



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



SILVIA APARECIDA DE S. ADALBERTO

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA: A PERCEPÇÃO DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DE SÃO PAULO.**

SÃO CARLOS
2019

Silvia Aparecida de S. Adalberto

Vigilância Sanitária e Atenção Básica: a percepção dos agentes comunitários de saúde em um município do interior de São Paulo

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre Profissional em Gestão Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo

SÃO CARLOS

2019



FOLHA DE APROVAÇÃO

Silvia Aparecida de Souza Adalberto

“Vigilância Sanitária e Atenção Básica: a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde em um município do interior de São Paulo”

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 30/10/2019

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Fabio Cesar Braga de Abreu e Lima

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, criador do Universo.

Agradeço especialmente ao meu orientador, Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo, pelos ensinamentos, paciência e apoio durante todo esse percurso.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Ufscar pelas contribuições com meu aprendizado, aos funcionários do programa pela ajuda sempre gentil, quando necessária.

Aos colegas do curso pelo companheirismo e compartilhamentos, em especial as colegas Renata Almeida e Matilde Damiani pela amizade gratificante.

A Prefeitura do município de Araraquara em nome do Prefeito Edson Antônio da Silva – Edinho Silva, pelo incentivo que oferece aos colaboradores no sentido de aperfeiçoamento e atualizações sempre necessárias em qualquer profissão.

A Secretária de Saúde Araraquara em nome da Secretaria de Saúde Eliana Honain por estimular práticas de pesquisa acadêmica dentro da Secretaria, que sem dúvida resultarão em melhorias nos serviços de saúde do município.

Ao colega João Francisco pela ajuda com os mapas que estão no trabalho e demais funcionários da Secretaria de Saúde que colaboraram, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde que participaram das entrevistas.

Aos colegas da Vigilância Sanitária pelo incentivo e colaborações pertinentes.

Enfim, a minha família que sempre me apoia nos projetos, principalmente de novos aprendizados, em especial aos meus pais Hilário e Carmen que um dia plantaram a semente e sempre a cultivaram sem descanso.

Ao meu marido Joviro Adalberto Junior pelo amor, compreensão, incentivo e apoio incondicional.

A minha filha Leticia Ariadne, razão da minha existência e para qual quero ser exemplo de atitude, cidadania e perseverança com a conclusão e obtenção desse título de Mestre.

“Pouco conhecimento faz com que as pessoas se sintam orgulhosas. Muito conhecimento, que se sintam humildes. É assim que as espigas sem grãos erguem desdenhosamente a cabeça para o Céu, enquanto as cheias as baixam para a terra, sua mãe.”

LEONARDO DA VINCI

RESUMO

Este estudo teve como objetivo contribuir com a compreensão quanto a integração entre a Vigilância Sanitária e Atenção Básica, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, em um município do interior de São Paulo. Apoiados nos referenciais teóricos sobre a integralidade, promoção de saúde, atenção básica e vigilância em saúde – Vigilância Sanitária - buscamos com este trabalho analisar as práticas de Vigilância Sanitária na Atenção Básica – especificamente na Estratégia de Saúde da Família, por meio das percepções de Agentes Comunitários de Saúde, considerando concepção sobre Vigilância Sanitária, as ações e as potencialidades e fragilidades relacionadas a essa integração. Este estudo contou com a participação de dez Agentes Comunitários de Saúde, pertencentes a uma Estratégia de Saúde da Família de cada região territorial e é uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida a partir de entrevistas semiestruturadas com Agentes Comunitários de Saúde, que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família do município escolhido. Os dados foram tratados com base no conteúdo temático das entrevistas mediante trajetória subsequentemente ideográfica e nomotética e organizados em categorias temáticas, iniciando-se com uma caracterização geral, seguida de análise e caracterização empírica: Ações e rotina de trabalho dos Estratégia de Saúde da Família; a concepção de Vigilância Sanitária; as relações entre o trabalho dos Estratégia de Saúde da Família e a Vigilância Sanitária; dificuldades e facilidades para o desenvolvimento de ações relacionadas. Os achados do estudo apontam para a necessidade de discussão quanto questões relacionadas à Vigilância Sanitária e a integralidade da atenção à saúde: a compreensão sobre Vigilância Sanitária; a necessidade de aproximação da Vigilância Sanitária com a Atenção Básica. Também questões quanto a Vigilância Sanitária e as ações de promoção e prevenção à saúde e outras questões importantes para a interação da Atenção Básica e Vigilância Sanitária: capacitações e treinamentos. Assim, compreendemos que aparentemente as percepções dos Agentes Comunitários de Saúde, quanto às práticas e ações de Vigilância Sanitária no contexto das suas ações nas Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva da integração das ações é um processo incompleto e, muitas vezes a concepção dos mesmos sobre a Vigilância Sanitária apontam quase que exclusivamente para as questões regulatórias e de fiscalização, em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Entretanto, identificamos que os Agentes Comunitários de Saúde realizam várias ações nos territórios relacionadas às ações da Vigilância Sanitária, porém não fazem essa correlação. Portanto, parece fundamental que essa discussão seja oportunizada no âmbito do Sistema Único de Saúde, buscando estratégias para uma maior integração entre a Vigilância Sanitária e a Atenção Básica.

Palavras-chaves: Vigilância Sanitária; Atenção Básica; Agentes Comunitários de Saúde; integração.

ABSTRACT

This study aimed to contribute to the understanding of integration between Sanitary Surveillance and Basic Attention, specifically in the Family Health Strategy, in a city in the countryside of São Paulo. Based on the theoretical frameworks on comprehensiveness, health promotion, Primary health and health surveillance – Sanitary Surveillance - we seek to analyze the practices of Sanitary Surveillance in Basic Attention – specifically in the strategy of family health, through the perceptions of the Community Health Agents, considering the conception of Sanitary Surveillance, the actions and potentialities and weaknesses related to that integration. This study was attended by ten Community Health Agents, belonging to a Family Health Strategy of each territorial region and, as a qualitative research, developed from semi-structured interviews with the mentioned agents, who work in the Family Health Strategy of the chosen city. The data was treated based on the thematic content of the interviews through a subsequently ideographic and nomothetic trajectory, and organized into thematic categories, where the general characterization was initially performed and subsequently analyzed and empirically categorized: actions and work routine of the agents; the conception of Sanitary Surveillance; the relations between the work of the agents and the Sanitary Surveillance; Difficulties and facilities for the development of related actions. The findings of the study pointed to the need of discussion regarding issues related to Sanitary Surveillance and the integrality of health care: understanding about health surveillance; the need to approach Sanitary Surveillance with Basic Attention. Also questions regarding health surveillance and actions of promotion and prevention of healthcare and other important issues for the interaction of basic attention and Sanitary Surveillance: professional training. Thus, we understand that apparently the perceptions of the Community Health Agents, as well as the practices and actions of Sanitary Surveillance in the context of their actions in the Family Health Strategy, from the perspective of the integration of actions is an incomplete process and that often their conception on the Sanitary Surveillance point almost exclusively to the regulatory and surveillance issues of Sanitary Surveillance to the detriment of health promotion and protection actions. However, we identified that the Community Health Agents perform various actions in the territories related to the actions of the Sanitary Surveillance, but they do not make this correlation. Therefore, it seems essential that this discussion is highlighted in the context of Unified Health System, seeking strategies for greater integration of Sanitary Surveillance and Basic Attention.

Keywords: Sanitary Surveillance; Basic Attention; Community Health Agents; integration.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB -	Atenção Básica
ACS -	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS -	Atenção Primária em Saúde
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CVS -	Centro de Vigilância Sanitária
DAAE -	Departamento Autônomo de Água e Esgoto
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia Saúde da Família
LFS -	Licença de Funcionamento Sanitário
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAVISA -	Plano de Ação em Vigilância Sanitária
PGRSS -	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
SESA -	Serviço de Saúde de Araraquara
SEVISA -	Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
SMS -	Secretaria de Saúde de Araraquara
SNVE -	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TF -	Técnicos de Enfermagem
UNICEF -	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA -	Unidade de Pronto Atendimento
USF -	Unidades de Saúde da Família
VE -	Vigilância Epidemiológica
VS -	Vigilância em Saúde
VISA -	Vigilância Sanitária – Setor de Serviço de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)	13
1.2. Vigilâncias em Saúde (VS).....	14
1.3. Vigilância Sanitária	15
1.4. Atenção básica (AB).....	17
2. OBJETIVOS	20
2.1. Objetivo geral	20
2.2. Objetivos específicos	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	21
4. METODOLOGIA	24
4.1. Cenário do estudo	26
4.2. Sujeitos da pesquisa e instrumentos de construção de informações	32
4.3. Ética	33
4.4. Percurso metodológico.....	34
4.5. Análise das informações	35
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSSÃO	49
7. CONCLUSÃO	57
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXO A	74
ANEXO B	75
ANEXO C	77
ANEXO D	78

APRESENTAÇÃO

Nasci em Araraquara, município do interior de São Paulo, no ano de 1968, onde iniciei meus estudos. As dificuldades dessa época são para mim inspiração na busca de mais conhecimento.

Com muita dedicação, no ano de 1988, ingressei na tão almejada Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Araraquara (FOAr – UNESP). Este fato representou a realização de um sonho para minha família, pois até então, ninguém possuía nível superior ou havia feito alguma graduação. Diante dessas expectativas familiares, me orgulho em ter sido uma aluna extremamente dedicada, terminando minha graduação em 1992, com honras e título de melhor aluna da Turma de 1992 da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP.

A formação naquela época era especialmente direcionada para o lado técnico da odontologia, com vistas para uma atuação profissional em consultório particular, com poucas referências sobre saúde coletiva, que seria mais tarde meu campo de atuação. Logo após terminar a graduação, por não possuir condições financeiras para me estabelecer em consultório particular, comecei a trabalhar em um Sindicato e a prestar concursos públicos em Araraquara e cidades da região.

Ingressei no Serviço Público de Araraquara em 2005 e comecei a trabalhar desde então, no setor de Vigilância Sanitária (VISA), minha função era de fiscalização nos consultórios odontológicos do município, públicos e privados, bem como outras atividades de saúde, também licenciados pela VISA. Confesso que fui realizar atividades completamente desconhecidas para mim, devido a especificidade. Além de participar de vários treinamentos específicos promovidos pelo Centro de Vigilância Sanitária (CVS) – São Paulo, optei por realizar um curso de especialização em Saúde Pública na Faculdade de Farmácia da Unesp, na expectativa de buscar conhecimentos nesta área, sendo que meu trabalho de conclusão de curso foi sobre biossegurança em consultório odontológico.

Continuei com meu trabalho na equipe, fazendo fiscalização em vários locais e estabelecimentos para fins de licenciamento sanitário, mas sempre sentia um distanciamento da Secretaria de Saúde. Em 2010, com apoio da Gerente da VISA da época, realizei um projeto piloto com as unidades básicas de saúde do município que

consistia na participação da VISA em reuniões de equipe nas unidades para uma aproximação e estabelecimento de trocas e saberes. Esse projeto foi apresentado no Fórum Regional de Vigilância Sanitária, no Rio de Janeiro, em 2010, mas por motivos de logística e dificuldades gerenciais não houve prosseguimento.

Em 2015, fui convidada a exercer o cargo de Gerente da Vigilância Sanitária de Araraquara e a preocupação com o isolamento desse setor dos demais setores da saúde, principalmente com a Atenção Básica (AB), passou a me incomodar ainda mais, pois com a experiência e devido ao projeto piloto anteriormente realizado senti que essa aproximação era realmente importante e representava um desafio para a gestão que estava iniciando.

Assim decidi ingressar no Mestrado Profissional em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos e realizar um estudo cuja proposta seria verificar as possibilidades de integração das ações de Vigilância Sanitária na AB, especificamente nas estratégias de saúde da família, partindo da premissa de que esse modelo de atenção promoveria o cuidado integral à saúde da população. Além disso, observei que na literatura técnico-científica é possível identificar experiências e iniciativas de atuação das Estratégias de Saúde da Família (ESF) na perspectiva da Vigilância em Saúde (VS), articulando Vigilância Epidemiológica (VE) e ambiental. As práticas de Vigilância Sanitária no âmbito da AB são ainda escassas e pontuais, isso me motivou ainda mais. Assim, busquei avaliar com a pesquisa, em que medida, as ações de Vigilância Sanitária podem ser compreendidas como parte das rotinas da AB e para isso parti da hipótese de que ainda persiste um alto grau de fragmentação de práticas em saúde e pretendi responder à seguinte questão norteadora: como os profissionais da AB, em especial os ACS percebem ou reconhecem a existência de integração das ações de Vigilância Sanitária e as ações da AB no âmbito da ESF.

Para tanto estruturei meu trabalho com uma introdução na qual descrevo alguns fundamentos, avanços e desafios do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), e como parte desse sistema, as VS, sendo um dos seus componentes a Vigilância Sanitária, a história, os conceitos e definições, bem como os fundamentos da AB até a ESF. Defini os objetivos deste trabalho e o desenvolvimento do referencial teórico tendo como base a integralidade do cuidado e das práticas e a promoção da saúde. Procurei descrever minuciosamente a metodologia do estudo, os sujeitos e o cenário da pesquisa. Abordei os aspectos éticos, os métodos de análise dos resultados e os

dados observados foram discutidos sob os seguintes aspectos: A Vigilância Sanitária e a integralidade da atenção à saúde, a Vigilância Sanitária e as ações de promoção e prevenção à saúde. Encerrando com algumas reflexões e conclusões que apontam as possibilidades estratégicas na busca da integração das práticas de saúde da AB e Vigilância Sanitária.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS)

Em 1988, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que garante a todo cidadão, o acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde e é considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo, beneficia milhões de brasileiros e realiza desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade (BRASIL, 1990).

O SUS possui como um dos principais objetivos a garantia de assistência às pessoas por intermédio das ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde, com a integração das atividades assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990). Considerado por vários autores como a maior política social implantada no Brasil republicano pela ampla cobertura e universalidade de direitos, o SUS vem sendo objeto de inúmeros estudos e pesquisas, que apontam seus avanços, problemas e desafios (TEIXEIRA e SILVEIRA, 2016).

Dentre esses avanços, podemos citar, dentro da Atenção Básica (AB), a criação do Programa Saúde da Família (PSF), consolidado em forma de Estratégia Saúde da Família (ESF), a Vigilância Epidemiológica (VE), a Vigilância Sanitária, a Vigilância em Saúde (VS), entre outras políticas públicas. Com isso, o país construiu uma rede de cuidados que procura atender às necessidades da maioria da população brasileira (SOUZA e SOUZA, 2013).

Um dos problemas que a estratégia encontra é operacionalizar o conceito de integralidade na assistência, a que se refere às práticas de saúde e que responda para além das ações de assistência, que realize ações de proteção e promoção da saúde, sendo as vigilâncias em saúde, em especial a Vigilância Sanitária, parceira no intuito de proteger e promover a saúde das populações (CAMPOS, 2003).

O grande desafio é qualificar esse sistema de saúde de tal modo que possa responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Nesta perspectiva, o fortalecimento da AB e a integração dos serviços são objetivos a serem perseguidos por esse sistema (MAIA et al., 2010).

A reorganização da Atenção Primária, através do PSF, vinculado à VS (PAIM, 2003), buscando o fortalecimento da AB parece ser uma proposta com vistas a modificar o modelo hegemônico e fragmentado.

Maia e colaboradores (2010) afirmam que a articulação das ações de prevenção e de assistência é fundamental, onde a VS funcione como um elemento aglutinador tendo em vista a integração das ações e serviços em busca da integralidade do modelo de atenção à saúde. Com essas reflexões iniciais, passaremos a contextualizar a VS.

1.2. Vigilância em Saúde (VS)

Na atualidade, a Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, e em Saúde do Trabalhador constituem práticas sanitárias que, em seu conjunto, visam promover, prevenir e proteger a saúde da população (GUIMARÃES et al., 2017).

Construídas em processos distintos e com representação em institucionalidades diversas, essas vigilâncias foram definidas, como integrantes da chamada VS (GUIMARÃES et al., 2017). Essas quatro vigilâncias se organizam em dois sistemas nacionais: o de VS e o de Vigilância Sanitária.

