



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**MANOEL RIBEIRO DE SALES NETO**

**“TODOS BUSCAMOS A MELHORIA DA SAÚDE, MAS TRABALHAMOS  
ISOLADAMENTE”: INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FORTALEZA**

**2016**

MANOEL RIBEIRO DE SALES NETO

“TODOS BUSCAMOS A MELHORIA DA SAÚDE, MAS TRABALHAMOS  
ISOLADAMENTE”: INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre. Linha de pesquisa: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Soares Gondim.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- S155“ Sales Neto, Manoel Ribeiro de.  
“Todos buscamos a melhoria da saúde, mas trabalhamos isoladamente”: integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde / Manoel Ribeiro de Sales Neto. – 2016.  
104 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Prof. Dr. Ana Paula Soares Gondim.
1. Vigilância Sanitária . 2. Atenção Primária à Saúde . 3. Integralidade em Saúde . 4. Gestão em Saúde .  
I. Título.

CDD 615

---

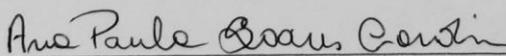
MANOEL RIBEIRO DE SALES NETO

“TODOS BUSCAMOS A MELHORIA DA SAÚDE, MAS TRABALHAMOS  
ISOLADAMENTE”: INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE

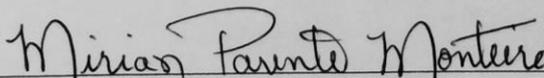
Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre. Linha de pesquisa: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Aprovada em: 22/12/2016.

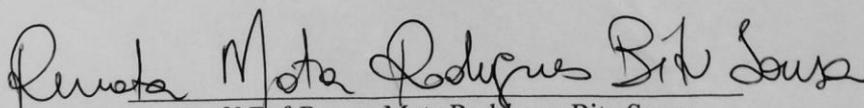
BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Soares Gondim (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mirian Parente Monteiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata Mota Rodrigues Bitu Sousa  
Centro Universitário Christus (Unichristus)

Dedico esta dissertação à minha família, ao  
André Fontinele e ao Valentim Snow.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter me inspirado e por não permitir minha desistência nos momentos desafiadores.

À Professora Ana Paula Gondim, por ter me guiado tão eficientemente no universo da pesquisa qualitativa.

Aos colegas do Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME), pelo companheirismo, motivação e troca de experiências.

À Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE, por ter autorizado a realização deste estudo.

Aos colegas que atuam na Vigilância Sanitária de Fortaleza – CE, por terem compartilhado comigo suas experiências e conhecimentos.

Aos profissionais e gestores da Atenção Primária à Saúde de Fortaleza – CE, pela disponibilidade para participar deste estudo.

“Num universo de pura ordem, não haveria inovação, criação, evolução. Não haveria a existência viva nem humana. Do mesmo modo nenhuma existência seria possível na pura desordem, porque não haveria nenhum elemento de estabilidade para se instituir uma organização.”

(EDGAR MORIN)

## RESUMO

A integralidade é o princípio que determina a articulação entre os serviços e ações do Sistema Único de Saúde (SUS). A integração entre Vigilância Sanitária (VISA) e Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da promoção da saúde e da educação em saúde, proporciona a identificação mais eficiente dos riscos sanitários de cada território. A VISA é, entretanto, tradicionalmente isolada das demais ações de saúde. O objetivo deste estudo é compreender a integração entre VISA e APS segundo a perspectiva dos trabalhadores e gestores que atuam nesses núcleos em Fortaleza - CE. É um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado de janeiro a novembro de 2016. Foram selecionados trabalhadores e gestores da VISA e da APS que possuíam pelo menos um ano de atuação no respectivo núcleo. Além disso, incluíram-se profissionais com a maior variação possível de tempo de serviço, local de trabalho e cargo ocupado. Utilizou-se a saturação para definir o encerramento da coleta de dados que se realizou por meio de revisões de documentos, observações participantes e entrevistas semiestruturadas guiadas por roteiros. Com suporte na análise de conteúdo temática, foram construídas as seguintes categorias: formação para atuação na VISA e na APS; atribuições da VISA e da APS; planejamento das atividades de VISA e de APS; atividades da VISA e da APS; integração entre VISA e APS; dificuldades e facilidades para a integração entre VISA e APS. A maioria dos 44 profissionais entrevistados é do sexo feminino e possui especialização. Os resultados demonstram que algumas atividades são desenvolvidas de modo compartilhado pelos profissionais da VISA e da APS, como as reuniões sobre as condições sanitárias das unidades de saúde. Essas atividades, no entanto, não acontecem rotineiramente e não são totalmente formalizadas. Os entrevistados consideram que a integração entre os núcleos estudados é importante para a melhoria da saúde da população e sugerem várias outras atividades que podem ser desenvolvidas de maneira compartilhada, como educação em saúde para a população e investigação de produtos possivelmente causadores de reações adversas. Identificaram-se, todavia, vários fatores que comprometem a integração entre os núcleos estudados, como a deficiência na formação em VISA, a falta de conectividade entre os trabalhadores, o desconhecimento de que VISA e APS possuem atribuições comuns e ênfase no desenvolvimento de atividades de fiscalização pela VISA. Além disso, os trabalhadores de um núcleo não conhecem os profissionais e as atividades pertencentes ao outro núcleo. Conclui-se que a integração dos núcleos de VISA e da APS estudados não está totalmente consolidada. Os resultados alertam para a necessidade de espaços coletivos onde os trabalhadores possam se conhecer e se responsabilizar pelo desenvolvimento

compartilhado de atividades. PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em Saúde; Gestão em Saúde.

