeste goiano à luz da integralidade. Trata-se de pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e, após uma análise de conteúdo, elegeram-se três categorias temáticas: Ações dos trabalhadores e articulação entre elas; A ESF não funciona como Estratégia Saúde da Família; Atualização das equipes de saúde da família. Os resultados demonstram a fragmentação das ações e desarticulação entre os trabalhadores, o que dificulta a integralidade. Concluiu-se, assim, que existe uma necessidade de investimentos na educação permanente em saúde, no fortalecimento do controle social, na avaliação participativa no SUS e no aprimoramento de tecnologias de gestão e cuidado. Descritores: Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Assistência à Saúde; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem em Saúde Pública.</p>



## APÊNDICE 2 - ROTEIROS DE ENTREVISTA

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA I:** Coordenador da VISA da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS/BA) – Nível Central

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **I – IDENTIFICAÇÃO**

01 – Nome Completo ( )

02 - Idade ( )

03 - Gênero: Masculino ( ) Feminino( 2 )

06 - Escolaridade: nível fundamental (1) médio (2) graduado (3) pós graduado (4)

07 - Formação graduação \_\_\_\_\_

08 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_

09 - Tempo de ocupação do cargo: \_\_\_\_\_

10 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )

11 - Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

12 - Tem vínculo empregatício com o município? Sim ( ) Não ( )

13 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? Contratado ( 1 ) concursado( 2 )

14 - Qual a função exercida no vínculo supracitado? \_\_\_\_\_

15 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

16 – Qual: \_\_\_\_\_

17 - Onde: \_\_\_\_\_

18 - Tempo de duração: \_\_\_\_\_

19 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

20 - Onde: \_\_\_\_\_

21 – Qual a sua carga horária diária ou semanal de trabalho na Visa: \_\_\_\_\_

#### **1. DISTRITO**

a) População da Região Metropolitana de SSA:

b) População coberta pelo DS:

c) Quantas profissionais compõem a equipe técnica da VISA atualmente no Distrito?

d) Como é feito o recrutamento e seleção de profissionais para o VISA?

#### **3. PROCESSO DE TRABALHO**

1. A territorialização da área de abrangência está atualizada? Sim ( ) Não ( ) Em caso negativo, por quê?

2. O que pensa a respeito do papel da VISA no distrito Sanitário?

3. Como a VISA se comporta nos diferentes distritos sanitários? (Tanto em termos de estrutura como de organização do trabalho e processo de trabalho).

4. As ações da Vigilância Sanitária têm se articulado ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em Salvador? Se sim, quais as ações desenvolvidas e como tem se dado este processo?

5. Quais os conhecimentos, métodos e instrumentos da VISA que estão sendo incorporados ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família?

6. Como se dá a relação entre os profissionais da VISA e do PSF? Como você acha que deveria ser esta relação?

7. Aponte limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA 2:** Técnicos da VISA da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS/BA) – Nível Central

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**I – IDENTIFICAÇÃO**

01 – Nome Completo ( )

02 - Idade ( )

03 - Gênero: Masculino ( 1 ) Feminino ( 2 )

06 - Escolaridade: nível fundamental (1) médio (2) graduado (3) pós graduado (4)

07 - Formação graduação \_\_\_\_\_

08 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_

12 - Tem vínculo empregatício com o município? Sim ( ) Não ( )

13 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? Contratado ( 1 ) concursado( 2 )

14 - Qual a função exercida no vínculo supracitado?

09 - Tempo de ocupação como técnico da Visa: \_\_\_\_\_

15 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

16 – Qual: \_\_\_\_\_

17 - Onde: \_\_\_\_\_

18 - Tempo de duração: \_\_\_\_\_

19 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

20 - Onde: \_\_\_\_\_

**2. PROCESSO DE TRABALHO**

1. A territorialização da área de abrangência está atualizada? Sim ( ) Não ( ) Em caso negativo, por quê?

2. O que pensa a respeito do papel da VISA no distrito Sanitário?

3. As ações da Vigilância Sanitária têm se articulado ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em Salvador? Se sim, quais as ações desenvolvidas e como tem se dado este processo?

4. Quais os conhecimentos, métodos e instrumentos da VISA que estão sendo incorporados ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família?

5. Tem sido desenvolvidas ações intersetoriais? Sim ( ) Não ( ) - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência nesse processo? Dê exemplo.