O Sistema Nacional de VS tem suas origens no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), formalizado em meados dos anos 1970 e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária instituiu-se com a mesma lei que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a quem cabe coordená-lo (DE SETA et al., 2017).

Apesar de as diretrizes do SUS apontarem para uma concepção ampliada e articulada de VS, a mesma ainda permanece fragmentada, seja do ponto de vista político, administrativo e nos seus processos de trabalho. Essa fragmentação causou um impacto na organização dos serviços de VS, que se mantêm muito específicos em seus núcleos de ação (Sanitária, Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador) mantendo as reproduções do modelo dividido (O'DWYER et al., 2010).

A VS possui o desafio de articular suas ações em rede, construir processos de trabalho novos, com um novo olhar para o território, aproximar-se dos demais serviços de saúde, trocar saberes, além de favorecer a articulação e a qualificação das redes de serviço de saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

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

A percepção de que as vigilâncias realizam ações de forma fragmentada e desarticulada estabelece o desafio de compreender e enfrentar as dificuldades de estruturação de ações no processo de trabalho. É necessário unir as peças de um “quebra-cabeça”, que envolvem atribuições e competências. A atuação das vigilâncias de forma conjunta no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, com foco na promoção e proteção, é determinante para os instrumentos de planejamento de governo e de planejamento em saúde (VIEGAS, 2010).

Em virtude do exposto, integrar as práticas é um desafio dentro da componente VS, especialmente sem perder a especificidade de cada serviço. Desta forma, abordaremos mais especificamente a Vigilância Sanitária, que por sua natureza preventiva, como veremos a seguir, deve integrar-se a todo o sistema de saúde.

1.3. Vigilância Sanitária

Em 1990, com a criação da Lei 8.080/90, a Lei Orgânica do SUS, foram definidas com clareza as ações e atribuições da Vigilância Sanitária. Em seu capítulo I, artigo 6º e parágrafo 1º, a lei define a Vigilância Sanitária como “um conjunto de ações capaz 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: I – 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 II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. A vida é o bem mais valioso e importante de todo e qualquer ser humano, e para que ele possa usufruir de uma melhor qualidade de vida, é sem dúvida indispensável que este tenha acesso irrestrito à saúde, bem como também, a condições sanitárias dignas, no meio em que vive (BRASIL, 1990).

A trajetória da Vigilância Sanitária no Brasil está baseada nas leis e nas estruturas criadas no decorrer dos séculos. Esse caminho histórico, ao apontar principalmente as normas e práticas de fiscalização, representa apenas uma parte do papel da Vigilância Sanitária, que se expandiu ao longo do tempo, acompanhando as mudanças sociais e econômicas, a evolução da ciência e as novas tecnologias (ROZENFELD, 2000).

A instalação oficial da Vigilância Sanitária no Brasil ocorreu em 28 de janeiro de 1808, quando D. João VI assinou em Salvador (BA), então capital brasileira, a carta régia que “abriu os portos às nações amigas”, onde impôs-se um controle sanitário mais efetivo não só dos portos, mas também dos navios e passageiros (MARTINS e CRUZ, 2015).

A Lei nº 9782, promulgada em, 26 de janeiro de 1999 define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a ANVISA, e desde então, as vigilâncias estaduais e municipais vêm se organizando, dentro do processo de estruturação do SUS, para cuidar de todas as ações em seus respectivos territórios (MARTINS e CRUZ, 2015).

Assim, historicamente as responsabilidades e atribuições da Vigilância Sanitária vêm se expandindo e englobam controle de alimentos, água e bebidas para consumo humano; medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse da saúde; controle de serviços de assistência à saúde; produção, transporte, guarda e utilização de sangue e hemoderivados e de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radiativos, além da vigilância de portos, aeroportos e fronteiras (COSTA, 2008).

As ações da Vigilância Sanitária são ações de promoção, prevenção e minimização de riscos à saúde em diferentes contextos e circunstâncias que podem e devem ser incorporadas por todos os componentes do Sistema de Saúde.

Assim, a VISA, como setor de serviço da saúde, faz parte do sistema de saúde responsável por ações de Vigilância Sanitária e, também, regulação dos produtos, equipamentos e serviços de interesse à saúde ou relacionados.

A VISA atua principalmente por meio de regulamentações sobre concessão de licenças sanitárias para a produção e comércio de bens e serviços; registro de produtos para a fabricação e consumo; certificação de boas práticas de produção; monitoramento da qualidade de produtos e serviços; fiscalização do cumprimento das

normas; comunicação e educação sobre riscos e vigilância de eventos adversos relacionados a esses bens. (SILVA et al., 2018)

Embora a Vigilância Sanitária seja conhecida historicamente pelo seu caráter normativo e fiscalizatório, diga-se, pelo seu poder de polícia, sua atribuição de proteção e vigilância à saúde das coletividades, bem como seu caráter preventivo são de grande importância (MARTINS e CRUZ, 2015). Dessa forma, parece existir a necessidade de uma maior aproximação entre as ações de Vigilância Sanitária e as práticas estabelecidas e realizadas nos espaços de atuação dos principais serviços responsáveis pela promoção da saúde e prevenção de doenças. No Brasil, esses serviços são conhecidos como serviços de AB.

É na AB que deve ocorrer a resolução da maior parte dos problemas de saúde, e o local legítimo de realização da integralidade e da promoção de saúde, assim, pretendo compreender se na AB, existe um espaço para o exercício das práticas e ações de Vigilância Sanitária, pois o atendimento integral à saúde da população no território é um dos desafios do sistema de saúde.

1.4. Atenção Básica (AB)

As primeiras concepções sobre Atenção Primária em Saúde (APS), como forma organizacional dos serviços de saúde, surgem na Inglaterra, com o Relatório Dawson, em 1920 (LAVRAS, 2011).

Em 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Mundial de Cuidados Primários na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, onde redigiram um Pacto: a Declaração de Alma-Ata. Esse documento demonstra a importância da AB e propõe a instituição de serviços de saúde locais centrados nas necessidades da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo aspectos relacionados à educação em saúde, saneamento ambiental (especialmente de águas e alimentos), programas de saúde materno-infantis (inclusive imunizações e planejamento familiar), prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (LAVRAS, 2011).

No Brasil, com a definição na Constituição Brasileira de que Saúde é um direito de todos, torna-se necessário a organização dos serviços de saúde de forma

regionalizada e descentralizada. Esses pressupostos foram importantes na criação inicialmente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1993 do PSF (KLUTHCOVSKY e TAKAYANAGUI, 2006).

Inicialmente, os PSF focalizavam suas ações nas populações mais necessitadas, a partir de 1997, ocorre uma ampliação e passam a ser chamados de ESF, sendo uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da AB (ARANTES et al., 2016).

Atualmente, de acordo com o Arantes e colaboradores (2016), a ESF assume papel preponderante na configuração da AB, com estratégias baseadas em:

- Conhecimento do território que possibilita o reconhecimento das áreas de riscos da comunidade, dos pontos de referência e das vulnerabilidades de infraestrutura, entre outros aspectos essenciais para desenvolver planos de cuidado;
- Trabalho em equipe multiprofissional que possibilita o desenvolvimento de práticas que propiciem o cuidado integral;
- Estabelecimento de vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade;
- Acolhimento como estratégia que permite uma escuta qualificada que identifique as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades;
- Desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde; - Desenvolvimento de ações de tratamento e reabilitação.

Dentre as estratégias citadas, destacamos de maneira especial para o contexto deste trabalho: o conhecimento do território, a formação e atuação da equipe multiprofissional e as ações de prevenção e promoção. Assim, a AB, com a sua ESF tem o território adstrito, como uma das estratégias centrais, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MONKEN e BARCELLOS, 2005), permitindo a gestores, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (GONDIM, 2011).

O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado,

garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

A integração do território entre APS e a VS é imprescindível para o alcance dos objetivos da atenção integral à saúde, bem como da promoção e prevenção. Somente com o uso das mesmas bases territoriais e da articulação intersetorial estaremos no caminho da resolução dos problemas básicos de saúde da população (TEIXEIRA e SILVEIRA, 2016).

Em relação as práticas e ações de promoção e proteção, a Vigilância Sanitária deve se antecipar aos eventos ou danos à saúde, após a identificação dos riscos e vulnerabilidades a que estão expostos as populações e os ambientes. O conjunto dos riscos e vulnerabilidades materializados no território possibilita a Vigilância Sanitária ser mais efetiva em suas ações de promoção e proteção (O'DWYER et al., 2007).

A promoção da saúde, definida como o processo que capacita a população a exercer o controle sobre a sua saúde, sendo, dessa forma, relativa ao bem-estar individual e coletivo, constitui-se importante norteadora na construção de novas práticas de saúde, como é o caso da estratégia de Saúde da Família, que organiza o cuidado de forma integral, reforçando a necessidade de aproximação com a Vigilância Sanitária, que por sua vez também possui o dever de promoção e proteção no campo de suas ações (O'DWYER et al., 2007).

Com relação à equipe multidisciplinar, sabemos que a complexidade do cuidado à população exige articulação e complexa formação das equipes que atuam na ESF, composta normalmente por enfermeiro, médico, cirurgião dentista, técnico em enfermagem (TE), técnico em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podemos encontrar também, em alguns casos, as equipes multiprofissionais de apoio, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2010). Nesse contexto, acredita-se que o ACS se torna o articulador do processo de trabalho da equipe, exatamente por estar no território, conhecer muito bem a comunidade e ter maior facilidade de acesso aos domicílios, o que o torna um elemento chave para a construção deste trabalho (CHIESA e FRACOLLI, 2004).

Por definição, o ACS “trabalha fora do posto”, fazendo a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde. Esse elo acontece de várias maneiras, mas principalmente na visita domiciliar, quando o ACS tem a oportunidade de conhecer os agravos que acometem aquela população, percebidos ou explicitados pelas pessoas,

comunicar à equipe da ESF a sua percepção e retornar à comunidade com orientações, encaminhamentos ou outras atividades que possam evitar, diminuir ou solucionar os problemas encontrados, juntamente com os profissionais de saúde da sua equipe, das vigilâncias em saúde em especial à Vigilância Sanitária e a própria população (ARAÚJO e ASSUNÇÃO, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) define várias atribuições ao ACS, dentre elas, destacamos a importante tarefa de desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras.

Para O'Dwyer e colaboradores (2007), a promoção de saúde é uma estratégia dentro da ESF, onde identificam-se as situações e os fatores de risco, as vulnerabilidades, as diferenças culturais e territoriais com o objetivo de estabelecer mecanismos que reduza, minimize ou elimine esses riscos. Onde a equipe reorganize suas práticas, no sentido de superar as respostas essencialmente assistenciais, através de uma construção integrada com as vigilâncias em saúde e população. O referido autor propõe claramente uma articulação dos campos de ação da ESF e considera a mesma como locus ideal para a realização da integralidade e promoção da saúde e reconhece a interface desta promoção com a Vigilância Sanitária.

A Vigilância Sanitária, dentro da ESF, ampliando seu objeto de ação e seu modo de trabalho, caminhando para além da fiscalização de produtos e serviços, incluindo no seu cotidiano, ações que promovam a qualidade de vida, que intervirem no processo saúde doença, incluindo ações de comunicação e educação (O'DWYER et al., 2007). Com essas reflexões demonstro a seguir os objetivos para a realização deste trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Compreender a percepção dos ACS acerca da integração entre a Vigilância Sanitária e AB, especificamente na ESF, em um município do interior de São Paulo.

2.2. Objetivos específicos

- a) Conhecer a concepção dos ACS sobre a Vigilância Sanitária;
- b) Identificar e descrever as ações relativas à Vigilância Sanitária realizadas pelos ACS em seu território de atuação;
- c) Identificar potencialidades e fragilidades na relação/integração da Vigilância Sanitária com a AB.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Na busca do referencial teórico sobre a integração da Vigilância Sanitária e da AB, deparei-me com meu primeiro questionamento: o significado de integração e sobre a integralidade.

A integralidade refere-se especificamente a uma diretriz ou princípio do SUS, mas antes disso, já era um tema propagado no Movimento Sanitário (FRACOLLI et al., 2011). Esses mesmos autores, apontam ainda que, internacionalmente, a integralidade está ligada à ideia de Atenção Primária e de promoção de saúde.

Para definir a integralidade, Fracolli e colaboradores (2011) utilizaram o dicionário Aurélio e em seu núcleo semântico foi encontrado: estar todo, completo, e na área da saúde há diferentes compreensões de integralidade, que dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos políticos pretendem integrar, isto é, tornar inteiro, completar, inteirar, integralizar. Um outro autor diz que um dos sentidos da integralidade está relacionado à medicina integral, onde o paciente não é reduzido ao sistema biológico, nem somente à sua queixa ou doença e sim é visto pelo profissional como um todo e tudo o que está envolvido para que ocorra aquele sofrimento ou outros que poderão ocorrer (MATTOS, 2009).

Um outro sentido é quando ocorre a articulação entre as práticas de prevenção e promoção e as práticas assistenciais, por exemplo, quando um ACS, em uma visita domiciliar conversa e identifica no paciente, núcleo familiar ou território um problema que o aflige e busca, muitas vezes através de outros setores, se for o caso, resolver esses problemas (MATTOS, 2009).

Corroborando essa ideia, O'Dwyer em 2010, afirma que a maior parte da produção sobre integralidade refere-se à assistência e ao cuidado em saúde. Apesar

dessa centralidade de abordagem da produção científica, defende-se a ideia de que incorporar o princípio da integralidade qualifica as ações de vigilância, assim como as tipicamente assistenciais.

Essa discussão sobre a integralidade é complexa e diversa em razão de contextos, valores e racionalidades. Mas, sem dúvida, essa apreensão é necessária para um projeto político de qualidade de vida e saúde para a população (O'DWYER et al., 2010), quando pensamos na aproximação da Vigilância Sanitária com as práticas da ESF na lógica da promoção da saúde. As ações de prevenção, promoção e proteção à saúde também estão circunscritas como campo de atuação de Vigilância Sanitária, conforme afirma Figueiredo (2016) no seu livro emblemático “Os Caminhos da Vigilância Sanitária Brasileira: proteger, vigiar, regular”. Esse livro propõe analisar a Vigilância Sanitária, seus processos regulatórios, conceitos e propostas dentro da saúde pública. Figueiredo (2016) ainda nos remete às questões da dualidade das ações da Vigilância Sanitária, ou seja, uma ação de regulação, normatização do mercado de produtos e serviços de saúde e outro tipo de ação voltado para o SUS, como componente da rede de atenção à saúde.

O conceito mais moderno de promoção de saúde surgiu no Canadá, na década de 1970, e vem se construindo ao longo dos anos e define-se de forma ampla: Orienta-se à melhoria do estado de bem-estar, da qualidade de vida do grupo ou comunidade e busca identificar e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença e transformá-los em busca da saúde (BUSS, 2009). Em 1986, com a 1ª Conferência Mundial de Promoção de Saúde, em Otawa, conceituou a promoção de saúde como um conjunto de meios para proporcionar a saúde e ter o controle sobre ela (BUSS, 2009).

Ações de Vigilância Sanitária devem promover a saúde, ao atuar sobre bens, serviços e ambientes para elevar sua qualidade e sobre riscos diversos, atuais e potenciais que podem causar direta ou indiretamente danos à saúde individual e coletiva (SILVA et al., 2018).

As intervenções incluem ações de comunicação na defesa da saúde, que contribuem para fortalecer as capacidades individuais e coletivas para lidar com os múltiplos e diversos condicionantes da saúde (SILVA et al., 2018).

Cecílio e Matsumoto (2006), também corroboram a ideia de “boas condições de vida” como uma necessidade de saúde, a qual incorporam vários aspectos e várias

situações de saúde, nas quais o atendimento das necessidades dependerá tanto da capacidade de articulação de ações intersetoriais como da criação de vínculos capazes de minimizar o sofrimento e produzir ações capazes de melhorar a qualidade de vida dessas populações e, conseqüentemente, a sua saúde.

A busca por estimular a promoção de saúde nos lócus das práticas assistenciais demanda novos modelos de fazer saúde com uma postura que encare os usuários na sua singularidade de sujeitos portadores de direito, em substituição a uma perspectiva que entende os usuários como suplicantes e beneficiários dos serviços (CARVALHO, 2004).