## **ABSTRACT**

Integrity is the principle that determines the articulation between the services and actions of the Unified Health System (SUS). The integration between Health Surveillance (VISA) and Primary Health Care (APS), through the health promotion and health education, provides the most efficient identification of the sanitary risks of each territory. VISA is, however, traditionally isolated from other health actions. The objective of this study is to understand the integration between VISA and APS according to the perspective of the workers and managers who work in these centers in Fortaleza - CE. It is a descriptive study with a qualitative approach, carried out from January to November 2016. We selected workers and managers of VISA and APS who had at least one year of work in the respective center. In addition, professionals with the greatest possible variation of length of service, place of work and occupied position were included. Saturation was used to define the closure of the data collection, which was performed through document reviews, participant observations and semi-structured interviews guided by scripts. With support in the thematic content analysis, the following categories were built: training for VISA and APS; Responsibilities of VISA and APS; Planning of VISA and APS activities; activities of VISA and APS; integration between VISA and APS; difficulties and facilities for integration between VISA and APS. Most of the 44 professionals interviewed are female and have specialization. The results show that some activities are developed in a shared way by VISA and APS professionals, such as meetings about health conditions in health unities. These activities, however, do not happen routinely and are not fully formalized. Interviewees consider that integration among the centers studied is important for improving the health of the population and suggests a number of other activities that can be developed in a shared way, such as health education for the population and investigation of products possibly causing adverse reactions. However, a number of factors have been identified that compromise integration among the studied groups, such as the lack of training in VISA, the lack of connectivity among workers, the lack of knowledge that VISA and APS have common attributions and an emphasis on the development of inspection by VISA. In addition, workers in one center do not know the professionals and activities belonging to the other center. It is concluded that the integration of the VISA and APS center studied is not fully consolidated. The results point to the need for collective spaces where workers can get to know each other and take responsibility for the shared development of activities. **KEYWORDS:** Health Surveillance; Primary Health Care; Integrity in Health; Health Management.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Dinâmica contraditória entre a lógica da profissionalização e da interprofissionalidade na saúde .....	22
Figura 2 - Dimensões do modelo de colaboração interprofissional e interorganizacional .....	28
Figura 3 - Distribuição dos entrevistados, de acordo com local de trabalho. Fortaleza - CE, 2016 .....	52
Figura 4 - Noções sobre as atribuições da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016 .....	55

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões e indicadores do modelo de colaboração interprofissional e interorganizacional .....	30
Quadro 2 - Características dos modelos de Vigilância Sanitária no Brasil .....	34
Quadro 3 - Distribuição dos profissionais do Núcleo Municipal de Vigilância Sanitária, de acordo com o local de trabalho. Fortaleza – CE, 2016 .....	46
Quadro 4 - Distribuição dos profissionais do Núcleo Municipal de Atenção Primária à Saúde, de acordo com o local de trabalho. Fortaleza – CE, 2016 .....	47
Quadro 5 - Atividades específicas e compartilhadas da Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016 .....	58
Quadro 6 - Atividades compartilhadas desenvolvidas pela Vigilância Sanitária e pela Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016 .....	62
Quadro 7 - Dificuldades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016 .....	66
Quadro 8 - Facilidades para integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016 .....	68

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEVISA	Célula de Vigilância Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
COVIS	Coordenadoria de Vigilância em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SR	Secretaria Regional
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
VISA	Vigilância Sanitária
VS	Vigilância à Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Interdisciplinaridade: caminho para romper as fragmentações disciplinares no campo epistemológico</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Integralidade ante as fragmentações no campo da saúde</b> .....	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>Vigilância Sanitária no Brasil: breve histórico e modelos de organização</b> ....	<b>31</b>
<b>3.4</b>	<b>Atenção Primária à Saúde: breve histórico do modelo de organização</b> .....	<b>35</b>
<b>3.5</b>	<b>Da fragmentação à proposta de integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>45</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do estudo</b> .....	<b>45</b>
<b>4.2</b>	<b>Contexto do estudo</b> .....	<b>45</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos do estudo: caracterização e seleção</b> .....	<b>45</b>
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos para coleta dos dados</b> .....	<b>47</b>
<b>4.4.1</b>	<i>Descrição dos instrumentos de coleta de dados</i> .....	<b>47</b>
<b>4.4.2</b>	<i>Coleta de dados</i> .....	<b>48</b>
<b>4.5</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	<b>49</b>
<b>4.6</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>52</b>
<b>5.1</b>	<b>Formação para atuação na Vigilância Sanitária ou na Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>53</b>
<b>5.2</b>	<b>Atribuições da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>54</b>
<b>5.3</b>	<b>Planejamento das atividades de Vigilância e da Atenção Primária à Saúde..</b>	<b>56</b>
<b>5.4</b>	<b>Atividades da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>57</b>
<b>5.5</b>	<b>Integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>60</b>
<b>5.6</b>	<b>Dificuldades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>65</b>
<b>5.7</b>	<b>Facilidades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde</b> .....	<b>68</b>

<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>78</b>
<b>8</b>	<b>RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>80</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
	<b>ANEXO A - SECRETARIAS REGIONAIS (SR's) DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA .....</b>	<b>89</b>
	<b>ANEXO B - ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA (SMS) .....</b>	<b>90</b>
	<b>ANEXO C – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO EMITIDA PELA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (COGTES) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA .....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXO D – PARECER EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC) .....</b>	<b>92</b>
	<b>ANEXO E – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO GRAMATICAL E ESTILÍSTICA .....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES E GESTORES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA .....</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE C – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO .....</b>	<b>99</b>
	<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE .....</b>	<b>100</b>
	<b>APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....</b>	<b>101</b>
	<b>APÊNDICE F - CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. FORTALEZA, 2016. ....</b>	<b>103</b>
	<b>APÊNDICE G - CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. FORTALEZA, 2016. ....</b>	<b>104</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A fragmentação dos serviços de saúde é um dos principais obstáculos para a obtenção de resultados efetivos em vários sistemas de saúde (OMS, 2008a). No Brasil, como resposta ao caráter fragmentado com o qual as práticas de saúde eram planejadas e executadas, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) orientado pelo princípio da integralidade (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010; MATTOS, 2009). De acordo com a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, esse princípio é entendido como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990).