6. Como se dá a relação entre os profissionais da VISA e do PSF? Como você acha que deveria ser esta relação?

7. Aponte limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA 3: Gerente/coordenador da VISA no Distrito Sanitário**

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I – IDENTIFICAÇÃO**

01 – Nome Completo ( )

02 - Idade ( )

03 - Gênero: Masculino ( 1 ) Feminino( 2 )

06 - Escolaridade: nível fundamental (1) médio (2) graduado (3) pós graduado (4)

07 - Formação graduação \_\_\_\_\_

08 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_

12 - Tem vínculo empregatício com o município? Sim ( ) Não ( )

13 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? Contratado ( 1 ) concursado( 2 )

14 - Qual a função exercida no vínculo supracitado? \_\_\_\_\_

09 - Tempo de ocupação: \_\_\_\_\_

10 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )

11 - Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

12 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

13 – Qual: \_\_\_\_\_

14 - Onde: \_\_\_\_\_

15 - Tempo de duração: \_\_\_\_\_

16 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

17 - Onde: \_\_\_\_\_

**2. DISTRITO SANITÁRIO**

a) População residente na área de abrangência do DS:

b) Quantos profissionais compõem a equipe da VISA no DS?

**3. PROCESSO DE TRABALHO**

1. A territorialização da área de abrangência está atualizada? Sim ( ) Não ( ) Em caso negativo, por quê?

2. As ações da Vigilância Sanitária têm se articulado ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em Salvador? Se sim, quais as ações desenvolvidas e como tem se dado este processo?

3. O que pensa a respeito do papel da VISA no distrito Sanitário?

4. Quais os conhecimentos, métodos e instrumentos da VISA que estão sendo incorporados ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família?

5. Tem sido desenvolvidas ações intersetoriais? Sim ( ) Não ( ) - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência nesse processo? Dê exemplo.

6. Como se dá a relação entre os profissionais do DS, da VISA e do PSF? Como você acha que deveria ser esta relação?

7. Aponte limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA 4: Gerente da Unidade de Saúde da Família**

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I – IDENTIFICAÇÃO**

01 – Nome Completo ( )

02 - Idade ( )

03 - Gênero: Masculino ( 1 ) Feminino ( 2 )

06 - Escolaridade: nível fundamental (1) médio (2) graduado (3) pós graduado (4)

07 - Formação graduação \_\_\_\_\_

08 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_

12 - Tem vínculo empregatício com o município? Sim ( ) Não ( )

13 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? Contratado ( 1 ) concursado( 2 )

14 - Qual a função exercida no vínculo supracitado? \_\_\_\_\_

09 - Tempo de ocupação: \_\_\_\_\_

10 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )

11 - Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

12 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )

13 – Qual: \_\_\_\_\_

14 - Onde: \_\_\_\_\_

15 - Tempo de duração: \_\_\_\_\_

16 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )

17 - Onde: \_\_\_\_\_

**2. UNIDADE DE SAÚDE**

a) Nome do USF:

b) Distrito Sanitário:

c) Quando foi implantado o PSF?

d) População residente na área de abrangência do PSF:

e) População adscrita ao PSF:

f) % de cobertura:

g) Quantas equipes estão implantadas atualmente na área de abrangência deste PSF/ atuam nesta unidade?

h) Como é feito o recrutamento e seleção de profissionais para o PSF?

**3. PROCESSO DE TRABALHO**

1. A territorialização da área de abrangência está atualizada? Sim ( ) Não ( ) Em caso negativo, por quê?

2. As ações da Vigilância Sanitária têm se articulado ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em Salvador? Se sim, quais as ações desenvolvidas e como tem se dado este processo?

3. O que pensa a respeito do papel da VISA no distrito Sanitário?

4. Quais os conhecimentos, métodos e instrumentos da VISA que estão sendo incorporados ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família?

5. Tem sido desenvolvidas ações intersetoriais? Sim ( ) Não ( ) - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência nesse processo? Dê exemplo.

6. Como se dá a relação entre os profissionais da VISA e do PSF? Como você acha que deveria ser esta relação?

7. Aponte limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF.

**ROTEIRO DE ENTREVISTA 5: Profissional de Equipe de Saúde da Família (ESF)**

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I – IDENTIFICAÇÃO**

- 01 – Nome Completo ( )  
 02 - Idade ( )  
 03 - Gênero: Masculino ( 1 ) Feminino( 2 )  
 04 - Formação graduação \_\_\_\_\_  
 05 - Formação pós-graduação \_\_\_\_\_  
 06 - Tempo de ocupação do cargo: \_\_\_\_\_  
 07 - Já atuou em outro cargo de gestão? Sim ( ) Não ( )  
 08 - Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_  
 09 - Tem vínculo empregatício com o município? Sim ( ) Não ( )  
 10 - Em caso afirmativo, qual tipo de vínculo? Contratado ( 1 ) concursado( 2 )  
 11 - Qual a função exercida no vínculo supracitado? \_\_\_\_\_  
 12 - Realizou algum curso de capacitação para a função atual? Sim ( ) Não ( )  
 13 -Qual: \_\_\_\_\_  
 14 - Onde: \_\_\_\_\_  
 15 - Tempo de duração: \_\_\_\_\_  
 16 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim ( ) Não ( )  
 17 - Onde: \_\_\_\_\_