Quando fazemos a reflexão sobre a correlação entre prevenção de doenças, vigilância e promoção da saúde e integralidade do cuidado, culminamos ou chegamos no modelo de atenção da ESF (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

Na direção dessa perspectiva, entende-se que a AB é central no sistema de saúde brasileiro e é importante para o desenvolvimento social e econômico da população, no que tange ao enfrentamento dos determinantes sociais de saúde. A AB deve buscar atuar de forma intersetorial com outros sistemas que compõem a sociedade brasileira (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

O eixo norteador do SUS é a AB, com especial atenção para a ESF. Trata-se de uma estratégia que tem como cerne a mudança de modelo de atenção à saúde, ordenada a partir da AB. A ESF trabalha com uma equipe de referência, composta por enfermeiro, médico, dentista, ACS, TE e auxiliar de consultório odontológico. Essa equipe deveria ser responsável pela resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde das pessoas que vivem em seu território de abrangência, pelas ações mais comuns de saúde e combate a doenças da população, ou seja promoção e prevenção (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

A ESF tem a função de atuar sobre os fatores de risco aos quais as comunidades estão expostas, agindo na prevenção de doenças, na promoção de saúde, no tratamento e reabilitação por meio da assistência integral, permanente e de qualidade, estabelecendo vínculos e responsabilidade com a população e buscando estimular as comunidades a exercer o controle social das ações e serviços de saúde (AGUIAR, 2013).

Vários estudos vêm explorando a subjetividade dos sujeitos que trabalham no campo da saúde, para compreender vários aspectos importantes para o cuidado em

saúde – formação profissional, práticas, prevenção e outros (KNOCHENHAUER e PAIVA, 2016; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

Conhecer a percepção do ACS é tentar compreender seus julgamentos, sua interpretação acerca da Vigilância Sanitária, suas ações frente as condições de vida da comunidade. O ACS é um elemento importante no trabalho da ESF, pois está em contato permanente com as famílias e comunidade, e pode facilitar o trabalho de vigilância e promoção de saúde. Também pode ser um elo cultural importante de integração do saber científico com o saber popular (MARZARI et al., 2011). O ACS desenvolve atividades de prevenção e promoção de saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2003).

Com o reconhecimento legal da profissão em 2004, o MS desenvolveu uma proposta de formação do ACS. Utiliza-se de materiais de apoio para essa capacitação, que aborda de forma reflexiva vários temas, entre eles os conceitos de saúde, tendo como base a Declaração de Alma Atta e Carta de Ottawa, mostrando a importância do ACS na promoção da saúde. Fala sobre o Sistema de saúde, o atendimento integral e participação da comunidade e destaca as ferramentas de trabalho do profissional: visitas domiciliares, entrevistas, cadastramento, mapeamento, reuniões entre outras, buscando o fortalecimento das ações dos ACS (BRASIL, 2003).

Partindo das reflexões acima e reconhecendo a importância da AB, do ACS, da ESF e das VS, bem como a integração das práticas, esse estudo pretende conhecer as percepções do ACS sobre a Vigilância Sanitária.

4. METODOLOGIA

O presente estudo é uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida a partir de entrevistas com ACS, que trabalham nas ESF de um município do Estado de São Paulo. As entrevistas realizadas foram semiestruturadas com foco na integração da APS com a Vigilância Sanitária, com o objetivo de obter informações pertinentes ao objeto da pesquisa, e foram individualizadas.

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, atribuindo ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o

faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados (BONI e QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro (ANEXO A), contendo na primeira parte, os dados de identificação e a experiência profissional na ESF dos entrevistados, e na segunda, aspectos que contemplaram o tema abordado tais como: visão dos trabalhadores da equipe de ESF quanto suas concepções sobre a Vigilância Sanitária, sua prática, facilidades/dificuldades, e os temas abordados.

No contexto da pesquisa qualitativa, a entrevista é tida como um instrumento importante, pois possibilita a produção de conteúdos fornecidos diretamente pelos sujeitos envolvidos no processo. O entrevistador pretende com esse instrumento elucidar as informações pertinentes ao seu objeto de pesquisa. (MINAYO, 2010).

Segundo Minayo (2010, p. 109):

[...] o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Com relação ao roteiro de entrevista, Schraiber (1995) diz que sua utilização é fundamental para orientação da mesma e permite que o pesquisador tenha maior clareza das informações que deseja obter; além disso, sua utilização também auxilia quando se quer aprofundar a discussão sobre determinado assunto. Entretanto, Bauer e Gaskell (2004) destacam que o pesquisador não deve prender-se totalmente ao roteiro, pois durante a entrevista podem surgir temas interessantes e esses não serem explorados pelo fato de não estarem contemplados na relação de assuntos a serem abordados.

4.1. Cenário do estudo

O cenário de estudo compreende o município de Araraquara, que está localizado na região central do Estado de São Paulo, cerca de 270 km da capital. O município possui uma área total de 1.003,625 km² e grau de urbanização de 97,16% (IBGE, 2017).

Tabela 1 - Dados demográficos do cenário de estudo

Município de Araraquara - SP	
População censo 2010	208.662
População estimada 2017	208.662
Área territorial (Km2)	1.003,625
Densidade demográfica (hab/Km2)	207,90
IDH – Municipal – 1991 – 2000 – 2010	0,607 – 0,742 - 0,815

Fonte: IBGE, 2017

Suas principais atividades econômicas são: o comércio, indústrias e empresas de agronegócios (ênfase no binômio cana-laranja), alimentos/bebidas, atacado, distribuição, logística, metal mecânico, farmacêutico, energia, têxtil e tecnologia da informação que colaboram para o desenvolvimento econômico do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2017).

O saneamento básico é de responsabilidade do Departamento Autônomo de Água e Esgoto (DAAE) através de abastecimento de água potável; esgotamento sanitário; manejo de resíduos sólidos; drenagem e manejo das águas pluviais urbanas (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2017).

Em relação aos serviços de abastecimento de água, coleta de lixo urbano e rede de coleta de esgoto, Araraquara apresenta índices de atendimento superior a 99%, superior ao do Estado de São Paulo (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2017).

A área de responsabilidade de cada unidade de saúde é definida pela Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara (SMS) a partir da confluência de vários critérios: contingente populacional a ser assistido pela unidade, densidade tecnológica

e capacidade instalada da unidade e tradição cultural da população em ser assistida em determinado local. As Unidades de Saúde da Família (USF) seguem o parâmetro do MS de uma equipe para cada mil famílias ou cerca de 3.500 pessoas. O território de cada unidade tem seus limites geográficos definidos, sendo que os setores censitários são utilizados como base para a definição do contingente populacional (MATTOS et al., 2013).

A primeira USF surgiu, no município de Araraquara, em fevereiro de 2000, no bairro Vale do Sol, e conta, atualmente, com três equipes de ESF, que trabalham conjuntamente com a equipe de saúde bucal (ESB). As ESF foram implantadas, de acordo com o Cadastro Nacional de Saúde (CNS), no dia 07 de fevereiro de 2000 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2017). Dessa data até os dias atuais houve uma grande expansão da Estratégia de Saúde da Família no município.

O município dispõe, na AB, de 10 Unidades Básicas de Saúde tradicionais, que são denominados Centro Municipal de Saúde, (CMS) e quanto a estratégia de saúde da família, possui 30 equipes, em 23 USF, sendo 2 rurais, ainda dentro da AB, Araraquara possui na sua área central um Serviço de Saúde de Araraquara (SESA) que realiza atendimento ambulatorial especializado e AB para a população da área central (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2017).

Via de regra, as implantações das ESF são realizadas em bairros mais carentes. Assim, é comum que os ACS encontrem nos respectivos territórios vários problemas, além dos problemas sanitários e de saúde. São problemas de origem sociais, como a violência e a criminalidade, as drogas e o baixo nível socioeconômico e cultural. No caso de Araraquara as USF localizam-se predominantemente nos bairros periféricos. No entanto, algumas unidades mais centrais foram implantadas através do Orçamento Participativo ou Planejamento da Secretaria.

O mapa abaixo representa a localização das USF, territorialmente por região, no município de Araraquara, e optamos por escolher uma unidade de cada região para realizar as entrevistas com pelo menos um ACS, devido as características semelhantes nos territórios. Essa escolha se deu aleatoriamente conforme a disponibilidade e facilidade de realização das entrevistas.



Disponível em: <http://www.araraquara.sp.gov.br/> <>, acesso em 14/03/2019.

A seguir, farei uma descrição resumida das condições estruturais de cada região, a partir das observações in loco da pesquisadora, quando adentrou aos campos de pesquisa, ressaltando as especificidades de cada uma delas relacionadas aos objetivos desta pesquisa:

- REGIÃO 1

Localiza-se ao Norte do centro, trata-se de uma região periférica do município. Observa-se que a maioria das habitações estão inacabadas, possui um comércio local, bem adstrito à região, onde encontramos estabelecimentos como padarias, minimercados, quitandas, bares e, também alguns prestadores de serviços como cabelereiros, manicures e outros. Há grande quantidade de entulhos, restos de poda e varrição e até mesmo lixo (orgânico e reciclável), descartados inadequadamente em terrenos desocupados e vias de acesso como ruas e estradas.

A região é contemplada com rede de esgoto, água tratada e malha asfáltica.

Nesta região existe apenas uma USF, que se localiza logo na entrada do território, esta unidade possui uma estrutura física bem ampla e conservada com um quiosque externo para a realização de atividades com a equipe da unidade e a comunidade e, também, práticas da academia de saúde.

- REGIÃO 2

Essa região localiza-se a leste do centro da cidade, é um território bem estruturado, onde se observa que a maioria das residências estão acabadas e em bom estado de conservação. O comércio local é composto por pequenas empresas do ramo alimentício (padarias, minimercados e bares) e prestação de serviços básicos. Também possui no território grande quantidade de lixo em terrenos vazios. O bairro é contemplado em sua maioria com rede de esgoto e água tratada e malha asfáltica.

Essa região possui três USF bem estruturadas.

- REGIÃO 3

Esse território caracteriza-se por ser bem populoso e carente, a maioria das habitações estão acabadas, embora precisem de alguns reparos, pois trata-se de um conjunto habitacional popular relativamente antigo, cujas ruas são asfaltadas e possui água tratada e rede de esgoto. O bairro possui grande quantidade de lixo descartado inadequadamente por terrenos vazios e ruas. Pequeno comércio local, bem adstrito a região.

Essa região possui duas USF, uma unidade básica tradicional e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

- REGIÃO 4

Essa região está próxima ao centro, possui uma estrutura relativamente bem organizada, com água tratada, esgoto e asfalto. Possui praças, equipamentos culturais e áreas para lazer. O comércio é bem desenvolvido e possui atividades de prestação de serviços em grande quantidade. O descarte de lixo apresenta-se de forma satisfatória com poucos pontos de irregularidades.

Essa região possui duas USF.

- REGIÃO 5

Essa é uma região periférica, onde a população apresenta-se na sua maioria, economicamente vulnerável, as condições de moradia são razoáveis, porém apresentam-se muitas construções inacabadas. Possui água e esgoto tratados e malha asfáltica. O comércio local é adstrito ao território, com pequenas empresas relacionadas a comercialização de alimentos e serviços pouco complexos. Observa-

se muito descarte irregular de lixo em terrenos abandonados e próprios do município (mato alto, falta de conservação).

Nesta região localizam-se quatro USF.

- REGIÃO 6

Essa é uma região consideravelmente vulnerável do município, onde observa-se muitas habitações inacabadas. Possui rede de água e esgoto tratados e malha asfáltica, porém apresenta situações de drogadição, tráfico, prostituição e violência. Observa-se deposição de lixo de forma irregular em terrenos, e outras áreas, acumuladores, residências com histórico de falta de higiene. Pequenos comércios locais e grande quantidade de prestação de serviços de forma informal.

Possui 4 USF e cinco equipes.

- REGIÃO 7

Essa região é uma das mais antigas e populosas do município. A população é na sua maioria, composta por idosos. O território é bem estruturado, as residências são antigas, com quintais grandes e muitas plantas. Comércio no bairro bem desenvolvido e, também, prestação de serviços básicos e de saúde, como médicos, dentistas e outros. Possui escolas, praças, equipamentos de cultura e esportes.

Possui uma USF, um CEO e uma UPA.

- REGIÃO 8

Essa região localiza-se ao sul do centro do município, trata-se de uma região periférica, mas que possuem certa estrutura, as residências são acabadas, água e esgoto tratados, boa malha asfáltica, porém em alguns pontos do território observa-se alguns terrenos com descarte irregular de lixo e entulho de forma inadequada. O comércio local é pequeno e, também se observa alguns prestadores de serviços.

Essa região possui três USF.

- REGIÃO 9

Essa é uma região relativamente bem estruturada, com água e esgoto tratados, residências acabadas e antigas, a população é, em sua maioria de idosos. Observam-se poucos pontos de descarte irregular de lixo no bairro, mas alguns moradores têm tendência a acumular objetos inservíveis no interior das residenciais e quintais. O

comércio local é bem desenvolvido com estabelecimentos de diversas categorias, como supermercados, padarias entre outros e prestadores de serviços básicos e de saúde como dentistas, psicólogos, fisioterapia e outros.

Essa região possui três USF.

- UNIDADES RURAIS

As unidades rurais não estão descritas no mapa. O município possui duas USF rurais, localizadas em assentamentos. Uma delas é considerada mista, pois possui duas sedes, uma localizada em um distrito do município e outra no assentamento. O distrito é relativamente pequeno, pouco povoado, possui tratamento de água e esgoto e malha asfáltica, as habitações são antigas, porém relativamente conservadas. No Distrito existe um intenso comércio ambulante de alimentos, principalmente nos finais de semana. O assentamento fica em área rural, são lotes relativamente afastados uns dos outros, mas a USF localiza-se em uma agrovila. Alguns assentados residem nos lotes, outros residem nas agrovilas. As agrovilas possuem poço artesiano e nos lotes existem poços chamados cacimbas, assim o tratamento de água é prejudicado.

Não existe tratamento de esgoto nas áreas rurais.

4.1.1. VISA de Araraquara

A Visa de Araraquara foi criada em 25 de novembro de 1992, conforme a Lei Municipal 4.083/92. A fiscalização sanitária municipal ocorre em todos os serviços e em todas as complexidades, conforme deliberação CIB-54, de 09 de junho de 2004, da Comissão Inter gestores Bipartite do Estado de São Paulo, publicada no D.O.E em 10 de junho de 2004 (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2017).

A VISA está estruturada como uma gerência dentro da Coordenadoria de VS, assim: Coordenadoria de VS: Gerência de Vigilância Sanitária, Gerência de Vigilância Ambiental em Saúde – Controle de Vetores, Gerência de Vigilância Epidemiológica (VE), Gerência do Centro de Controle de Zoonoses, Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2017).

Portanto, a VISA faz parte do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, diretamente ligada à Coordenadoria de VS, como Gerência de VISA. A Gerência é dividida em setores: administrativo e protocolo, setor de estabelecimentos em Saúde,

Setor de Alimentos e ouvidoria. Por estar localizada no Estado de São Paulo é ligada ao Centro de Vigilância Sanitária (CVS) do Estado e o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA) do Estado de São Paulo.

As equipes que compõem o serviço de VISA municipal têm constituição diferenciada em relação ao nível de escolaridade do profissional, sendo composta por profissionais de nível médio e de nível superior (enfermeiro, cirurgião dentista, farmacêutico, médico veterinário, engenheiro civil e arquiteto) As ações realizadas no município de Araraquara abrangem, nos serviços de saúde, desde de consultórios até serviços mais complexos como (hospitais, hemoterapia, diálise), vigilância sobre farmácias, comércio de alimentos (como açougues e supermercados) (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA, 2017).

4.2. Sujeitos da pesquisa e instrumentos de construção de informações

Os sujeitos que participaram da pesquisa foram os ACS. Foi entrevistado pelo menos um ACS de uma unidade escolhida em cada região descrita acima, totalizando 10 ACS entrevistados. A pesquisa foi realizada com o ACS com mais experiência na sua unidade, ou seja, aquele com mais tempo de trabalho nesta função. Quando esse critério não foi possível de ser contemplado, a seleção para a entrevista foi a disponibilidade para participar da pesquisa e responder à entrevista.