Para construir integralidade, deve haver não somente a pactuação dos pontos de atenção em rede, mas também a integração das práticas cotidianas, como as que constituem as ações da Vigilância Sanitária (VISA) e da Atenção Primária à Saúde (APS) (FERNANDES; VILELA, 2014). Cabe à VISA, mediante ações de prevenção, promoção e proteção, atuar sobre os riscos à saúde da população decorrentes do uso de produtos ou serviços relacionados com a saúde (BRASIL, 2007, 1990). A APS tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral que melhore a situação de saúde da população, também por meio de ações de prevenção, promoção e proteção (BRASIL, 2012).

Como conjuntos de ações do SUS, VISA e APS devem assumir a integralidade como pressuposto essencial para a melhoria da saúde. O Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), principal documento que norteia a organização das ações de VISA, assume a integralidade como necessária para o estabelecimento de práticas resolutivas e humanizadas (BRASIL, 2007). A integralidade também é condição essencial para que a APS não seja constituída como um programa paralelo fornecedor de uma quantidade restrita de serviços com baixa qualidade e dirigido a pobres (OMS, 2008b).

A integração entre VISA e APS é necessária para que o saber sanitário dialogue com os saberes da população e dos profissionais da atenção à saúde, mediante informação e comunicação (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007). Além disso, é importante que os profissionais da APS estejam aptos para identificar os riscos sanitários aos quais a população do seu território está sujeita (ARREAZA; MORAES 2010).

Apesar da importância da integralidade para a melhoria da saúde da população, esse princípio permanece como um desafio para os gestores e trabalhadores do SUS por conta da complexidade inerente à sua própria operacionalização, que perpassa pela organização dos serviços, pelos saberes dos profissionais e pela qualidade técnica do trabalho (KALICHMAN;

AYRES, 2016). Estudos também alertam para a necessidade de que a integralidade, no sentido de articulação entre os serviços, seja posta em prática tanto na VISA quanto na APS (FERNANDES; VILELA, 2014; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010; GIOVANELLA *et al.*, 2009).

No ano de 2010, quando ingressamos na VISA de Fortaleza – CE, participamos de um treinamento que teve o objetivo de nos capacitar para atuarmos como fiscal municipal de VISA. Com esse treinamento inicial, aprendemos a executar as atividades inerentes a esse cargo, como preencher termos fiscais e realizar inspeções, apreensões e interdições. Em 2012, depois de explorar mais profundamente a literatura durante o Curso de Especialização em VISA, descobrimos que o trabalho nessa área não se restringe apenas às atividades relativas à dimensão fiscalizatória que aprendemos no referido treinamento, devendo envolver também educação em saúde e promoção da saúde, de modo compartilhado com profissionais das demais ações que compõem o SUS.

Para esse Curso de Especialização, realizamos um estudo com os trabalhadores da VISA de Fortaleza – CE, quando constatamos que a maioria dos entrevistados não realizou educação em saúde e que apenas uma pequena parcela deles desenvolveu atividades com os trabalhadores da APS (SALES NETO, 2013). Em decorrência desses resultados e considerando que a literatura precisa de estudos que abordem a integração entre as ações (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; BRITO SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012), despertamos para a necessidade de explorar a integração entre VISA e APS com suporte na seguinte pergunta: Como ocorre a integração entre VISA e APS na cidade de Fortaleza – CE?

Esta dissertação faz parte da linha de pesquisa em Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária, do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. Tendo como marco conceitual a integralidade, este estudo tem o objetivo de compreender a integração entre VISA e APS na cidade de Fortaleza – CE. Com efeito, pretendemos contribuir para o estabelecimento de serviços de VISA e APS integrados e que buscam proteger a saúde da população mais efetivamente.

Dividimos este estudo nas seguintes partes: introdução, onde expomos o problema do estudo; objetivos; referencial teórico, que expressa a literatura pertinente ao assunto examinado; percurso metodológico, no qual descrevemos as etapas para coleta e análise dos dados; resultados; discussão, onde aduzimos as reflexões sobre os resultados; considerações finais; recomendações para consolidar a integração entre VISA e APS; referências; anexos e apêndices.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde segundo a perspectiva dos profissionais atuantes nesses núcleos em Fortaleza - CE.

### **2.2 Objetivos específicos**

- I) Caracterizar os profissionais da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde, no que concerne à formação para atuar nesses núcleos.
- II) Analisar a percepção dos profissionais sobre planejamento, atribuições e atividades da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde.
- III) Construir o fluxo de integração entre Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde.
- IV) Analisar as facilidades e dificuldades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para fundamentar a perspectiva de integração proposta por essa dissertação, delineamos, inicialmente, breve história da própria ciência, desde a hegemonia do paradigma cartesiano com sua característica fragmentação disciplinar até o posterior surgimento do pensamento complexo e da Teoria dos Sistemas com suas implicações para a interdisciplinaridade. Em seguida, mostramos a integralidade como proposta para superar a fragmentação que se perpetua também no campo da saúde. Depois de realizarmos o histórico da VISA e da APS, indicamos as propostas de integração entre esses conjuntos de ações do SUS.

#### 3.1 Interdisciplinaridade: caminho para romper as fragmentações disciplinares no campo epistemológico

Para o entendimento da natureza, da sociedade e das organizações, é dominante a ciência mecanicista ou cartesiana, que concebeu uma realidade objetiva e governada por leis físicas e matemáticas exatas (MINAYO; TORRES, 2013). Morin (2011) nomeia o pensamento cartesiano como “paradigma de simplificação”, já que este, baseado nos princípios de disjunção, de redução e de abstração, provocaram a separação do sujeito pensante e da coisa entendida. A formulação desse paradigma é atribuída a Descartes:

O primeiro método era o de jamais acolher alguma coisa como verdadeira que eu não conhecesse evidentemente como tal; isto é, de evitar cuidadosamente a precipitação e a prevenção, e de nada incluir em meus juízos que não se apresente tão clara e tão distintamente a meu espírito, que eu não tivesse nenhuma ocasião de pô-lo em dúvida. O segundo método era o de dividir cada uma das dificuldades que eu examinasse em tantas parcelas quantas possíveis e quantas necessárias fossem para melhor resolvê-las. O terceiro método era o de conduzir por ordem meus pensamentos, começando pelos objetos mais simples e mais fáceis de conhecer, para subir, pouco a pouco, como por degraus, até o conhecimento dos mais compostos, e supondo mesmo uma ordem entre os que não se precedem naturalmente uns aos outros. O quarto método era o de fazer em toda parte enumerações tão completas e revisões tão gerais, que eu tivesse a certeza de nada omitir. (DESCARTES, 1979, p. 37-38).