**2. PROCESSO DE TRABALHO**

1. A territorialização da área de abrangência está atualizada? Sim ( ) Não ( ) Em caso negativo, por quê?
- 2 As ações da Vigilância Sanitária têm se articulado ao processo de trabalho das equipes das Estratégias de Saúde da Família em Salvador? Se sim, quais as ações desenvolvidas e como tem se dado este processo?
3. O que pensa a respeito do papel da VISA no distrito Sanitário?
4. Quais os conhecimentos, métodos e instrumentos da VISA que estão sendo incorporados ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família?
5. Tem sido desenvolvidas ações intersetoriais? Sim ( ) Não ( ) - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência nesse processo? Dê exemplo.
6. Como se dá a relação entre os profissionais da VISA e do PSF? Como você acha que deveria ser esta relação?
7. Aponte limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF.

**APÊNDICE 3 - MATRIZ PARA ORGANIZAÇÃO, SISTEMATIZAÇÃO E  
CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS**

	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4...</b>	<b>E16</b>
Papel da VISA no distrito Sanitário					
Ações da VISA					
Ações de vigilância pela EqSF					
VISA nos DS (estrutura, organização do trabalho e processo de trabalho)					
Ações da Vigilância Sanitária articuladas ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família					
Conhecimentos, métodos e instrumentos da VISA					
Desenvolvimento de ações intersetoriais					
Relação entre os profissionais					
Limites de articulação entre as práticas de VISA e ESF					
Possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF					

## APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado “Vigilância Sanitária e Estratégia de Saúde da Família: Estudo exploratório em um Distrito Sanitário da capital baiana”, de autoria da mestrandia Rosenilde dos Santos e sob orientação das professoras Dr<sup>a</sup>. Mariluce Karla Souza e Dr<sup>a</sup> Carmen Fontes Teixeira do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA. O objetivo deste estudo é analisar o (s) modo (s) como as ações da Vigilância Sanitária têm se articulado (ou não) ao processo de trabalho das equipes das Estratégias de Saúde da Família em um Distrito Sanitário em Salvador. A sua participação no referido estudo será no sentido de responder, através de uma entrevista cujas informações servirão para a reflexão sobre as condições sanitárias das unidades de saúde da família e as implicações sobre a articulação ao processo de trabalho das equipes das Estratégias de Saúde da Família, além de apontar quais ações da Vigilância Sanitária estão sendo desenvolvidos nos Distritos. Se você consentir, sua entrevista será gravada e após a entrevista você poderá solicitar para ouvir a gravação e retirar e/ou acrescentar quaisquer informações. E quanto às informações dadas, não serão identificados os respondentes, sendo mantido o sigilo das respostas. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra, tendo seu conteúdo arquivado em caixa arquivo, lacrada, pelo período de 5 (cinco) anos, no núcleo de pesquisa coordenado pelas professoras responsáveis da pesquisa, no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Após este período, procederá a destruição por meio de calor (queima). Sua participação neste estudo poderá trazer benefícios, tais como: colaborar com outros estudos, utilizar os resultados na busca de soluções para as dificuldades encontradas, bem como, compartilhar as facilidades identificadas nas diferentes realidades dos distritos e particularmente na Vigilância Sanitária e na Estratégia Saúde da Família. O eventual desconforto decorrente da pesquisa é não se sentir à vontade em relação às questões que possam envolver a relação entre os profissionais, sendo que este estudo não possibilita riscos decorrentes de sua sujeição a ele. Você poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e se desejar sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo por conta disso. Decidindo por participar, solicitamos a leitura e assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido (em duas vias) rubricadas em todas as suas páginas pelo pesquisador responsável, assim como pelo convidado a participante da pesquisa que comprova sua autorização para o uso das informações exclusivamente para a construção de produtos científicos, vinculados ao programa de pós-graduação, tais como: tese do curso, artigos científicos, apresentação e resumos em eventos.