Quando os dados obtidos com as entrevistas se tornaram repetitivos, ou seja, observou-se que estava ocorrendo uma saturação dos achados, consideramos irrelevante continuar com a coleta e passamos à fase de organização dos dados (FONTANELLA et al., 2008).

A amostra definida por saturação é uma ferramenta conceitual de aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização (FONTANELLA et al., 2008).

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Inclusão:

Ser ACS concursado e pertencer a equipe da ESF, apresentar condições de comunicação verbal, permitir o uso de gravador e a publicação dos resultados obtidos com o estudo, aceitar participar da entrevista e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – ANEXO B).

- Exclusão:

Se o ACS estiver de férias ou afastado por doença, no período de levantamento dos dados.

Para facilitar a explicitação das percepções dos entrevistados, foi utilizado um roteiro de entrevistas com questões norteadoras, que foi adotado como um guia para o diálogo. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a etapa de análise.

Cabe ressaltar que este estudo não busca a representatividade numérica, mas sim o aprofundamento sobre a temática proposta, pois trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa (MINAYO, 2010).

4.3. Ética

O projeto da pesquisa foi apresentado à Secretaria de Saúde do Município de Araraquara, por intermédio de uma carta de solicitação de autorização de coleta de dados para pesquisa acadêmica ou TCC, apresentada em papel timbrado da Instituição de Ensino e protocolada contendo nome do estudo ou projeto, breve relato do estudo, local pretendido para a coleta de dados, contatos do pesquisador, principalmente e-mail, e assinatura do pesquisador e do orientador, com cópia resumida do projeto, cópia do questionário que seria utilizado, cópia do Termo de Consentimento. Após a anuência deste, o mesmo assinou um documento denominado Declaração de Autorização para a coleta dos dados no Município.

O projeto de pesquisa, o TCLE e a Declaração de Autorização (ANEXO C) para a coleta dos dados no Município foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - ANEXO D) da Universidade Federal de São Carlos, por meio de seu envio online à Plataforma Brasil, cumprindo a Resolução 466/12 do MS/Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Após o parecer positivo do referido Comitê, esta resposta foi comunicada à Secretaria de Saúde do Município e foi solicitada uma reunião com a coordenadoria da rede básica a fim de se combinar os tramites da pesquisa. Foi proposto que as entrevistas fossem realizadas em horário de trabalho regular das unidades, conforme conveniência da Secretaria de Saúde e disponibilidade dos entrevistados, de modo a não comprometer a rotina das unidades. Ficou acordado com a mesma que a pesquisadora agendaria uma reunião em cada unidade participante da pesquisa para

a apresentação da pesquisa e esclarecimentos quanto aos riscos da pesquisa, sobre a possibilidade de se interromper a qualquer momento e sobre a assinatura do TCLE.

4.4. Percurso metodológico

Após as aprovações do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar) e da Secretaria de Saúde do município e da reunião com a coordenadora da Rede Básica, foi agendado, conforme dito anteriormente, via telefone, com a equipe de cada unidade, uma apresentação da pesquisa. Optou-se por aproveitar as reuniões de equipe rotineiras da unidade com o intuito de não atrapalhar os trabalhos na unidade e valorizar esse momento de aproximação da pesquisadora com a unidade.

Este fato representou a entrada da pesquisadora no cenário a ser estudado, e representou um importante momento de apresentação do estudo para os sujeitos da pesquisa, o esclarecimento sobre a pesquisa a ser efetuada e o primeiro contato do pesquisador com os sujeitos da pesquisa.

Na maioria das unidades, a equipe de saúde da família é composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista e auxiliar e ACS e reúne-se semanalmente conforme previsto no programa, podendo também participar profissionais como: nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta.

As equipes de SF fazem uma pauta no início da reunião, estabelecendo a prioridade do que discutir. Usam um caderno/ata para escrever os assuntos que vão surgindo ao longo da semana e que deverão ser discutidos no espaço da reunião.

Nas reuniões de apresentação da pesquisa, as equipes, de uma maneira geral, mostraram-se receptivas e interessadas na temática da Vigilância Sanitária.

As equipes das UFS aproveitaram a ocasião das reuniões de apresentação para tirarem dúvidas quanto ao papel da Vigilância Sanitária e como deveria ser a relação de trabalho entre suas unidades e a VISA. Ou seja, tinham interesse em saber como encaminhar questões para a VISA e como era a organização do trabalho nesse serviço. Em síntese, queriam saber como funciona a VISA.

Vale ressaltar, na época das reuniões, o município passava por uma epidemia de dengue e toda a equipe estava muito preocupada com esse assunto.

Optou-se inicialmente por abordar uma unidade em cada região, conforme descrição no mapa (acima), pois os territórios são próximos e semelhantes. Após essa primeira abordagem, foi agendada uma entrevista com um ACS de cada região, conforme critérios já descritos.

As entrevistas foram realizadas nas unidades e no horário de trabalho do ACS, duraram aproximadamente 40 minutos, garantindo a privacidade e sigilo das informações, constituindo-se em uma importante fonte de coleta de dados, segundo Minayo (2010), a fala que é que utilizada na entrevista como coleta de informação, possibilita revelar as condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e transmite as representações de grupos determinados em condições históricas, sócio econômicas e culturais específicas.

Todos os participantes foram informados acerca do título e autores da pesquisa, dos objetivos, benefícios e riscos sociais da mesma. Os participantes foram informados sobre o anonimato e quanto o livre acesso aos dados e resultados alcançados, bem como o direito de obter resposta para dúvidas e/ou esclarecimentos que se fizerem necessários. Assim como direito de desistir de participar do estudo em qualquer momento.

No momento da entrevista semiestruturada a pesquisadora esclareceu todas as dúvidas, orientou sobre a condução da entrevista e informou sobre o uso de gravador. Posteriormente as entrevistas foram transcritas na íntegra pelo próprio pesquisador, que oportunamente já realizou uma pré-análise, neste ato de transcrever, o pesquisador escutou, várias vezes, as verbalizações gravadas, sendo necessário, por diversas vezes, retroceder e ouvir novamente pequenos trechos gravados para poder transcrever, fielmente, o que foi dito.

Para podermos analisar, os entrevistados foram identificados por representação numérica, para preservar seu anonimato, conforme TCLE, previamente lido, aceito e assinado, identificou-se apenas o local de trabalho, a idade, o sexo e a formação.

4.5. Análise das informações

A análise foi realizada tomando-se como base o conteúdo temático das entrevistas (BARDIN,1977), mediante trajetória subsequentemente ideográfica e

nomotética apoiada no referencial teórico Integração das redes de Saúde, principalmente a AB e a Vigilância Sanitária e conceitos de promoção e proteção da saúde, com um olhar crítico, para que os dados fossem obtidos em consonância com os objetivos do estudo.

Foram identificados os temas através das etapas de análise segundo Minayo (2010): pré-análise, organização dos dados, conforme categorias temáticas (categorização) e será realizada a interpretação e discussão diante do referencial teórico da integração das redes (AB e Vigilância Sanitária) e promoção de saúde.

Por meio dessa estratégia foi possível identificar núcleos de sentido, baseando-se nas questões semiabertas da entrevista. Na prática, a análise temática foi realizada em três etapas: pré-análise, organização dos achados segundo categorias temáticas e interpretação inicial (MINAYO, 2010).

Na fase de organização dos dados foram considerados os achados segundo os critérios de: relevância, os objetivos da pesquisa e a percepção do pesquisador. Identificaram-se as ideias contidas nas expressões verbais e textuais obtidas nas falas dos sujeitos, em acordo com o objetivo do estudo, procedendo assim com a análise ideográfica (CAMPOS, 2004). Após categorização ou agrupamento das ideias foi realizada uma interpretação inicial dos achados categorizados, à luz do referencial teórico escolhido e de acordo com os objetivos da pesquisa, procedendo assim a análise inicial (CAMPOS, 2004).

5. RESULTADOS

As concepções e percepções das ACS entrevistadas foram caracterizadas segundo categorias empíricas, tomando como referência os objetivos do estudo e o roteiro de entrevistas e posteriormente, foram discutidos a luz do referencial teórico proposto. Descrevo inicialmente a caracterização geral das ACS entrevistadas e a seguir as categorias das entrevistas:

- Caracterização geral das ACS entrevistados;
- Ações e rotina de trabalho do ACS;
- A concepção de Vigilância Sanitária;
- As relações entre o trabalho do ACS e a Vigilância Sanitária;
- Dificuldades e facilidades para o desenvolvimento de ações relacionadas.

5.1. Caracterização geral dos ACS entrevistados

Todos os ACS entrevistados são do sexo feminino e possuem idades entre 30 a 40 anos, com exceção de uma entrevistada que possui 25 anos. A maioria das entrevistadas possui formação na área da saúde, especificamente como TE. A nova política de AB publicada em 2017, traz a orientação para os ACS terem a formação em TE (BRASIL, 2017).

As ACS entrevistadas trabalham há mais de 05 anos na mesma USF, com apenas uma exceção que trabalha há 1 ano e 3 meses.

5.2. Ações e rotina de trabalho do ACS

Nas entrevistas com as ACS, observamos que elas relatam em seu trabalho a atuação preventiva e de promoção de saúde, destacando as orientações que realizam junto à população:

(...) Fazemos a atividade chamada “sala de espera”, onde falamos sobre um tema específico, por exemplo sobre dengue, que nessa época é crítico, mas também podemos falar sobre medicação, cuidado com a saúde em geral (...)

(ACS4)

(...) A gente trabalha com prevenção e promoção da saúde. A gente promove atividades no posto, e a gente faz vistoria de dengue nas residências, também, para reforçar o trabalho das vigilâncias (...)

(ACS7)

(...) Falo sobre a dieta para pessoas diabéticas, oriento as gestantes, quando, no exame dá diabete gestacional. Faço orientação também para o hipertenso (...)

(ACS8)

Todas as ACS entrevistadas relatam que centralizam suas ações principalmente nas “visitas domiciliares”, sendo essa a principal resposta dada ao questionamento sobre sua rotina de trabalho. Relatam ainda que precisam identificar grupos populacionais prioritários para a atuação do serviço no qual eles estão inseridos, como por exemplo, as gestantes, os menores de 1 ano, os hipertensos e diabéticos.

(...) Nas visitas, a gente olha a família como um todo, temos que ter o olhar para observar todo mundo, ainda mais quando são pessoas acompanhadas pelos programas que são nossa prioridade, que são os hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças menores de 2 anos e um olhar para os idosos (...)

(ACS4)

As ACS referem também que fazem o acompanhamento do cuidado de saúde das pessoas moradoras de sua área de atuação. Para isso, marcam consultas, levam convocações, verificam as medicações prescritas (fazem conferência, orientações, verificam prazo de validade, entre outras).

(...) A minha rotina (...) eu chego 7 horas da manhã, coloco em ordem as visitas domiciliares que irei fazer no período da manhã, já verifico se preciso levar alguma convocação para consultas ou exames, quando o cliente do posto não teve tempo de vir buscar, do usuário. Escrevo os relatórios, verifico as orientações do cliente, ajudo com a recepção e serviços internos do posto e no transcorrer do dia faço o lançamento no sistema das atividades (...)

(ACS2)

(...) Faço visitas domiciliares, costumo fazer por quarteirões, até completar um inteiro, “aí” eu vou sucessivamente nos outros; se eu fechei um quarteirão e faltou casas para visitar, eu volto no final do mês. Dou prioridade para as pessoas de risco (pessoas acamadas, gestantes, crianças menores de 5 anos e puérperas). Terminando começo as visitas nos verdes, ou seja, pessoas que não tem problemas de saúde (...)

(ACS8)

(...) O trabalho é das 7:00 até às 16:30 com visitas domiciliares, trabalhos educativos, busca ativa de pessoas faltosas de consultas e vacinas, controle de peso das crianças, controle de gestantes, todo dia a mesma coisa (...)

(ACS10)

Algumas entrevistadas relatam a importância do seu trabalho quanto as práticas de prevenção e promoção de saúde. No entanto, reclamam da resistência da população quanto a essas orientações.

(...) Eu acredito que sim (...), dependendo se a gente vai numa visita e vê alguma coisa errado, por exemplo: uma pessoa armazenando um alimento errado, comendo algo estragado, como já aconteceu, a gente, na parte da orientação, a gente está sempre atento nisso, sempre orientando, conforme, o jeito de manusear (...)

(ACS1)

(...) Exemplo de um casal com criança recém-nascida, eles não aceitavam nossas orientações, eles vieram de fora, não conheciam e não deixavam entrar (...)

(ACS2)

(...) O entendimento da população também é difícil, alguns são resistentes e não querem orientação. É difícil falar sobre a sujeira do meu vizinho, de mostrar que falta de higiene faz mal para saúde (...)

(ACS5)

As atividades realizadas fora da unidade correspondem, em termos de carga horária, à metade do seu tempo de trabalho. Essas atividades, geralmente, acontecem no período da manhã, sendo que a maioria delas é composta por visitas domiciliares.

O período da tarde é destinado a realização de relatórios, alimentação dos sistemas de informática, colaboração com os trabalhos burocráticos da unidade, atuando até mesmo no serviço de recepção.

(...) Faço visitas domiciliares normalmente no período da manhã e à tarde digitação e alguma visita se for o caso. Faço o boletim da dengue, preenchimento (...)

(ACS1)

(...) A gente chega de manhã, me organizo, vejo se tem alguma guia para entregar e saio para minhas visitas, eu procuro adiantar o máximo no horário da manhã e a parte da tarde a gente faz os relatórios, os lançamentos no sistema de produção, que a gente tem que fazer, uma vez por semana, a gente ajuda nas demais funções, como recepção (...)

(ACS5)

(...) Escrevo os relatórios, verifico as orientações do cliente, ajudo com a recepção e serviços internos do posto e no decorrer do dia faço o lançamento no sistema das atividades (...)

(ACS2)

Ainda em conformidade com algumas entrevistas, observamos que possivelmente algumas ACS entendem como tarefas que devem desempenhar: o agendamento de consultas, a entrega de remédios, acompanhamento de crianças e gestantes e a orientação em relação à saúde, mas parece não ter consciência da dimensão do trabalho que podem realizar e não têm clareza que suas ações se caracterizam como ações de promoção da saúde e proteção, conforme proposto pelo MS (ROSA, 2004).

(...) Verifico se preciso levar algum agendamento de consultas, ou alguém que eu precise acompanhar, por exemplo, idoso, que necessita de maior atenção, atualmente tenho um idoso que está acamado e volta e meia é internado, tenho que dar uma atenção especial a esta situação. Ele

dá muito trabalho e sua esposa está um pouco estressada devido aos cuidados com ele (...)

(ACS6)

(...) A gente trabalha com prevenção e promoção da saúde. A gente promove atividades no posto, e a gente faz vistoria de dengue nas residências, também, para reforçar o trabalho das vigilâncias (...)

(ACS7)

5.3. A concepção de Vigilância Sanitária

Inicialmente, as ACS entrevistadas demonstraram dificuldades para responder sobre o que é Vigilância Sanitária e em identificar a relação da Vigilância Sanitária com a sua rotina de trabalho. No entanto, identificamos nas suas falas algumas expressões que podem indicar suas ideias sobre o assunto: “Faz vistoria”, “Vê o funcionamento de comercio”, “{Vê} problemas de higiene”, parecem apontar suas concepções sobre o trabalho da Vigilância Sanitária.

Nas entrevistas as ACS demonstram identificar a Vigilância Sanitária, por meio de seu atributo mais lembrado, ou seja, seu caráter normativo e fiscalizatório, assim verificamos na fala da ACS:

(...) Seria o comércio de alimentos da minha área de abrangência, que [as vigilâncias] dão a autorização para funcionamento, aqui por exemplo o posto de saúde, os consultórios que são inspecionados e os que a gente tem no bairro, para mim era basicamente isso, era a saúde do trabalhador (...)