De acordo com essa perspectiva, a missão do conhecimento científico era desvelar a simplicidade escondida por trás da aparente multiplicidade e da suposta desordem dos fenômenos (MORIN, 2011). Também podem ser citados como postulados do pensamento cartesiano: admitir para as coisas somente causas verdadeiras e observáveis; aos efeitos naturais de fenômenos da mesma espécie correspondem as mesmas causas; concepção do

universo como ordenado, harmônico e descrito por leis; o exercício investigativo consiste na pura representação da matéria (MINAYO; TORRES, 2013).

O pensamento cartesiano provocou a disjunção das humanidades em relação às ciências, assim como a separação das ciências em disciplinas cada vez mais especializadas e fechadas em si mesmas (MORIN, 2011). Assim sendo, as realidades complexas fragmentaram-se: o ser humano teve seu estudo biológico enclausurado nos departamentos de Biologia; seus caracteres subjetivos e poéticos foram confinados nos setores de Literatura; suas dimensões social, religiosa, econômica e psíquica foram relegadas e separadas umas das outras nas divisões de Ciências Humanas (MORIN, 2003).

Portanto, a lógica cartesiana provocou a ruptura das comunicações entre o conhecimento científico e a reflexão filosófica, privando a ciência de qualquer possibilidade de se conhecer e de refletir sobre si própria (MORIN, 2011). Por outro lado, essa separação fez com que as mentes formadas sob tal perspectiva perdessem suas aptidões naturais de contextualização dos saberes e de integrá-los em seus conjuntos naturais (MORIN, 2003).

Apesar do grande desenvolvimento tecnológico proporcionado pela ciência mecanicista, esse paradigma entrou em crise nos primeiros anos do século XX (MINAYO; TORRES, 2013). Isso aconteceu por conta de questionamentos a respeito da cientificidade sobre a qual esse mesmo paradigma se sustentou, originados das insuperáveis complexidades da partícula subatômica, da realidade cósmica e dos progressos da Biologia (MORIN, 2005).

Em razão das limitações cada vez mais aparentes, a ciência tornou-se sempre mais questionável, pois se deu conta de sua insuficiência teórica e prática para a compreensão do mundo contemporâneo (PRIGOGINE, 2003). Chegou-se à constatação de que a ciência mecanicista é adequada para a análise de fenômenos isolados, mas deixa de ter êxito nos casos de interação de um número grande de elementos ou processos e que envolvem noções como totalidade e organização (BERTALANFFY, 2009).

O princípio da redução foi responsável por essa insuficiência, uma vez que ele limita o conhecimento do todo ao conhecimento de suas partes, ignorando o fato de que a organização do todo produz qualidades novas em relação às partes consideradas isoladamente (MORIN, 2003). A crise da ciência reducionista pode ser considerada como um estado de barbaria das ideias ou um estado de pré-história da mente humana, que ainda é dominada pelos conceitos, teorias e doutrinas produzidos por essa ciência, do mesmo modo que os homens primitivos eram subordinados a mitos e magias (MORIN, 2005).

Em virtude das limitações do paradigma mecanicista, causadas pela lógica da fragmentação, surgiram outras propostas de formulação do conhecimento que consideram a

necessidade da integração entre as disciplinas, bem como levam em conta os vários fatores que podem interferir nos processos. Mostramos a seguir a Teoria dos Sistemas e a Teoria da Complexidade.

A Teoria dos Sistemas declara que existem modelos, princípios e leis que se aplicam aos sistemas generalizados ou às suas subclasses, independentemente de suas naturezas particulares e das relações ou forças atuantes sobre eles (BERTALANFFY, 2009). Essa teoria, portanto, deve ser concebida como disciplina cuja finalidade é a formulação e a derivação de princípios válidos para os sistemas em geral, quer sejam eles de natureza biológica, física ou sociológica. O autor cita em sua obra vários exemplos de princípios idênticos descobertos várias vezes, porque os pesquisadores que trabalhavam em um campo ignoraram que a estrutura exigida para esses princípios já estava bem desenvolvida em outra área.

Vale ressaltar que o fato de os sistemas, por sua definição e natureza, não são fechados. Por exemplo, todo organismo é um sistema aberto, uma vez que ele se mantém em um fluxo contínuo de entrada e saída, conservando-se mediante a composição e decomposição de seus componentes, nunca estando em um estado de equilíbrio químico e termodinâmico, mas mantendo-se numa situação estacionária (BERTALANFFY, 2009).

O pensamento sistêmico propõe um avanço no sentido da interdisciplinaridade, ao entender que, para a compreensão de um fenômeno, não bastam apenas os estudos dos elementos que o compõem, sendo necessárias as abordagens das inter-relações (BERTALANFFY, 2009). Ao aplicar a Teoria dos Sistemas ao processo saúde-doença, Minayo (2009) alerta para a importância da interdisciplinaridade na análise das relações entre as condições de saúde e seus determinantes dentro de sistemas.

Com efeito, a saúde deve ser entendida não como um estado estático, biologicamente definido, mas como um estado dinâmico e socialmente produzido sobre o qual atuam inúmeros determinantes (BUSS, 2000). O autor considera que esse dinamismo dos processos que envolvem a saúde demanda ações que visem não apenas a diminuir o risco de doenças, mas também aumentar as chances de saúde e de vida, baseadas em estratégias articuladas.

Ao conceber os territórios como sistemas, onde inúmeros fatores interferem na saúde da população, consideramos que VISA e APS devem ampliar seu escopo de atuação de maneira que o primeiro não se restrinja à fiscalização de produtos e serviços, assim como a segunda não deve limitar-se apenas na recuperação da saúde. Propõe-se, portanto, que haja um planejamento de ações articuladas envolvendo o espaço, transpondo muros das unidades

de saúde e do próprio sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a tomada de escolhas saudáveis pelas pessoas (BRASIL, 2006).