Informamos que ao final serão apresentados os resultados, em caráter de devolutiva, aos participantes. Deixamos cientes que você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações, sem qualquer penalização.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com “munus público”, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Para

qualquer contato ou esclarecimento de dúvidas, poderá fazer através do telefone (71) 3283-7419/3283-7464, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, situado na Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador-Bahia. Quanto ao Comitê de Ética do ISC/UFBA, o horário de funcionamento do CEP é de 2ª a 6ª feira, das 08 às 15h. Email:**cepisc@ufba.br**

Estou ciente dos benefícios, minimização dos riscos, sigilo, possibilidade de desistência, tempo de guarda e utilização das informações desta pesquisa e fico com uma via do TCLE.

Salvador - BA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2017.

---

Assinatura (a) Entrevistado (a)

---

Assinatura do pesquisador  
Rosenilde dos Santos  
Pesquisadora Responsável  
Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA)  
Contatos: 71 9107-3697/71 3283 7464  
Email: rosedosantos@yahoo.com.br



## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP ISC/UFBA

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: Estudo exploratório em um Distrito Sanitário da capital baiana

**Pesquisador:** ROSENILDE DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79490217.0.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.420.372

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado profissional em saúde coletiva que visa investigar a articulação da ESF e a VISA possibilita a identificação dos limites e possibilidades de integração entre as práticas de promoção e proteção da saúde e prevenção de riscos e agravos, implicando a identificação dos saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) da VISA que podem estar sendo incorporados pela ESF, e como eles têm (ou não) interferido no processo de trabalho das equipes e, conseqüentemente, nas práticas desenvolvidas no âmbito da família.

##### Objetivo da Pesquisa:

Analisar o (s) modo (s) como as ações da Vigilância Sanitária têm se articulado (ou não) ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário em Salvador. Tem como objetivos específicos: Descrever as ações da vigilância sanitária desenvolvidas em um distrito sanitário; Conhecer as percepções de gestores e profissionais da saúde sobre a atuação na VISA no âmbito distrital e da ESF; Identificar as interfaces da vigilância sanitária com o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família em um Distrito Sanitário da capital baiana; Discutir limites e possibilidades de articulação entre as práticas de VISA e ESF.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os resultados poderão ser benéficos para as instituições envolvidas, assim como servir de subsídio

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-040

**UF:** BA

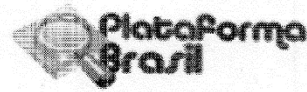
**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7419

**Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA



continuação do Parecer: 2.420.372

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_999301.pdf	17/10/2017 19:29:32		Aceito
Outros	Carmen.pdf	17/10/2017 19:28:49	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito
Outros	Lattes.pdf	17/10/2017 19:27:21	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito
Outros	Curr.pdf	17/10/2017 19:25:22	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito
Declaração do Patrocinador	Declara.pdf	17/10/2017 19:22:26	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/10/2017 19:16:17	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	18/09/2017 21:39:59	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	18/09/2017 21:35:55	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/09/2017 21:31:58	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/09/2017 21:30:24	ROSENILDE DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

não

SALVADOR, 06 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Alcione Brasileiro Oliveira Cunha  
(Coordenador)

## ANEXO B – ANUÊNCIA DA SMS DE SALVADOR

Secretaria  
de SaúdeCOORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE  
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 08 de novembro de 2017.

## CARTA DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador declara conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos as Resoluções nº 486/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Como instituição coparticipante, declara também estar ciente das responsabilidades e do compromisso de garantir a segurança e o bem-estar dos sujeitos recrutados em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa *Vigilância Sanitária e Estratégia de Saúde da Família: Estudo exploratório em um Distrito Sanitário da capital baiana*. O objetivo desse estudo é analisar o(s) modo(s) como as ações da Vigilância Sanitária têm se articulado (ou não) ao processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família em um Distrito Sanitário em Salvador. No âmbito desta secretaria, os dados serão coletados mediante acesso a documentos e entrevistas com dirigentes e técnicos de nível central e gerência dos distritos sanitários.

O referido estudo está sendo conduzido por Rosanilde dos Santos sob orientação das Profas. Dras. Mariluce Karla Bomfim de Souza e Carmen Fontes Teixeira, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). As pesquisadoras apresentaram seu projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

  
Melicia Silva Reis Góes  
Subcoordenadora/Capacitação/CGPS

Esta carta não permite acesso ao locus de pesquisa para coleta de dados. Essa ação só poderá ter início após envio do ofício desta Subcoordenadoria ao Distrito Sanitário requisitado.