(ACS1)

(...) Eu acredito que seja órgão competente na área de fiscalização, orientação relacionadas aos ambientes públicos, aos comércios, por exemplo açougues, e outras coisas. Que coisas você acha? Hospitais, o posto {a unidade básica de saúde}, cabelereiro (...)

(ACS5)

Dentre as entrevistadas, algumas correlacionam a Vigilância Sanitária a questões de higiene e saneamento, como observamos nos seguintes relatos dos ACS:

(...) Eu não sei te dizer exatamente o que a Vigilância faz. Que eu saiba é mais assim: “higienização de alimentos” {Verifica a higienização dos alimentos}. Eu pessoalmente não conheço o trabalho exato (...)

(ACS8)

(...) A VISA para mim é observar a parte de saneamento e saúde (...)

(ACS2)

(...) Precisaria ter mais fiscalização, precisa contratar mais fiscais, para dar conta de fiscalizar tudo, eu acho que tem muita coisa, por exemplo acho que a VISA pode estar relacionada a questões de saneamento básico, ou seja, água, lixo e esgoto (...)

(ACS 5)

Uma outra entrevistada também afirma que o trabalho da Vigilância Sanitária é educação em saúde, embora também relacione com ações acerca de medicamentos, alimentos e até vestuário:

(...) A VISA para mim é observar a parte de saneamento e saúde, como a pessoa está se mantendo nas casas e nos comércios, é educação em saúde. Acredito que a Vigilância está relacionada a como as pessoas fazem uso da medicação, na alimentação, em várias outras coisas, inclusive no vestuário (...)

(ACS4)

Ainda com relação a definições, algumas ACS relacionaram a Vigilância Sanitária com certas atividades de prestação de serviço, como por exemplo: manicure e cabelereiro.

(...) O comercio também como cabelereiros, que misturam muito as coisas, por exemplo não tomam cuidado e espalha tudo o cabelo (...). Observo se cabelereiro ou manicure, se tem a o esterilizador, como é a limpeza, pergunto sobre a desinfecção dos pentes e escovas (...)

(ACS4)

5.4. As relações entre o trabalho do ACS e a Vigilância Sanitária

Nas entrevistas, as ACS relataram que realizam diferentes ações no âmbito de seus territórios. Muitas dessas ações podem estar relacionadas a ações específicas de Vigilância Sanitária. Assim, identificamos algumas delas nos relatos das ACS. Por exemplo uma delas relatou que faz orientações quanto as condições em que são armazenados, manipulados e consumidos os alimentos, como podemos ver a seguir:

(...) Na alimentação, oriento sempre prestar atenção na qualidade dos alimentos, lavar bem os alimentos, tanto verduras, legumes, a carne no cozimento, mata as bactérias e se você ficar lavando muito ela perde as vitaminas. O cozimento elimina as bactérias, porém não são todos que acreditam. Prestar atenção às embalagens, que podem vir abertas, deixar o lixo longe de onde estão sendo preparados os alimentos na cozinha e oriento a lavagem das mãos, que é a principal via de contaminação no alimento (...)

(ACS2)

(...) Acho importantes as ações de orientação, por exemplo quanto aos alimentos, oriento verificar a validade, guardar na geladeira, não deixar comida em cima do fogão, porque pode estragar (...)

(ACS5)

Uma outra questão importante referida pelas ACS na relação do trabalho delas com a Vigilância Sanitária diz respeito à preocupação com diferentes produtos encontrados nas residências visitadas. Assim falam sobre as condições de armazenamento, conservação e utilização de produtos de higiene, limpeza da casa e outros relacionados:

(...) Quando entro na casa, costumo olhar também os diversos produtos utilizados pelo morador, (...) olho os produtos de limpeza, como estão armazenados, ou seja, não pode estar junto com os alimentos da casa, procuro orientar. Vejo também outros produtos, de higiene pessoal, desde a pasta de dentes, até desodorante e shampoo, falo que tem que ter rótulo e não podem ficar no sol (...)

(ACS9)

Um outro item que parece merecer atenção das ACS é o manuseio de medicamentos. Algumas relataram que estão sempre atentas e preocupadas quanto as condições em que são armazenados, consumidos e utilizados os medicamentos, referem que observam o prazo de validade, comparam os remédios existentes nos domicílios com as receitas prescritas, verificando inclusive se os usuários estão realmente fazendo o uso do medicamento em conformidade com a receita:

(...) Se eles {usuários} estão tomando a medicação corretamente, que eles têm muita dificuldade em separar, a gente ajuda (...)

(ACS 4)

(...) Oriento trazer a medicação vencida no posto. E também organizo as caixas de medicamentos de alguns pacientes com etiquetas, para não tomar remédio errado (...)

(ACS8)

(...) Oriento olhar a data de validade, se a medicação está inteira, como chegou até o usuário e se ele está tomando a dosagem correta, oriento a procurar o médico se achar que a dosagem está muito ou pouco (...)

(ACS2)

A destinação/descarte dos medicamentos que sobram ou perdem a validade constituem-se em relatos constantes nas entrevistas das ACS:

(...) Oriento trazer a medicação vencida no posto para descartar (...) na minha área tem muito idoso que vive sozinho, então ajudo com a medicação (...)

(ACS 7)

(...) É descarte (...) a gente tenta {orientar} principalmente pessoa que faz uso de insulina, o descarte correto do vidro, da agulha, da seringa, nós pedimos para acondicionar em frascos e trazer na unidade (...)

(ACS 1)

As ACS também demonstraram grande preocupação quanto às condições de acondicionamento e destino do lixo e aparecimento de vetores, roedores etc.

(...) Eu estou muito preocupada com a dengue, muita gente do território pegou. Tenho verificado os quintais e lotes vagos no bairro, tem muito e o pessoal joga lixo neles, o que muitas vezes se transforma em criadouro (...)

(ACS 6)

(...) Tenho preocupação com os acumuladores, descarte de lixo de forma incorreta (uma usuária descartava fraldas na rua em cima de uma árvore (...))

(ACS 3)

(...) Olho as condições de higiene, a pia suja, tem gente acumuladora, tem muito bicho, barata escorpião (...)

(ACS 8)

Em algumas entrevistas observou-se que existe uma certa preocupação por parte das ACS em identificar os estabelecimentos de saúde ou de interesse a saúde presentes na sua área de abrangência, demonstrando que existe uma preocupação por parte delas quanto à observação de agravos a saúde e complicações derivadas da utilização destes serviços, visto que as condições de funcionamento dos mesmos é uma atividade realizada pela VISA:

(...) Procuro observar, sim, os estabelecimentos do bairro que podem ser fiscalizados – supermercados, salão de cabeleireiro, drogarias, bares, entre outros. Já observei que está aparecendo muitos tatuadores, “estúdio de tatuagem”, me preocupo porque acho que pode ser um lugar de contaminação de doenças, pode ocorrer também inflamação e formação de cicatrizes (...)

(ACS9)

(...) Outro estabelecimento que eu acho problemático, é o açougue, tem que ter muita higiene e cuidados com o armazenamento das carnes. Fico

de olho, porque em locais longe do centro, a preocupação com a procedência dos produtos tem que ser maior.

(ACS 5)

Ainda com relação as ações das ACS entrevistadas, não foi mencionado dúvidas com relação as condições da água utilizada e tratamento de esgoto, talvez porque todos os territórios onde estão situadas as unidades, dispõem de tratamento de água e esgoto.

5.5. Dificuldades e facilidades para o desenvolvimento de ações relacionadas à Vigilância Sanitária

Com relação as facilidades e dificuldades, as entrevistadas não se referem especificamente em relação às ações de Vigilância Sanitária, mas acreditamos que como estão relacionadas à todas as ações executadas pelos ACS, por consequência, refletem nas ações de promoção e proteção mais específicas de Vigilância Sanitária. As ACS entrevistadas relataram em suas falas que acreditam que a confiança dos usuários e a afinidade com o território sejam elementos facilitadores de suas ações, assim:

(...) A confiança que os usuários depositam em mim, como pessoa, ACS e moradora do bairro. Abrem a casa para gente e me recebem bem, tenho livre acesso e eles me escutam, tem abertura, acesso e respeito (...)

(ACS2)

(...) O fato de estarmos bem próximo do cliente, entrando nas casas deles, conversando com eles e, também, o fato de morar no mesmo bairro, dá uma certa confiança de eles tratarem dos assuntos ligados a questão de saúde da família deles. Eles gostam do nosso trabalho (...)

(ACS 5)

As ACS relatam também que o fato de residirem na área de atuação, faz com que tenham facilidade de entrar na casa das pessoas, possibilitando conhecer os problemas enfrentados pela família, e tentam fazer os encaminhamentos aos setores competentes ou pelo menos as orientações para minimizar os riscos verificados:

(...) Como moro no bairro, tenho facilidade em entrar na casa das pessoas, são receptivos e dessa forma consigo verificar se o usuário ou sua família estão com algum problema. Pode ser qualquer problema (...) se eu puder ajudar, encaminhar para a unidade ou alguma outra solução (...)

(ACS9)

Em algumas entrevistas, algumas ACS disseram que consideram importante o estabelecimento de vínculo, como um facilitador para suas ações. Os vínculos são compromissos estabelecidos entre o ACS e o usuários, facilitam a construção de autonomia e constituem-se em um elemento facilitador das ações dos ACS, assim relatam:

(...) A confiança que os usuários depositam em mim, como pessoa, ACS e moradora do bairro. Abrem a casa para gente e me recebem bem, tenho livre acesso e eles me escutam, tem abertura, acesso e respeito (...)

(ACS 2)

(...) Talvez o fato de morar no território, conhecer as pessoas, criar vínculo com as elas, facilite as nossas ações de uma maneira geral. Costumo interagir até pelo celular com os usuários do meu território (...)

(ACS 8)

Quando indagadas sobre as dificuldades para realizar as ações de Vigilância Sanitária, as ACS também parecem não especificar diretamente as ações de Vigilância Sanitária, e sim apontam para dificuldades gerais nas ações que realizam. No decorrer das entrevistas, algumas ACS relataram que sentem dificuldade com relação a rede de saúde do município, sendo ressaltadas as dificuldades que encontram em relação aos encaminhamentos de demandas e o retorno das mesmas dos setores competentes.

(...) Dificuldades. Falta material, falta retorno do nosso serviço, o que a gente encaminha para outros setores da secretaria, muitas vezes não tem retorno (...)

(ACS 2)

Além disso, as ACS expõem nas entrevistas que observam a ausência de articulação entre os serviços, não só na área da saúde, mas com todos os setores da administração municipal e acreditam que o apoio da administração e a aproximação com esses setores, resultaria em uma melhoria nas suas ações na comunidade:

(...) onde casos de dengue (...) por exemplo, eu passo que tem um terreno com muito mato, onde moradores colocam, lixo e eles não respondem, não sei o que acontece. Eu sei para onde encaminhar as demandas, mas, muitas vezes não tem devolutiva, não tem solução em tempo hábil (...)

(ACS1)

(...) Eu acho que estamos no caminho certo, acho que seria interessante mais visitas do pessoal da VISA, é legal palestras com a população, ter informações sobre o trabalho da VISA, divulgar as ações estreitar relações (...)

(ACS 10)

Em outro momento, as entrevistadas relatam dificuldades com as resistências dos usuários quanto às orientações de cuidado em saúde, e enfatizam o fato de terem que muitas vezes “apontar” um problema na casa de uma pessoa que, na maioria das vezes, é seu vizinho. Neste caso a questão do vínculo parece ser uma dificuldade:

(...) tenho vergonha de falar pros meus vizinhos que a casa deles está suja. Me envolvo muito com os problemas do setor que atuo, por exemplo, tem uma cliente adolescente que está muito acima do peso, mas a mãe dela continua dando muita comida a ela e não escuta nossos conselhos sobre alimentação saudável (...)

(ACS 6)

A ACS que atua na USF rural relatou na entrevista algumas dificuldades enfrentadas por ela devido à peculiaridade da localização da USF, ou seja, em área rural:

(...) Sim, no horto devido à distância, existe mais dificuldade, muitos espalham o lixo e não descartam corretamente, também com relação a visita da dengue é uma dificuldade grande, no distrito o tempo de fazer a visita é bem mais rápido, já nos lotes, como são distantes, muito grande,

e temos que olhar tudo, a visita é bem mais demorada (...) Na visita da dengue, por exemplo, temos que ver a casa e o bebedor do gado que muitas vezes é do outro lado. Perde-se muito tempo. Tem muito cachorro, tem cachorro bravo, não consigo realizar a visita.

(ACS10)

É interessante observar que algumas ACS reconhecem que possuem necessidade de treinamentos e aprendizagem quanto aos temas relacionados a Vigilância Sanitária e, também querem buscar conhecimentos e aprimoramento na sua formação:

(...) Eu acredito que teria que ter mais ações integradas e mais treinamentos e capacitações. Gosto muito de fazer a parte educativa, mas tenho que aprender para isso (...)

(ACS 6)

(...) Sim, mas acho que um treinamento sobre VISA seria interessante para trabalhar com a população do meu território ou que houvesse participação de pessoas da vigilância na nossa reunião de equipe (...)

(ACS 5)

(...) Não tenho formação na área da saúde, mas quero começar a fazer o curso TE ainda esse ano (...)

(ACS 10)

6. DISCUSSÃO

Tomando como referência os resultados apresentados, definimos as categorias de análise:

1. A Vigilância Sanitária e a integralidade da atenção à saúde:
 - A compreensão sobre a Vigilância Sanitária;
 - A necessidade de aproximação da Vigilância Sanitária /VISA com a AB.
2. A Vigilância Sanitária e as ações de promoção e prevenção à saúde.

3. Outras questões importantes para a interação da AB e Vigilância Sanitária: capacitações e treinamentos.

6.1. A Vigilância Sanitária e a integralidade da atenção à saúde

Para a discussão das relações de integralidade entre a Vigilância Sanitária e a AB, fez necessário identificar o modo como as trabalhadoras entrevistadas da AB, especificamente os ACS pensam as ações da Vigilância Sanitária.

Assim, como foi descrito anteriormente, as ações da Vigilância Sanitária são ações de promoção, prevenção e minimização de riscos à saúde em diferentes contextos e circunstâncias que podem e devem ser incorporadas por todos os componentes do Sistema de Saúde.

O serviço da VISA - Setor do Sistema de Saúde responsável por ações de Vigilância Sanitária e também regulação dos produtos, equipamentos e serviços de interesse à saúde ou relacionados, atua principalmente por meio de regulamentações sobre concessão de licenças sanitárias para a produção e comércio de bens e serviços; registro de produtos para a fabricação e consumo; certificação de boas práticas de produção; monitoramento da qualidade de produtos e serviços; fiscalização do cumprimento das normas; comunicação e educação sobre riscos e vigilância de eventos adversos relacionados a esses bens (SILVA et al., 2018)

Os dados levantados e analisados nos permitem inferir que as entrevistadas percebem pouco a articulação entre o trabalho desenvolvido por elas e as ações de Vigilância Sanitária. Tal articulação é pouco mencionada por elas e isso nos remete para uma dificuldade de compreensão para a ideia de integralidade, aqui entendida na perspectiva da articulação de serviços e de ações, isso ocorre devido ao fato de a integralidade ser um princípio do SUS, amplamente divulgado, porém de interpretações diversas.

Em concordância com Mattos (2009), verificamos que a atenção integral confere qualidade à assistência, quando articula as ações de promoção e prevenção e, ainda segundo esse mesmo autor, o conceito de integralidade é muito complexo e incorpora vários sentidos: um primeiro sentido diz respeito às necessidades de ações e serviços que um determinado indivíduo, usuário do sistema, apresenta. O segundo está relacionado à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado à articulação

entre assistência e práticas de saúde pública, sendo que as ações de Vigilância Sanitária e a VISA devem dar o apoio para o atendimento das necessidades de saúde da população. E ainda, um terceiro sentido diz respeito às políticas governamentais relacionadas aos problemas de saúde.

É possível que a integralidade das ações da Vigilância Sanitária e da AB se mostraram, segundo as entrevistadas, como um processo ainda em construção. Os dados observados indicam que as articulações da AB com a Vigilância Sanitária e, também, com outros setores, são iniciativas ainda frágeis e não permanentes. Uma das entrevistadas reconheceu a necessidade de avançar na construção integralidade.