As reflexões de alguns estudiosos do campo da saúde sobre a Teoria dos Sistemas também explicitam que, para os profissionais atuarem de modo mais abrangente, devem ampliar o foco, baseados na contextualização do fenômeno em estudo e nas suas interações e retroalimentações, não de apostar nos processos de auto-organização, mediante a consideração dos dinamismos das mudanças e as forças de resistências e devem se reconhecer como parte do sistema, evitando o pensamento de que a resolução dos problemas está na existência de códigos exteriores aos sujeitos, a serem aplicados por autoridades competentes.

Em relação à Teoria da Complexidade, esta não nega as fantásticas aquisições da ciência mecanicista, tais como a unidade das leis newtonianas, a unificação da massa e da energia e da unidade do código biológico (MORIN, 2005). Essa teoria, porém, considera que as unificações disciplinares causadas pela ciência mecanicista ou cartesiana não são suficientes para conceber a extraordinária diversidade dos fenômenos e o devir aleatório do mundo.

De maneira geral, o pensamento complexo propõe superar a fragmentação da ciência em disciplinas isoladas que, por não dialogarem entre si, não dão conta da complexidade do conhecimento (MORIN, 2005). Esse autor enfatiza a necessidade de que os conhecimentos físico e biológico sejam incorporados numa cultura, numa sociedade e numa história, criando-se a possibilidade de comunicação entre as ciências. São princípios dessa teoria:

O primeiro é o princípio que denomino de dialógico. [...] O princípio dialógico nos permite manter a dualidade no seio da unidade. Ele associa dois termos ao mesmo tempo complementares e antagônicos. O segundo princípio é o da recursão organizacional. [...] Um processo recursivo é um processo em que os produtos e os efeitos são ao mesmo tempo causas e produtores do que os produz. [...] A sociedade é produzida pelas interações entre indivíduos, mas a sociedade, uma vez produzida, retroage sobre os indivíduos e os produz. [...] Somos ao mesmo tempo produto e produtores. [...] O terceiro princípio é um princípio hologramático. [...] Não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte. (MORIN, 2011, p. 73).

Portanto, o pensamento complexo propõe o rompimento das barreiras entre as disciplinas, de modo que elas passem a considerar, em vez de isolar, os inúmeros fatores que influenciam os processos. Essa teoria, na medida em que propõe a interdisciplinaridade e a cooperação, também deve, juntamente com a lógica sistêmica, fazer parte do arcabouço teórico que fundamenta as ações de VISA e APS. Isso pode ser justificado pelo fato de que

VISA e APS precisam da interdisciplinaridade, já que eles só podem ser eficazes se articularem adequadamente conhecimentos de várias áreas em virtude da enorme variedade de atividades que devem desenvolver.

Do paradigma complexo e do pensamento sistêmico surgem termos como multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. A interdisciplinaridade é um olhar complexo que permite a compreensão do sujeito em sua realidade global, constituída por meio da articulação de várias disciplinas perante um problema para o qual não basta a resposta de somente uma área (MINAYO, 2011). Essa autora acentua que, na interdisciplinaridade, os fragmentos disciplinares são interconectados pela pergunta central, com a finalidade de obtenção de uma resposta mais profunda, ampliada e complexa. Esse trabalho coletivo permite que o problema seja analisado por vários ângulos em suas interconexões, como feito de ultrapassar a prática multidisciplinar e multiprofissional (MINAYO, 2010).

Ressalta-se que a interdisciplinaridade não pode ser confundida com multidisciplinaridade, que significa apenas a justaposição de disciplinas, cada uma com suas teorias, conceitos e métodos próprios (MINAYO, 2011). De acordo com Furtado (2009), na multidisciplinaridade ocorre a atuação separada das disciplinas, embora elas possam estar espacialmente próximas, carecendo assim de iniciativas entre si e de organização institucional que garantam e estimulem o diálogo e a colaboração entre elas.

Por exemplo, ocorre multidisciplinaridade quando pessoas de áreas distintas dissertam sobre um tema, proporcionando uma visão sob diversas perspectivas (MINAYO, 2011). Por outro lado, prossegue a autora, a articulação de áreas diversas sobre um problema que demanda o conhecimento de vários especialistas acontece na interdisciplinaridade.

Como resultante dessa integração dos saberes que se processa no campo epistemológico, surge a interprofissionalidade que tem lugar na organização do trabalho, ou seja, no campo das práticas (COLET, 2002, *apud* ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013). Já o termo transdisciplinaridade foi elaborado por Piaget (1972) para discutir o tema da interdisciplinaridade (FURTADO, 2009). Na verdade, a transdisciplinaridade surge como produto da interdisciplinaridade, podendo assim ser definida: um saber que percorre várias ciências, sendo resultante de um processo de interconexão de vários fragmentos disciplinares, necessários para entendimento e explicação de um fenômeno científico (MINAYO, 2011).

### 3.2 Integralidade ante as fragmentações no campo da saúde

No âmbito das organizações, a visão mecanicista da ciência proporcionou o desenvolvimento do capitalismo industrial em uma lógica fragmentária que privilegiava e ainda dispensa vantagem à produção em massa, a divisão espacial do trabalho, a uniformidade e a padronização dos produtos, a organização vertical dos processos, a divisão de trabalho parcelada, a especialização das tarefas, a rigidez organizativa e o consumo de massa (MINAYO; TORRES, 2013). Além disso, a perspectiva mecanicista acarretou o enfraquecimento da responsabilidade, na medida em que cada um passou a ser responsável apenas por sua tarefa especializada, e da solidariedade, à proporção em que cada um passou a não sentir os vínculos com os demais (MORIN, 2003).

O processo de fragmentação cartesiana, no campo da saúde, provocou um conhecimento em disciplinas, cada vez mais isoladas, que resultou em uma formação de profissionais de saúde especializados. Sendo assim, essas profissões fragmentadas e isoladas ocasionaram o estreitamento de interesses e de enfoque somente em enfermidades bem específicas (STARFIELD, 2002). Portanto, uma dinâmica contraditória formada pela lógica da profissionalização, que determina a posse de conhecimentos específicos e a disputa de poder, em oposição à lógica da interprofissionalidade baseada na elaboração do conhecimento e atuação comum aos profissionais (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013). Esses autores consideram que o cotidiano nos serviços de saúde é permeado pelo conflito de como compatibilizar essa dinâmica contraditória (FIGURA 1).

Figura 1 - Dinâmica contraditória entre a lógica da profissionalização e a da interprofissionalidade na saúde.



Fonte: ELLERY; PONTES; LOIOLA (2013).

Assim como houve fragmentação das práticas profissionais, a organização dos setores estatais também se deu fragmentada e isoladamente (INOJOSA, 2001). A autora argumenta que essa lógica de organização fragmentada de práticas e de setores não atende às necessidades da população, na medida em que atinge as pessoas de maneira desconjuntada, não contribui para reduzir a exclusão social e não promove o desenvolvimento social. Como consequência da atuação fragmentada, é questionado o papel do campo da saúde no enfrentamento do que seriam as causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde, aquelas que fugiriam ao objeto propriamente médico da questão saúde (BUSS, 2000).

Na primeira metade do século XX, a integralidade surgiu como diretriz para a expansão de políticas sociais e de sistemas de saúde, como no caso do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido. Em meados dos anos de 1960, durante a reforma de serviços sociais e serviços de saúde na Província de Québec – Canadá –, a integralidade reapareceu como tema central (CONILL, 2004).

No Brasil, a política de saúde centralizada apenas na cura e reabilitação era prevalente antes da criação do SUS. Havia uma multiplicidade de instituições públicas e privadas que prestavam serviços de saúde a uma parcela da população brasileira, mas deixava milhões de pessoas excluídas da atenção ou recebendo serviços de baixa qualidade (PAIM, 2009). Esse autor relembra que isso acontecia porque as ações de saúde eram caracterizadas pelo assistencialismo e pelo seguro social, sendo a proteção social incipiente.

A integralidade apareceu com a criação de programas abrangentes para grupos específicos, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, no início dos anos 80 do século imediatamente passado (CONILL, 2004). Nesse tempo, também podem ser destacadas as implantações das Ações Integradas em Saúde e do Sistema Unificado e Descentralizado em Saúde, que avançaram na ampliação do acesso à assistência médica (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A concepção integradora também fez patê do movimento da Reforma Sanitária, constituído em uma mobilização reivindicatória fundamentada na necessidade popular de reconstituir a estrutura normativa vigente na direção do atendimento às reais necessidades da população concernente às questões de saúde (MACHADO *et al.*, 2007). Esse movimento rompeu com o padrão autoritário das políticas públicas, ao propor: implementação de medidas administrativas que visassem à racionalização; aumento da eficácia das ações setoriais; unificação e descentralização do sistema de saúde e a participação popular no controle da saúde (CARVALHO, 2007).

Depois de toda essa discussão prévia promovida pela Reforma Sanitária, o artigo 194 da Constituição Federal de 1988 determinou o SUS como integrante do Sistema Brasileiro de Proteção Social, juntamente com o Sistema de Previdência Social e com o Sistema Único de Assistência Social, compondo o tripé da seguridade social (BRASIL, 1988). Com a promulgação desse documento, a saúde passou a ser reconhecida como direito social, cabendo ao Poder Público a obrigação de garanti-lo.

Em seu artigo 3º, a Lei federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, assume a saúde como possuidora de determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). O reconhecimento legal de que as condições de vida podem influenciar a saúde da população indica uma concepção ampliada da saúde que ultrapassa a dimensão biológica, passando a envolver também o aspecto social.

O SUS foi criado tendo como um de seus objetivos a garantia da assistência mediante ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, contando com a realização integrada de ações assistenciais e atividades preventivas (BRASIL, 1990). A Lei Federal nº 8.080 reforça a integralidade como um princípio, descrevendo-a como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A complexidade e as necessidades inerentes a cada pessoa são representadas por esse princípio, porquanto ele considera que o direito à saúde no Brasil deve privilegiar todas as ações essenciais para um cuidado à saúde com dignidade e não uma oferta básica e limitada de serviços (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012). A ideia de articulação de serviços também foi posteriormente reafirmada no Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Este documento, em seu artigo 3º, ratifica o SUS como uma conjugação de ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011).

A diretriz da integralidade e o conceito ampliado de saúde, expressos no Texto Constitucional, remontam ao pensamento complexo. Como apontamos anteriormente, o caráter multidimensional desse paradigma visualiza o ser humano como unidade complexa que possui simultaneamente as dimensões biológica, social, psíquica, entre outras (MORIN, 2005).

A integralidade não é apenas um princípio do SUS, mas também uma imagem-objetivo que se reporta a um conjunto de valores relacionados ao ideal de uma sociedade mais justa e solidária (MATTOS, 2009). Gonzalez e Almeida 2010 consideram que a integralidade

é o um princípio indiscutivelmente finalístico, uma vez que ele incorpora um atributo daquilo que se quer do SUS.

Ao se consultar a literatura a respeito da integralidade, observamos que esse princípio é polissêmico, não havendo consenso entre os pesquisadores. Para Pinho *et al.* (2007), a integralidade compreende vários aspectos, desde a regulação das políticas públicas até o olhar para o sujeito dentro de uma lógica de atendimento que considere as diversas dimensões dos usuários. Também existe o sentido de integralidade como relacionado à integração da equipe multiprofissional (SILVA JÚNIOR *et al.*, 2006) ou de serviços por meio de redes assistenciais (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Apontando para um amplo alcance do conceito de integralidade, Ayres (2009) identifica quatro eixos em torno dos quais ela é experimentada. O eixo das necessidades está relacionado à qualidade e natureza do acolhimento e da resposta dos profissionais a necessidades que não se restringem a distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo. Por outro lado, o eixo das finalidades remete aos graus e modos de integração entre ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde.