Acredita-se que as ações de Vigilância Sanitária que são realizadas na AB, não são percebidas pelas ACS como tal devido as próprias características da Vigilância Sanitária, que permanece centralizada e isoladas das demais ações de saúde. Embora as políticas de saúde sinalizem a necessidade de prevenção de riscos, promoção da saúde, qualidade do serviço prestado, muitas vezes as ações de Vigilância Sanitária são identificadas apenas como práticas fiscalizatórias, exercidas de modo insuficiente ou tão somente para o atendimento à demanda espontânea do segmento produtivo ou para atender situações de emergência e denúncias (COSTA, 2008).

6.1.1. A compreensão sobre a Vigilância Sanitária

O resultado das entrevistas quanto a percepção da VISA e das ações de vigilância pelas ACS nos dá a possibilidade de discutirmos a Vigilância Sanitária do ponto de vista das ações realizadas no cotidiano de trabalho dos ACS, trazendo novos elementos para entender os avanços já obtidos na busca da integralidade na atenção à saúde da população, considerando especificamente as ações realizadas pelos ACS.

Corroborando a literatura verificamos que a ação mais frequente é a visita domiciliar, seguida das orientações sobre saúde e acompanhamento de saúde de grupos populacionais prioritários, como por exemplo, as gestantes, os menores de 1 ano, os hipertensos e diabéticos, contemplando os aspectos de promoção e prevenção em saúde, relacionadas as condições de vida das pessoas.

Porém, verificamos que a compreensão das ACS sobre a Vigilância Sanitária faz uma clara conexão com as questões regulatórias e de fiscalização, o que pode limitar a amplitude das ações esperadas dos ACS, ou seja as estratégias de intervenção em saúde: prevenção, proteção e promoção.

Podemos relacionar essa questão ao fato que as ações da Vigilância Sanitária são um tanto complexas e só recentemente se constituíram em temas de pesquisa no Brasil, quando também teve início um processo de percepção do direito à saúde, seja na perspectiva da qualificação da prestação de serviços de saúde e da produção de bens e equipamentos relacionados à saúde. (SILVA et al., 2018).

Sabe-se que a Vigilância Sanitária é um tema pouco estudado (LUCCHESI, 2001), sendo que grande parte dos estudos encontrados versa sobre o controle sanitário dos alimentos, produtos, equipamentos e serviços através das visitas in loco, chamadas de inspeção sanitária, sendo inclusive pactuado em nível estadual e federal (PAVISA), pelo menos uma visita ao ano em estabelecimento de interesse à saúde e também a obrigatoriedade da validação anual do licenciamento dos estabelecimentos regulados pela VISA, a Licença de funcionamento Sanitário (LFS).

Portanto, um sistema eficiente de cadastro é considerado de grande importância para um serviço da VISA e a atribuição de cadastrar os estabelecimentos e licenciar faz parte das ações básicas de VISA, sendo inclusive requisito para repasses de recursos, principalmente para os níveis municipais. No entanto, essas ações específicas de Vigilância Sanitária não dão resposta a toda demanda, principalmente na perspectiva da integralidade e também no que tange as ações para o controle do risco existentes nos territórios, colaborando para o agravamento das desigualdades sociais, pois restringe o acesso da população às melhores condições de vida.

E ainda, podemos considerar que a Vigilância Sanitária, na sua face cartorial, também não é capaz de atingir os territórios de maior carência social (FIGUEIREDO, 2016). O que deveria ser prioritário para a realização das ações de promoção e proteção à saúde, confirmando a necessidade de aproximação da Vigilância Sanitária com a AB.

Assim, observamos que as percepções das ACS, quanto às práticas e ações de Vigilância Sanitária, sugerem uma reflexão permeada por diversos conceitos, saberes e impressões que nos remetem à sensação de dualidade da

operacionalidade da Vigilância Sanitária, ou seja, uma para fora do sistema de saúde, na regulação dos serviços, e a outra na lógica da promoção, para dentro do SUS (FIGUEIREDO, 2016).

A partir dessas ponderações sobre as concepções de Vigilância Sanitária e sobre suas ações, vamos discutir a compreensão das ACS entrevistadas sobre algumas ações relacionadas à Vigilância Sanitária. Nas visitas domiciliares, entre outras ações, os ACS fazem orientações sobre produtos de interesse à saúde, por exemplos alimentos, medicamentos entre outros e percebe-se que essas ações estão incorporadas na rotina das equipes de Saúde da Família. Assim, nos aspectos ligados à alimentação, salienta-se que a origem dos alimentos consumidos pela família, assim como as suas condições de armazenamento e consumo, é citada pelas ACS.

Sabemos que os alimentos são substâncias ou misturas de substâncias no estado sólido, líquido, pastoso ou qualquer outra forma adequada, com a finalidade de fornecer ao organismo humano os elementos normais à sua formação, manutenção e desenvolvimento (ANVISA, 2004).

A Vigilância Sanitária procura exercer controle sanitário em relação aos comerciantes e manipuladores de alimento, a fim de garantir que o preparo, armazenamento e a venda de alimentos seja realizada de forma adequada, higiênica e segura, com o objetivo de oferecer alimentos saudáveis aos consumidores, pensando nisso realiza o controle dos serviços de alimentação, como padarias, cantinas, lanchonetes, bufês, confeitarias, restaurantes, cozinhas industriais e cozinhas institucionais, entre outros (ANVISA, 2004).

Além disso, estabelece e fiscaliza os requisitos essenciais de Boas Práticas e de Procedimentos Operacionais Padronizados para os estabelecimentos comerciais de alimentos e para os serviços de alimentação, a fim de garantir as condições higiênico-sanitárias dos alimentos (ANVISA, 2004). O objetivo das Boas Práticas é evitar a ocorrência de doenças provocadas pelo consumo de alimentos contaminados (ANVISA, 2004).

No que diz respeito aos medicamentos, os ACS verificam a prescrição médica, a destinação final dos medicamentos fora do prazo de validade e a identificação de armazenamento e conservação. Esse interesse pela prescrição dos medicamentos está incorporado às ações da AB e pode ser justificado pela necessidade de gestão estratégica dos medicamentos e melhor relação custo-benefício para todos. Assim, é

possível identificar ações do campo da Vigilância Sanitária, relacionadas aos medicamentos, que hoje já estão incorporadas às rotinas da ESF.

Sabemos que os medicamentos são produtos especiais elaborados com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas, devendo ser produzidos com rigoroso controle técnico para atender às especificações determinadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (ANVISA, 2010).

Os medicamentos devem seguir normas rígidas para poderem ser utilizados, desde a sua pesquisa e desenvolvimento, até a sua produção e comercialização. A Anvisa é responsável pelo registro de medicamentos, pela autorização de funcionamento dos laboratórios farmacêuticos e demais empresas da cadeia farmacêutica, e pela regulação de ensaios clínicos e de preços. Divide com os estados e municípios a responsabilidade pela inspeção de fabricantes e pelo controle de qualidade dos medicamentos, realizando a vigilância pós-comercialização, as ações de farmacovigilância e a regulação da promoção de medicamentos (MACEDO et al., 2019).

Cabe a VISA, no âmbito de suas jurisdições e competências, a execução das ações de controle sanitário das empresas e estabelecimentos envolvidos em todas as etapas da cadeia de medicamentos, desde a sua produção até a dispensação, a fim de proporcionar aos consumidores a qualidade e segurança necessárias ao uso desses produtos (MACEDO et al., 2019).

Para que os medicamentos tenham os efeitos desejados, eles devem ser usados de forma correta e com orientação médica e farmacêutica. A rastreabilidade é muito importante para o controle do risco sanitário no uso de medicamentos (MACEDO et al., 2019).

A VISA também controla os medicamentos/substâncias sujeitos a controle especial, também chamados medicamentos/substâncias controlados, são aqueles que têm ação no sistema nervoso central podendo causar dependência física ou química (MACEDO et al., 2019).

Atualmente os produtos de higiene e limpeza e os saneantes são amplamente consumidos pela população, embora nem sempre sejam identificados como produtos de risco para a saúde, porém identificou-se algumas percepções das ACS, no que

tange à verificação da origem, armazenamento e destino de embalagens, demonstrando que existe uma certa preocupação com relação a esses produtos.

Produtos saneantes são substâncias ou preparações destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar, em ambientes coletivos e/ou públicos, em lugares de uso comum e no tratamento da água, compreendendo:

- a) inseticidas - destinados ao combate, à prevenção e ao controle dos insetos em habitações, recintos e lugares de uso público e suas cercanias;
- b) raticidas - destinados ao combate a ratos, camundongos e outros roedores, em domicílios, embarcações, recintos e lugares de uso público, contendo substâncias ativas, isoladas ou em associação, que não ofereçam risco à vida ou à saúde do homem e dos animais úteis de sangue quente, quando aplicados em conformidade com as recomendações contidas em sua apresentação;
- c) desinfetantes - destinados a destruir, indiscriminada ou seletivamente, microrganismos, quando aplicados em objetos inanimados ou ambientes;
- d) detergentes - destinados a dissolver gorduras e à higiene de recipientes e vasilhas, e a aplicações de uso doméstico”.

Os produtos saneantes, por oferecerem risco à saúde, estão sujeitos ao controle da Vigilância Sanitária, sendo a VISA responsável, no âmbito de suas competências, pela execução das ações de controle sanitário na fabricação, distribuição e comércio desses produtos, assegurando aos consumidores produtos de qualidade e seguros (MACEDO et al., 2019).

O monitoramento das condições de funcionamento de serviços de saúde e dos estabelecimentos de interesse da saúde é uma atividade realizada pela VISA, neste sentido, a pesquisa mostra que já existe uma preocupação por parte das ACS em identificar os estabelecimentos presentes no território, embora essa percepção foi identificada em poucas entrevistas.

Neste contexto, as ações da Vigilância Sanitária, focadas no controle do risco sanitário nos estabelecimentos de assistência à saúde, preveem ações complexas que envolvem as condições sanitárias dos EAS (Estabelecimento de Assistência à Saúde), propondo medidas e ações factíveis que melhorem a qualidade dos perfis de saúde existentes.

Cabe a VISA realizar o monitoramento de serviços públicos e privados com a finalidade de verificar “in loco”, por meio de inspeções sanitárias, a aplicação das

normas técnicas definidas pela legislação vigente, com o objetivo de minimizar ao máximo o risco de contaminação cruzada. Nas ações de monitoramento da Vigilância Sanitária, os profissionais são orientados a corrigir eventuais falhas que possam comprometer a qualidade dos serviços ofertados a população (MACEDO et al., 2019).

Os resultados da pesquisa mostram que a identificação de vetores e roedores é uma ação com alta incorporação pelas ACS, sobretudo a preocupação com a destinação correta de lixo e inservíveis que podem trazer grandes problemas para a população do território como um todo, inclusive o controle das arboviroses.

A VISA cadastra as empresas envolvidas na coleta, tratamento e disposição de resíduos, além daquelas atividades voltadas a reciclagem ou recuperação de determinados tipos de resíduos, permitindo com isto conhecer e fiscalizar com maior agilidade e eficiência tais tipos de estabelecimentos (MACEDO et al., 2019).

Entre as ações de Vigilância Sanitária, destacam-se as direcionadas aos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS). Eles são os gerados por serviços relacionados ao atendimento à saúde humana ou animal, tais como hospitais, clínicas médicas e odontológicas, laboratórios de análises clínicas, farmácias, drogarias, dentre muitos outros, que encerram diferentes riscos à saúde em razão de suas características microbiológicas químicas (MACEDO, et al., 2019).

Por sua capacidade de gerar impactos ao meio ambiente e riscos à saúde humana, o gerenciamento de RSS é exaustivamente abordado e controlado pela VISA, sendo o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRSS – é um documento exigido para o licenciamento dos EAS.

Acreditamos que os ACS têm muita facilidade em identificar e orientar a comunidade quanto às questões sanitárias relativas ao meio ambiente, isso ocorre porque os ACS são estimulados a desenvolver estas orientações na comunidade. Outra questão importante a ser lembrada é que os ACS têm participado frequentemente nas campanhas de prevenção da dengue, entre outros projetos, que envolvam o meio ambiente.

Observamos que as ACS se sentem muito à vontade realizando as ações que integram o meio ambiente e a saúde, entretanto, não se pode deixar de dizer que, ao se atribuir a responsabilidade ao ACS de toda ação ambiental a ser desenvolvida na comunidade (limpeza de caixa d'água, combate à dengue, entre outras) poderia

sobrecarregar o ACS, além de implicar na necessidade de treinamento adequado para que articule melhor essas responsabilidades ao contexto do seu trabalho.

A VISA tem papel importante no controle de vetores. Sua atuação deve ocorrer de forma integrada e articulada com as demais instituições que tenham interface com o tema, inclusive fóruns colegiados, como as salas regionais de situação e os comitês de bacia hidrográfica (ELMEC et al., 2016).

As inspeções sanitárias podem ocorrer nas residências, mas também são realizadas nos comércios, nas indústrias, nos prédios institucionais e outras atividades geradoras de risco da proliferação das arboviroses, permitindo a avaliação e o gerenciamento de cenários que favoreçam criadouros de vetores (ELMEC et al., 2016).

As inspeções sanitárias, focadas no controle de vetores têm os seguintes objetivos:

- a) Identificação de situações propícias ao criadouro do mosquito;
- b) Adoção de medidas educativas ou de intervenção, a partir das irregularidades constatadas;
- c) Comunicação das situações de risco à coordenação estadual ou municipal do programa de controle da dengue;
- d) apoio às ações do controle entomológico que necessitem de medidas legais.

Além dos recursos legais próprios de intervenção, as equipes de Vigilância Sanitária podem recorrer à autorização judicial para acesso a locais de risco em situações nas quais o trabalho é prejudicado por conta de imóveis persistentemente fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo proprietário, ainda mais quando se evidenciam locais com grande potencial de difusão de vetores. Muitos municípios vêm aprovando legislação específica que franqueia o acesso das equipes em condições adversas (ELMEC et al., 2016).

A VISA, investida de poder de polícia administrativa, deve ser envolvida não só para identificar situações propícias aos criadouros de mosquitos transmissores, mas também quando da definição de estratégias de prevenção de riscos associadas ao saneamento do meio. A VISA é importante nas ações diretas de controle dos criadouros, de vetores, artrópodes e hospedeiros, principalmente durante as inspeções sanitárias no tocante aos acúmulos de água que favorecem a proliferação do mosquito vetor das arboviroses (ELMEC et al., 2016).

Em síntese, percebe-se que as ações desenvolvidas na AB, em especial aquelas realizadas pelos ACS, têm uma articulação com as ações de Vigilância Sanitária. Embora não sejam percebidas claramente pelas entrevistadas, elas acontecem. Portanto é importante que a Vigilância Sanitária trabalhe conjuntamente com a AB.

6.1.2. A necessidade de aproximação da Vigilância Sanitária com a AB

Percebeu-se com as entrevistas realizadas, que a Vigilância Sanitária ainda se encontra isolada das demais práticas do SUS e muitas vezes ela é identificada apenas por sua prática normativa e fiscalizadora, como também pela autorização sanitária para o funcionamento de determinados serviços, com pouca articulação com serviços da AB.

Por sua vez, as ACS também relataram, pontualmente, que em suas práticas profissionais fazem orientações sobre educação em saúde e hábitos saudáveis, como por exemplo cuidados com alimentação e uso racional de medicamentos. Também procuram visualizar situações que consideram de risco no território, como acondicionamento correto de lixo, ações que podemos relacionar com o trabalho da Vigilância Sanitária.

No entanto, parece que as ações de orientação e educação em saúde, bem como avaliação de riscos no território, não são as prioritárias. Muitas delas referem que o foco principal de suas atividades são ações relacionadas às práticas assistenciais (agendamento de consultas ou exames, por exemplo), o que pode acarretar dificuldades no planejamento e desenvolvimento de ações no campo da promoção e proteção da saúde e conseqüentemente, empecilhos no trabalho da ESF no processo de construção de um cuidado em saúde mais integral.

Oliveira e Casanova (2009) afirmam que é preciso que se favoreça a criação de um cenário que não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a articulação da ESF e das ações de Vigilância Sanitária e demais vigilâncias, propondo respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território.