O eixo das articulações refere-se aos graus e modos de composição dos saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais para criar as melhores condições saúde em uma perspectiva ampliada. O eixo das interações problematiza a qualidade e natureza das interações nas práticas de cuidado, objetivando condições dialógicas efetivas entre os sujeitos participantes dos encontros (AYRES, 2009).

Consoante Mattos (2009), a integralidade possui três conjuntos de sentidos relacionados: à abrangência dos serviços e das práticas de saúde; à organização dos serviços e das práticas de saúde; e às práticas dos profissionais de saúde.

O primeiro sentido de integralidade corresponde às iniciativas governamentais assumidas em relação aos problemas específicos. Com efeito, esse sentido se refere às políticas especificamente desenhadas para as questões que envolvem determinados grupos populacionais, onde é defendida a ampliação do olhar sobre os sujeitos a serem tratados e do elenco de ações privilegiadas (MATTOS, 2009).

O segundo sentido decorre da segregação que havia na organização da saúde antes do SUS, com medidas de prevenção e promoção em um Ministério e ações e serviços de assistência em outro. Esta é uma crítica a essa dicotomia, propondo a articulação e coordenação entre os serviços para a garantia da continuidade da assistência. Nesse sentido, a

integralidade é entendida como a articulação e a coordenação entre os serviços para a garantia da continuidade da assistência (MATTOS, 2009).

Esse último é o sentido de integralidade que adotamos neste estudo, já que este cuida da integração entre VISA, um dos componentes da saúde pública, e a APS, que envolve atividades assistenciais, embora não deva ser reduzida a apenas isso. Considerando que a maior parte da produção científica a respeito da integralidade se refere à assistência em saúde, defendemos, assim como o fazem O'Dwyer, Reis e Silva (2010), a noção de que esse princípio também deve ser incorporado pela VISA.

O terceiro sentido está historicamente relacionado ao movimento de Medicina Integral, originado nos Estados Unidos, que criticava a atitude fragmentada e reducionista dos médicos em relação aos seus pacientes. A integralidade está relacionada à posição dos profissionais de saúde envolvendo um olhar atento que leva em conta as necessidades do usuário de maneira ampliada, ultrapassando o sofrimento apresentado por ele e não se reduzindo ao controle da doença diagnosticada (MATTOS, 2009).

Fundamentados no princípio da integralidade, os serviços devem ofertar ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação de acordo com a dinâmica da saúde-doença, de modo que essas ações estejam articuladas e integradas em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, C. E. A., 2003). Além disso, a concepção da integralidade remete à educação em saúde como estratégia unificadora da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes promotoras de mudanças oriundas de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO *et al.*, 2007).

A variedade de significados demonstra a importância da operacionalização da integralidade, apesar de essa operacionalização ainda ser um desafio para o SUS, independentemente dos sentidos apresentados (KALICHMAN; AYRES, 2016). O primeiro desafio para o atendimento integral é a reestruturação da maneira como os serviços de saúde trabalham, de modo que a atenção fornecida seja totalizadora, levando em conta as dimensões biológica, psicológica e social (CAMPOS, G. W. S., 2003). O autor argumenta que os gestores municipais, estaduais e federais precisam dar prioridade a esse princípio.

Possivelmente, a integralidade seja o princípio mais desafiador do SUS, já que ele diz respeito ao jeito como os serviços se organizam, envolvendo saberes de profissionais e de usuários e buscando unificar, nas dimensões da gestão e da prática, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direito e cidadania que fazem parte da constituição de um

cuidado efetivo na saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016). O trecho a seguir também demonstra a complexidade inerente ao exercício desse princípio, já que ele perpassa várias dimensões do atendimento ao usuário:

O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional. (MACHADO *et al.*, 2007, p. 336).

Vários autores exprimem desafios para estabelecer a integralidade tais como: distanciamento entre o que é formulado nas propostas ou políticas e o que é efetivamente realizado; forças de resistências que podem existir em práticas profissionais e institucionais atreladas a poderes e ideologias impenetráveis; centralização ou verticalização das propostas; fragmentação da gestão sistêmica do cuidado; excessiva ênfase na municipalização; formação dos trabalhadores e conseqüente prática fragmentada; interesses do mercado contraditórios aos do SUS; o enfoque curativista do modelo hegemônico que deu origem ao SUS (KALICHMAN; AYRES, 2016; VARGAS *et al.*, 2015; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009; MAGALHÃES JÚNIOR; OLIVEIRA, 2006; CAMPOS, G. W. S., 2003).

Concordamos com Mattos (2009), na ideia de que a aplicação desse princípio é uma recusa ao reducionismo que, desconsiderando toda a complexidade própria dos sujeitos, objetiva-os e os fragmenta em órgãos ou sistemas que apresentam doenças. Portanto, defendemos a integralidade como uma premissa que deve fundamentar o planejamento, a gestão e o exercício de todas as práticas de saúde, incluído VISA e APS. Ressaltamos que essa defesa não desconsidera os conhecimentos técnicos específicos sobre as doenças, já que a integralidade não existe sem esse conhecimento (GONZALEZ; ALMEIDA 2010).

A integralidade é uma modalidade de organização de serviços que requer o desenvolvimento de práticas baseadas na colaboração (D'AMOUR *et al.*, 2008). O constructo da colaboração está relacionado às ideias de interdependência, compartilhamento, parceria e poder harmonicamente distribuído (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). O termo colaboração está relacionado ao atendimento das necessidades que demandam a atuação de vários profissionais, especialmente na saúde (DIAS *et al.*, 2016).