Como exemplo de uma situação de atuação integrada da ESF e da VS, mas cujo o foco são principalmente as ações da Vigilância Sanitária, os autores

descrevem um caso de contaminação por uma indústria de pesticida em um território no Rio Grande do Sul, onde os profissionais de uma ESF observaram que as pessoas daquele território estavam adoecendo devido à presença de um aterro clandestino de pesticida. A equipe de saúde conseguiu detectar essa situação de risco e comprovar o vínculo causal entre a doença e a presença de organoclorado proveniente do aterro. Além do tratamento e acompanhamento terapêutico individual, a equipe se articulou com a vigilância epidemiológica para notificação e monitoramento dos casos e, em conjunto com a Vigilância Sanitária, buscaram as informações relacionadas aos produtos encontrados, a contaminação do meio ambiente e as informações sobre a relação com a doença causada. Essa ação integrada propiciou inclusive a proibição de loteamento desses terrenos próximos ao local contaminado, evitando que as pessoas habitem no local. (OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

Dessa forma, acredita-se que as ações de educação e orientação em saúde, bem como identificação dos riscos nos territórios realizadas pelos profissionais de saúde em geral e pelos ACS em particular, são ações importantes para um trabalho articulado com as ações de Vigilância Sanitária, devendo ser incentivadas no trabalho da AB.

É importante que a equipe de saúde atuante no território, em especial o ACS se “reconheça como agente de Vigilância Sanitária”, a fim de distinguir no território os riscos aos quais a população encontra-se exposta e possa discutir com ela os encaminhamentos necessários para contorná-los (OLIVEIRA e CASANOVA, 2009). Dessa forma, a integração das atividades das vigilâncias no território de ação dos serviços de Atenção Básica é de suma importância, pois embora reconhecida teoricamente, pouco tem se concretizado na prática.

Assim, para consolidação das ações de Vigilância Sanitária nos territórios adscritos aos serviços da ESF, parece ser fundamental uma aproximação efetiva entre a Vigilância Sanitária e a ESF, principalmente no sentido de identificar os problemas de saúde e riscos associados ao consumo de bens, produtos e serviços, e que possam acontecer no território adscrito de uma USF. Essa aproximação, certamente contribuiria para o fortalecimento da ESF, no sentido de desenvolver o seu papel de promoção e proteção da saúde e de coordenadora da rede de atenção à saúde, pois proporcionaria conhecimento sobre as ações de Vigilância Sanitária e

contribuiria para a percepção das condições de vida da população desse território, bem como dos fatores que levam ao adoecimento dessa população.

6.2. A Vigilância Sanitária e as ações de promoção e prevenção à saúde

Tendo como prioridade do trabalho dos ACS, as ações de promoção e proteção à saúde, como poderia se dar a articulação de suas ações com as ações de Vigilância Sanitária?

Embora as ACS em suas falas compreendam que a ESF é campo de atuação voltado prioritariamente para a promoção e proteção da saúde da população, parece coerente elas não associarem seu trabalho com as ações de Vigilância Sanitária, pois na percepção delas, a Vigilância Sanitária faz quase que exclusivamente ações de fiscalização e licenciamento de serviços relacionados com a saúde. Elas não reconhecem que a Vigilância Sanitária também possa atuar na promoção e proteção da saúde. E mais que isso, muitas vezes nem percebem, nem tomam conhecimento de ações da VISA no território onde elas atuam. Portanto, a interação da Vigilância Sanitária com a ESF precisa acontecer mais intensamente, até para que as ações de promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças possam ser mais efetivas.

Tais ações são importantes e é um desafio que essas ações qualificadas em Vigilância Sanitária cheguem no território. Os serviços de AB precisam, portanto, reconhecer que as ações no campo da Vigilância Sanitária, aconteçam no território. Para isso, é necessária uma maior interlocução da Vigilância Sanitária com, por exemplo, a ESF, tal como apontam O'dwyer e colaboradores (2007).

Esses autores afirmam a necessidade de incorporar ao olhar do profissional da AB, em particular o ACS, as situações de risco ou agravo relacionadas com ações de Vigilância Sanitária, tais como: intoxicação alimentar, contaminação do ambiente, riscos do uso de saneantes, uso inadequado de medicamentos, entre outros, pois verifica-se que o ACS é o primeiro profissional a identificar diferentes situações de risco, muitas vezes norteadoras para a vigilância epidemiológica e para a prevenção, e deveria ser assim também para a Vigilância Sanitária (O'DWYER et al., 2007) .

É possível que as dificuldades de percepções por parte dos ACS estejam diretamente relacionadas ao distanciamento entre o sistema de Vigilância Sanitária e as ações da atenção básica, como dito anteriormente. No entanto, há também uma

invisibilidade que ações como orientação no uso de alimentos e medicamentos, por exemplo, são ações consideradas do campo da Vigilância Sanitária. Ou seja, esses profissionais não reconhecem em seu trabalho práticas de Vigilância Sanitária.

Essa dificuldade e distanciamento, também pode estar acontecendo porque o próprio conceito de promoção da saúde ainda não é muito claro. Segundo Buss (2009), a ideia de promoção de saúde ainda é um conceito em desenvolvimento. Essa ideia surge no Canadá e vem sendo discutido em importantes conferências: Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundstswal (1991), e posteriormente em Jakarta (1997), México (2000) e Brasil (2002). Esse conceito vem se modificando e se ampliando ao longo do tempo e hoje engloba um conjunto de valores como vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, o que demanda serviços de saúde mais resolutivos, ações integrais e participação da comunidade do território (BUSS, 2009).

Segundo Macedo et al. (2019), o objetivo do trabalho da Vigilância Sanitária é garantir que as ações de promoção da saúde cheguem à população, no sentido de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, intervindo em todo tipo de problema sanitário que possa afetar a relação entre meio ambiente, produção e circulação de bens e prestação de serviços à comunidade, garantindo, dessa forma, o bem estar físico, mental e social de todo ser humano, dando condições de vida a todos para que possam usufruir o dia a dia com total integridade e segurança. Tomando esses objetivos como questão, parece importante refletir sobre como essas ampliações no conceito de promoção da saúde são percebidas pelos ACS.

A ideia de promoção de saúde de forma mais ampla também é pouco percebida pelos ACS, pois as entrevistas demonstraram que as ações de promoção e proteção da saúde realizadas estão restritas principalmente às visitas domiciliares e à atenção dispensada a determinados grupos prioritários. Nas ações de educação em saúde destaca-se como principal estratégia palestras educativas e orientações dadas nas visitas domiciliares.

A Vigilância Sanitária também necessita reconhecer a ideia ampliada de promoção da saúde. Silva et al (2018) referem que a Vigilância Sanitária necessita fazer uma reflexão quanto a necessidade de revisão do conceito de promoção da saúde, para além do apelo à responsabilização dos indivíduos e à criação de

ambientes saudáveis, buscando novos caminhos para as suas ações e estratégias de enfrentamento de fatores de risco que existem no território.

Uma fragilidade já comentada e identificada nas entrevistas com as ACS é o pouco espaço para as ações de promoção proteção da saúde em detrimento de ações mais voltadas a assistência como entrega de exames, por exemplo e outras demandas administrativas. Superar o desafio de equilibrar as ações de promoção e proteção com demais ações existentes na ESF também podem representar uma estratégia para melhorar a interação da Vigilância Sanitária com esse serviço

É importante e necessária a apropriação por parte de ambas (AB e Vigilância Sanitária) sobre esses conceitos ampliados, evidenciando, mais uma vez a necessidade de aproximação da Vigilância Sanitária com a AB, também no que tange à questão da promoção da saúde.

Na perspectiva da promoção da saúde, a articulação das ações entre Vigilância Sanitária e AB deve considerar uma outra questão importante: a intersetorialidade. Muitas vezes as intervenções em saúde necessitam da participação de diferentes setores, para além do campo da saúde. Percebemos que algumas ACS referem dificuldades de contato e articulação com outras instituições, principalmente com aquelas de outros setores da administração pública. Por exemplo, as ACS afirmam que nas visitas domiciliares verificam falta de alimentos e problemas com resíduos domiciliares, relacionando dificuldades sociais e condições de vida com problemas ligados a saúde. No entanto, encontram dificuldades para a realização de ações em parceria com outras Secretarias/Setores existentes no Município, para sanar essas questões devido a essa pouca articulação.

Para o enfrentamento de problemas de saúde que tenham interface social é muito importante que tanto os trabalhadores da AB e da Vigilância Sanitária incorporem parâmetros mais amplos relacionadas a qualidade de vida e fatores sociais no seu cotidiano de trabalho, e essas ações são dependentes de ações intersetoriais e interprofissionais. Alguns autores afirmam que trabalhadores tem dificuldades em incorporá-los (SILVA et al., 2018).

Trabalhar de forma intersetorial parece representar um fator a ser melhorado pelas equipes de saúde e indispensável à promoção, pois em muitos casos, os problemas do território exigem a atuação de múltiplos setores. Assim, as equipes de saúde precisam superar as dificuldades de promover a articulação das ações

intersetoriais e, também, aprender a apoiar ações muitas vezes articuladas por outros setores, como por exemplo, o da Vigilância Sanitária.

Portanto, podemos inferir que as ações que buscam uma aproximação intersetorial para as ações de saúde, em particular aquelas relacionadas com a promoção e proteção da saúde, são difíceis não só entre a Vigilância Sanitária e AB, mas também com outros serviços públicos, e precisam ser intensificadas e promovidas.

As ações intersetoriais e ocorrem principalmente com a participação de diferentes profissionais e muitas vezes, esse trabalho multiprofissional/interprofissional funciona como instrumento viabilizador da promoção da saúde. Observou-se nas entrevistas poucas citações a respeito desse trabalho mais integrado. Apenas um entrevistado referiu a atuação de um nutricionista em orientações quanto à ingestão de uma alimentação equilibrada. Essa integração profissional também deve ser considerada nas ações que articulam o trabalho da AB com a Vigilância Sanitária, no tocante às ações de promoção e proteção da saúde.

Os trabalhadores da AB, particularmente os ACS, não podem se responsabilizar sozinhos por todas as necessidades e ações de saúde que acontecem nos territórios. Muitas das informações obtidas necessitam ser compartilhadas por diferentes setores da saúde e até fora do campo da saúde para o desenvolvimento de um trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial, afim de que as práticas de saúde sejam eficazes, efetivas e integradas, como por exemplo, no caso citado anteriormente da indústria de pesticida em um território no Rio Grande do Sul (OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

O trabalho em equipe interprofissional possibilita uma visão mais global e coletiva dos problemas encontrados, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns, que é garantir que as ações de promoção da saúde aconteçam no território (ARAÚJO e ASSUNÇÃO, 2004).

É importante que toda a equipe de saúde participe das ações de promoção e proteção da saúde tangentes a Vigilância Sanitária, em contrapartida também é atribuição dos trabalhadores da VISA, ou o chamado setor VISA realizar suas ações nos territórios bem como se aproximar dos serviços da AB, no caso, a ESF.

A estratégia de conciliar as atividades tradicionais de Vigilância Sanitária com as ações de promoção de saúde parece trazer um ponto de equilíbrio no sentido de

se pensar em intervenções que possam trazer mudanças no quadro de saúde/doença e nas práticas saúde nos territórios.

6.3. Outras questões importantes para a interação da AB e VISA: capacitações e treinamentos.

As entrevistadas apontaram potencialidades e dificuldades para um trabalho integrado da AB e da Vigilância Sanitária. Embora tenham sido desveladas significativas fragilidades que se colocam como desafio para a integração da Vigilância Sanitária com a AB, é necessário destacar que foram apontadas e discutidas várias potencialidades que podem superar essas dificuldades.

Dentre os pontos fortes, foi apontado como potencialidade a proximidade da ESF com o território e vínculo existente entre os ACS e a comunidade, Isso pode ser considerado um facilitador na identificação de situações e problemas que representam riscos no território e que podem estar relacionados às ações da Vigilância Sanitária, proporcionando facilidades para a interação almejada.

No entanto, as profissionais demonstraram que existem dificuldades de interação entre a Vigilância Sanitária e a AB, em especial com a ESF, pois foi observado que as práticas da Vigilância Sanitária no território de ação da ESF ainda passam despercebidas pelas ACS entrevistadas. Devemos lembrar que a proposta de interação é encorajada pelo Ministério da Saúde, pois a ESF se constitui em “lugar natural” para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde, e, por consequências, as ações da Vigilância Sanitária.

Ainda em relação as dificuldades, as falas apontam para a demanda por treinamentos e formação profissional, demonstrando que a capacitação profissional também pode representar um obstáculo a ser transposto no sentido de potencializar a interação da Vigilância Sanitária com demais setores da saúde, em especial a ESF.

Observou-se que as ACS não possuem capacitação específica para lidar com as questões que envolvem a Vigilância Sanitária. Quando ocorre demandas relacionadas a esse campo de atuação, os ACS, de uma maneira geral, recorrem ao senso comum e/ou aos saberes adquiridos em experiências prévias com outros profissionais, outros usuários ou, até mesmo, com familiares. É necessário que os processos de capacitação e educação permanente dos ACS incorporem as questões pertinentes à Vigilância Sanitária, permitindo o desenvolvimento de ações mais

resolutivas. É interessante observar, contudo, que esses profissionais fazem ações de Vigilância Sanitária na sua prática cotidiana em seu território de atuação, mesmo sem ter recebido treinamento específico para executar tais ações.

O estudo de Marzari (2011) aponta que a formação e processo de profissionalização dos ACS precisa ser revista e amplamente discutida, tendo em vista a amplitude de suas atribuições. O perfil desse agente desenha-se como um profissional que deverá ser capaz de encontrar soluções criativas para problemas complexos do cotidiano de um território e que tenha destreza para o diálogo, acolhimento, capacidade de compreender diferentes culturas e valores e, acima de tudo, saiba trabalhar em equipe.

A qualificação da prática do profissional de saúde da AB é uma ferramenta que possibilita alteração na abordagem de todo o contexto da ESF, com foco não só na promoção de saúde, mas também nos fatores de riscos à saúde. Muitos desses fatores e dessas abordagens estão diretamente relacionadas as ações de Vigilância Sanitária, considerando os contextos sociais existentes nos territórios, além de levar em conta a contemporaneidade e a complexidades dos desafios sanitários colocados para o campo da saúde (O'DWYER et al., 2007).

Realmente, a preparação dos ACS para às necessidades do SUS é um desafio e implica em profundas alterações na organização da sua formação. Ela deve estar pautada pela realidade de cada comunidade e envolver toda a equipe de saúde, pois existem profissionais que ainda não entendem o papel do ACS.

O desempenho dos ACS requer múltiplos saberes e habilidades, o que pressupõe a necessidade de formação sólida e permanente deste trabalhador. Essa é uma preocupação das ACS. Muitas delas referem interesse em uma maior qualificação profissional, pois grande parte das entrevistadas, já terminou ou quer fazer o curso de técnico de enfermagem, motivadas pela busca por qualificação e um maior conhecimento científico, talvez excessivamente preocupada com as demandas no campo de trabalho.

7. CONCLUSÃO

As reflexões aqui apresentadas não têm a pretensão de encerrar com conclusões fechadas e definitivas acerca das possibilidades apontadas na busca da integração das práticas de saúde da AB e Vigilância Sanitária, e sim suscitar o espírito de mudança, da busca pelo conhecimento, da inquietação que se impõe às equipes de saúde no sentido de implementar um sistema justo, com capacidade de promover, proteger, assistir e recuperar a saúde da população.

Esta análise demonstrou que, apesar de, passados mais de 20 anos de criação do SUS, há vários desafios a serem enfrentados, entre eles, a integralidade de ações da Vigilância Sanitária e da AB, com especial atenção para a ESF. Apesar de as ACS entrevistadas compreenderem que realizam ações de promoção e proteção da saúde nos seus territórios, verificamos que a percepção acerca da integração entre a Vigilância Sanitária e AB, especificamente na ESF, ainda não está muito clara, talvez porque não reconheçam o propósito da promoção da saúde no trabalho de Vigilância Sanitária.

Aparentemente a VISA se organiza de forma dissociada do restante do sistema de saúde e atua, na maioria das vezes, de forma isolada. A atuação compartimentalizada e desarticulada das demais ações do SUS, muitas vezes dissociada também das ações de vigilância epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador dificulta a efetividade das ações de proteção e promoção da saúde, bem como a interação entre a AB e a Vigilância Sanitária.

Alguns apontamentos foram discutidos ao longo desse trabalho, no sentido de buscar o aprimoramento da articulação entre Vigilância Sanitária e a ESF e ampliar as ações da Vigilância Sanitária nos territórios. Assim, nos parece importante refletir sobre as seguintes questões:

- Aproximação mais efetiva da Vigilância Sanitária e AB;
- Formação, treinamento e capacitação dos ACS para as questões de Vigilância Sanitária;
- Ampliar a participação da Vigilância Sanitária no SUS para que ela não fique restrita à sua função de fiscalização e regulação, devendo estender suas ações na direção da integralidade da saúde, promovendo a saúde da população e prevenindo a ocorrência de doenças.

Apesar de não ser objeto desse trabalho, não podemos deixar de mencionar que a desvalorização e o não investimento na AB e nos sistemas de VS, aqui

destacamos a Vigilância Sanitária, é um fator a ser considerado e que talvez expresse a conjuntura atual do sistema de saúde público, existindo, portanto, a necessidade de investimento nestes setores, não só em relação a construções e obras, mas em relação à qualidade dos serviços e fortalecimento da ESF e da Vigilância Sanitária.

Esse fortalecimento demanda a definição de objetivos que busquem a ampliação e qualificação dos serviços prestados, o investimento na infraestrutura e nos insumos necessários, o investimento nos recursos humanos no sentido da remuneração, valorização e capacitação, afim de que a ESF possa cumprir seu papel de coordenadora da rede de saúde, desenvolvendo ações preventivas, de promoção e da saúde e a Vigilância Sanitária também cumpra o seu papel 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.

Portanto, rebuscando nossos objetivos iniciais e conforme as considerações aqui pautadas compreendemos que as percepções das ACS, quanto as práticas e ações de Vigilância Sanitária no contexto das suas ações nas ESF, na perspectiva da integração das ações é um processo incompleto e que muitas vezes a concepção das mesmas sobre a Vigilância Sanitária apontam quase que exclusivamente para as questões regulatórias e de fiscalização da Vigilância Sanitária em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Entretanto, identificamos que as ACS descrevem que realizam várias ações nos territórios relacionadas as ações da Vigilância Sanitária, porém não fazem essa correlação. Portanto, nos parece fundamental que essa discussão seja oportunizada no âmbito do SUS, buscando estratégias para uma maior integração da Vigilância Sanitária e da AB.

Ainda neste estudo, pudemos identificar potencialidades e fragilidades na relação/integração da Vigilância Sanitária com a AB apontadas pelas ACS, onde destacamos a proximidade do território, o vínculo, as visitas domiciliares e as ações educativas como sendo fatores facilitadores e, portanto, devem ser norteadores na busca pela integração da Vigilância Sanitária e AB.

Com relação as fragilidades apontadas destacamos a dificuldade de articulação intersetorial e a necessidade de treinamentos e capacitações dos profissionais de saúde nos temas relacionados à Vigilância Sanitária.

Esse trabalho, seguramente, aponta para a necessidade de reflexão e de proposição de estratégias para se conseguir a integração da Vigilância Sanitária e AB. Assim, a compreensão das concepções quanto a essa integração poderá contribuir com planejamento e busca de novos caminhos para se conseguir essa integração de forma mais efetiva. Com isso, considero a possibilidade da aplicabilidade, na prática, dos resultados obtidos com esse estudo, pois como pesquisadora e gestora do Serviço de Vigilância Sanitária do município estudado pretendo propor ações que viabilizem a integração da Vigilância Sanitária e AB, e dar visibilidade desse diagnóstico a outros setores da saúde, especialmente a AB, no sentido de harmonizar as ações que forem planejadas de modo a conseguir a integração almejada.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, C. Atuação do enfermeiro da Atenção Básica no âmbito da atuação da prática interprofissional. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2013.

ANVISA. O que devemos saber sobre medicamentos. Tipo: Cartilha. Autor corporativo: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2010. _____ . Cartilha sobre Boas Práticas para Serviços de Alimentação, Brasília, 3ª ed., p. 5 -10, 2004.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 5, p. 1499-1519, 2016.

ARAÚJO, M.R.N.; ASSUNÇÃO, R.S. A atuação do Agente Comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Revista Brasileira de Enfermagem, v.57, n.1, p.19-25, 2004.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BAUER, M.W.; GASKELL, G.: Pesquisa Qualitativa Com Texto Imagem e Som: Um Manual Prático. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC, v. 2, n 1 (3), p. 68-80, 2005.

BRASIL (Brasília). Portaria no. 2436 de 21 de setembro 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), Ministério da Saúde, 2017.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. (Brasília) Decreto nº 7.508 de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Presidência da República, 2011.

_____. Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde. Proposta relacionada à qualificação profissional básica do ACS, 2003.

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário da União, Brasília, 1990.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências 2ªed. Rev. Amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 19-42, 2009.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1088-1095, 2004.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família Ciência & Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 5, n. 57, p. 611-614, 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ 2006. p. 37-50.

CHIESA, A.M.; FRACOLLI, L.A. O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. Revista de Saúde da Família, Brasília: ano V, n.7, ed. esp., jan. 2003 a abr. 2004.

COSTA, E.A. Vigilância Sanitária: Desvendando o enigma. Ciênc. Saúde Coletiva, v.15, n. 3, p. 3625-3626, 2008.

DE SETA, M.H.; OLIVEIRA, C.V.S.; PEPE, V.L.E. Proteção à saúde no Brasil: O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Ciência em Saúde Coletiva, v. 22 n.10, p. 3225-3234, 2017.

ELMEC, A.M.; BATAIERO, M.O.; BORTOLO, M.G. Saneamento do meio, arboviroses e as estratégias de Vigilância Sanitária para combate aos vetores no Estado de São Paulo, BEPA 2016;13 (153-154):63-68, 2016.

FIGUEIREDO, A. Caminhos da Vigilância Sanitária Brasileira: proteger, vigiar e regular. São Paulo: Hucitec, p. 247-256, 2016.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 1, p.17-27, 2008.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.P.; GRANJA, G.B.; ERMEL, R.C.; Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. Ver. Esc. Enferm. USP, v. 45, n. 5, p.1135-41, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.493-545, 2012.

GONDIM, G.M. Territórios da Atenção Básica: múltiplos, singulares ou inexistentes? 256f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

GUIMARÃES, R.M. et al. Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 5, p. 1407-1416, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo>>. Acesso em 13/12/2017.

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C. I; TAKAYANAGUI, A.M.M. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 957-963 2006.

KNOCHENHAUER, C. C.L. S.; PAIVA; K.M. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde quanto aos agravos fonoaudiológicos. CoDAS, v. 28, n. 6, 697-703, 2016.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LUCHESE, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. Rio de Janeiro, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACEDO, A.M.J.; NOVO, B.N.; PINHEIRO, V.N. Os desafios da Vigilância Sanitária e a qualidade na saúde pública. Portal Boletim Jurídico. ISSN 1807-9008. Brasil. Publicado em 27/04/2019 e acessado em 18 de setembro de 2019.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCHESE, G. Integração entre Vigilância Sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n 4, p. 682-692, 2010.

MARTINS, M.O.; CRUZ, M.M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: Avanços e desafios. Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.

MATTOS, A.T.R.; CACCIA-BAVA, M.C.G.G.; BARBOSA, D.C.M. Índice de Saúde Aplicado ao Município de Araraquara, SP: um instrumento para o acompanhamento da Atenção Básica. Rev. bras. Epidemiol. v. 16, n.1, 2013.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. v. 8, p. 43-68. Rio de Janeiro: Cepesc IMS/UERJ Abrasco, 2009.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R.; SELLI, L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 873-880, 2011.

MINAYO, M. C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.: Vigilância em saúde e território utilizado: Possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21 n. 3, p. 898-906, 2005.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

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

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, p. 557-567, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA. Prefeitura Municipal de Araraquara, a morada do sol. 2017. Disponível em: <http://www.araraquara.sp.gov.br/araraquara/>. Acesso em 04/12/2017.

ROSA, A.S.; CAVICCHIOLI, M.G.S.; BRÊTAS, A.C.P. O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Acta Paul. Enferm.*, v. 17, n. 3, p. 255-61, 2004.

ROZENFELD, S. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p 301, 2000.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SCHRAIBER, L. B.: Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

SILVA, J.A.A.; COSTA, E.A.; LUCHESE, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 23, n. 6, p. 1953-1961, 2018. [Acessado em 19 de setembro de 2019]

SOUZA, M. M. O. SOUZA; GUEDES, J.P.F.S: A integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família. 8ª Mostra de Produção Científica da Pós-Graduação Lato Sensu da PUC Goiás. Goiânia, 2013.

TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. Glossário de análise política em Saúde. Salvador: Edufba, pg. 198, 2016.

VIEGAS, S.M.F. A integralidade no cotidiano da Estratégia de Saúde Família em município do Vale do Jequitinhonha. 282 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2010.

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

FONTE:

Agente Comunitário de Saúde da equipe de saúde da família de _____ -

IDENTIFICAÇÃO:

Data: ____ / ____ / 2018

Nome (iniciais): _____

Idade: _____

Local de Trabalho: _____

Tempo de atuação no PSF: _____

Tem formação na área da Saúde _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

- Como é o seu cotidiano de trabalho?
- No contexto do seu trabalho, para você o que é Vigilância Sanitária?
- Que ações de Vigilância Sanitária você acredita que são realizadas na sua unidade?
- Quais as facilidades para o desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, no seu cotidiano?
- Quais as dificuldades para desenvolver as ações de Vigilância Sanitária, no seu cotidiano?
- Como você avalia as ações de Vigilância de Sanitária que são desenvolvidas por você e pela equipe de saúde da família. Qual a contribuição dessas práticas?
- Você acha que seu trabalho Estratégia de Saúde da Família está relacionado à Vigilância Sanitária em pelo menos algum aspecto?
- No seu entendimento haveria alguma possibilidade de melhorar o relacionamento entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária/ seu local de trabalho?

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Silvia Aparecida de Souza Adalberto, convido você a participar de uma pesquisa que estou fazendo para a conclusão do meu Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), intitulada: PERCEPÇÃO DOS AGENTE COMUNITARIOS DE SAUDE SOBRE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO, sob orientação do Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo.

O objetivo do trabalho é analisar as percepções dos ACS quanto a integração da Vigilância Sanitária e a Atenção Primária à Saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, quanto às suas ações e responsabilidade sanitária.

A sua participação consistirá em responder algumas questões previamente definidas. Afirmando que não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaria de conhecer um pouco da sua rotina e experiências. A entrevista poderá ser gravada, caso concorde, e o material gravado será destruído pela pesquisadora após o uso. Afirmando que se você não quiser responder alguma pergunta, sua vontade será respeitada e poderá encerrar sua participação no momento que achar necessário.

Você não será obrigado a participar, podendo desistir a qualquer momento e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição. Sua identificação será mantida em sigilo e será garantida a privacidade em relação às informações fornecidas.

As informações que pretendo obter serão utilizadas exclusivamente para a elaboração da minha pesquisa e poderão ser publicadas em periódicos científicos, uma vez que se trata de uma Pesquisa Científica.

Se você julgar que precisa de mais informações acerca da realização da pesquisa, terá a garantia de que será esclarecido a qualquer momento.

A sua participação neste estudo não acarretará nenhum tipo de despesa, bem como nenhuma remuneração ou benefícios diretos a você. Não existem riscos relacionados à sua participação; você não será submetido a riscos físicos, psicológicos ou morais, pois a entrevista será realizada somente se você aceitar, não haverá compensação monetária pela participação.

Em relação aos benefícios, acreditamos que os resultados poderão auxiliar profissionais e gestores de saúde a melhorarem a qualidade da assistência prestada, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tais como universalidade e integralidade da atenção.

ANEXO C

Prefeitura do Município de Araraquara
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Educação Permanente



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara, com seu representante Sra. Eliana Mori Honaim, Secretária de Saúde, autoriza a pesquisadora responsável principal pelo projeto de mestrado profissional, o qual pertence ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC da UFSCar, Sra. Sílvia Aparecida de Souza Adalberto a realizar coleta de dados através de questionário semi estruturado junto aos Agentes Comunitários de Saúde, que estão lotados nas Estratégias de Saúde da Família do Município, no período de agosto de 2018 a dezembro de 2018, para realização do projeto de pesquisa cujo título é "Vigilância Sanitária e Atenção Básica: a PERCEPÇÃO DOS AGENTE COMUNITARIOS DE SAUDE EM UM MUNICIPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO.",

A pesquisadora acima citada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Araraquara, 05 de 05 de 2018

Eliana Ap. Mori Honaim
Secretária Municipal de Saúde
Araraquara-SP

ANEXO D



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vigilância Sanitária e Atenção Básica: A PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO.

Pesquisador: SILVIA APARECIDA DE SOUZA ADALBERTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 96933818.9.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.022.454

Apresentação do Projeto:

Será realizada uma pesquisa de natureza "qualitativa", desenvolvida a partir de entrevistas com agentes comunitários de saúde, que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família de um município do estado de São Paulo. Será entrevistado pelo menos um ACS de cada estratégia do município, sendo escolhido o mais experiente da equipe. As entrevistas serão semi estruturadas com foco na integração da Atenção Primária em Saúde com a Vigilância Sanitária, com o objetivo de obter informações pertinentes ao objeto da pesquisa, e será individualizada. A entrevista será conduzida a partir de um roteiro (Anexo A), que conterá na primeira parte, os dados de identificação e a experiência profissional na Estratégia de saúde da Família dos entrevistados, e na segunda, apresentará aspectos que contemplaram o tema abordado tais como: visão dos trabalhadores da equipe de SF quanto suas concepções a Vigilância Sanitária, sua prática, facilidades/dificuldades, e os temas abordados. O cenário de estudo compreende os município de Araraquara. Os sujeitos que participarão da pesquisa serão os Agentes Comunitários de Saúde que trabalham nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em Araraquara. As entrevistas serão interrompidas quando for alcançada a saturação dos achados, ou seja quando os dados passaram a apresentar certa

redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na construção dos dados. Será realizada análise por conteúdo temático das entrevistas (Bardin, 1977), mediante trajetória subsequentemente ideográfica e nomotética apoiada no referencial teórico Integração das redes de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.022.454

Saúde, principalmente a Atenção Primária e a Vigilância Sanitária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS), acerca da integração entre a Vigilância Sanitária e Atenção Básica, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, em Município do interior de São Paulo.

Objetivo Secundário:

• Conhecer a concepção dos ACS sobre a Vigilância Sanitária; • Identificar e descrever as ações relativas à Vigilância Sanitária realizadas pelos ACS em seu território de atuação; • Identificar potencialidades e fragilidades na relação/integração da VISA com a Atenção Básica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existem riscos relacionados à participação DO ENTREVISTADO ; O MESMO não será submetido a riscos físicos, psicológicos ou morais, pois a entrevista será realizada somente COM CONSENTIMENTO, PODENDO SER INTERROMPIDA A QUALQUER MOMENTO.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, acreditamos que os resultados poderão auxiliar profissionais e gestores de saúde a melhorarem a qualidade da assistência prestada, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) tais como universalidade e integralidade da atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pendências resolvidas. Apresentou TCLE no seu formato adequado e com todas as informações obrigatórias. Apresentou aprovação do local de coleta de dados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.022.454

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1190294.pdf	20/10/2018 21:21:06		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.pdf	20/10/2018 21:16:45	SILVIA APARECIDA DE SOUZA ADALBERTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/10/2018 14:38:01	SILVIA APARECIDA DE SOUZA ADALBERTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	19/08/2018 18:24:36	SILVIA APARECIDA DE SOUZA ADALBERTO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	10/08/2018 17:08:44	SILVIA APARECIDA DE SOUZA ADALBERTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 15 de Novembro de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **CEP:** 13.565-905
E-mail: cephumanos@ufscar.br