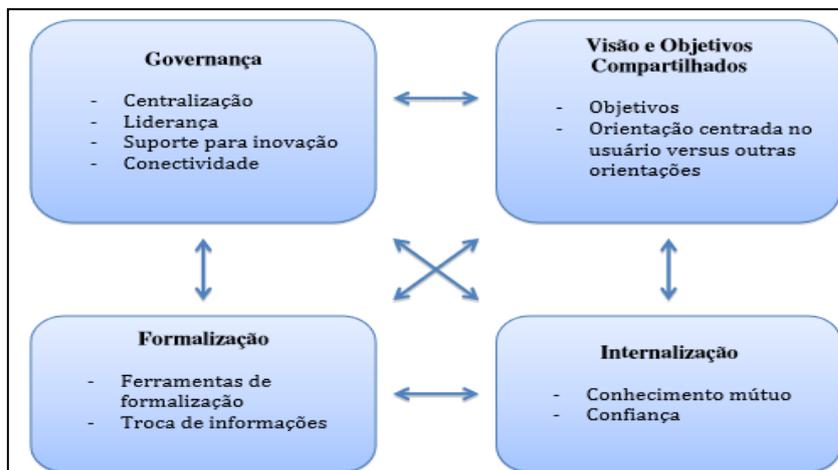
Ante o exposto, alertamos para a importância de que as ações e os profissionais de saúde se comuniquem entre si e desenvolvam conjuntamente ações considerando a visão complexa do processo saúde doença. É compromisso do campo da Saúde Coletiva, por via da integralidade, convocar os profissionais e gestores dos mais variados núcleos da saúde para a

avaliar dos parâmetros sanitários e formular estratégias que possibilitem a melhoria da qualidade de vida.

Um modelo de colaboração interorganizacional foi elaborado por D'Amour *et al.* (2008), tendo como marco teórico a Teoria da Ação Coletiva, relacionada à Sociologia Organizacional e à Análise Estratégica. Esses autores consideram que, embora tenha havido avanços na pesquisa a respeito da colaboração, os profissionais precisam de meios conceituais que os auxiliem no desenvolvimento da colaboração em sistemas complexos.

O modelo de colaboração é aplicável para desenvolvimento da colaboração interprofissional ou interorganizacional e pode também ser utilizado para analisar as modalidades de colaboração dos agentes em sistemas de níveis cada vez mais complexos. Esse modelo foi desenvolvido com origem num estudo sobre colaboração interprofissional em um sistema de APS. A Figura 2 mostra as quatro dimensões do modelo de colaboração, os indicadores associados a cada uma delas e as setas, que indicam as interdependências entre as dimensões e como estas se influenciam (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Figura 2 – Dimensões do modelo de colaboração interprofissional e interorganizacional.



Fonte: Adaptado de D'Amour *et al.* (2008). Tradução nossa.

As duas primeiras dimensões (governança e formalização) envolvem as determinações organizacionais (FIGURA 2). A formalização é uma dimensão que compreende a extensão dos procedimentos documentados e estruturados, expressando desejos e comportamentos. Ela esclarece e dá visibilidade às expectativas e responsabilidades de cada profissional. Por outro lado, a dimensão da governança constitui-se nas funções de liderança que dão suporte à colaboração: a gestão fornece a direção e as condições para que os

profissionais implementem as ações inovadoras relativas às práticas colaborativas interprofissionais e interorganizacionais (D'AMOUR *et al.*, 2008).

As duas últimas dimensões envolvem os relacionamentos entre os profissionais e são denominadas internalização e visão e objetivos compartilhados (FIGURA 2). A primeira diz respeito à consciência dos profissionais de suas interdependências e da importância de organizá-las, processo esse que enseja a confiança mútua, a sensação de pertença e o reconhecimento dos valores das disciplinas. Já a dimensão da visão e dos objetivos compartilhados se refere à existência de objetivos comuns e da apropriação deles pelos profissionais, bem como do reconhecimento de interesses e motivações divergentes, de múltiplas alianças, da diversidade de definições e expectativas a respeito da colaboração. (D'AMOUR *et al.*, 2008).

As quatro dimensões apontadas devem ser consideradas como as causas determinantes dos processos de colaboração, de maneira que elas e a sua interação captam os processos alusivos à colaboração, estando sujeitas à influência de fatores externos e estruturais, como limitação de recursos e contingenciamentos políticos (D'AMOUR *et al.*, 2008). O quadro a seguir denota os indicadores correspondentes a cada uma das dimensões abordadas anteriormente (QUADRO 1).

O indicador de convivência mútua ressalta que os profissionais devem se conhecer, para que possam desenvolver um sentimento de pertença ao grupo e formular atividades compartilhadas. A conectividade refere-se ao estado de interação ou interligação das organizações por meio de espaços para discussão e estabelecimento de vínculos entre os profissionais. O indicador de centralidade considera a importância da gestão em influenciar os trabalhadores no sentido da colaboração. A formalização é tida como um meio importante para tornar claras as responsabilidades dos diversos profissionais e negociar o compartilhamento de reponsabilidades (D'AMOUR *et al.*, 2008).

Consideramos que esse modelo de colaboração se alinha à integralidade em seu sentido de articulação entre serviços, além de ser composto por indicadores que se referem a alguns dos aspectos que abordamos neste estudo, como conhecimento mútuo, formalização e conectividade. Por conta disso, utilizamos esse modelo para abordar a integração entre VISA e APS.

Quadro 1 – Dimensões e indicadores do modelo de colaboração interprofissional e interorganizacional.

Dimensão	Indicadores	Descrição
Objetivos e visão compartilhados	Objetivos	- Identificar e compartilhar objetivos comuns; - Transformação de valores e práticas.
	Orientação centrada no usuário	- Pactuação dos interesses entre os profissionais, rompendo com a convergência parcial de interesses; - Estabelecer o usuário como foco da colaboração.
Internalização	Conhecimento mútuo	- Os profissionais devem se conhecer pessoal (valores e competências) e profissionalmente (atividades profissionais); - Desenvolvimento de sensação de pertencimento ao grupo; - Ocorre em situações formais e informais, atividades de capacitação, através de troca de experiências.
	Confiança	- Confiança nas competências e nas habilidades para assumir responsabilidades; - As avaliações no grupo contribuem para auto avaliação e confiança coletiva.
Governança	Centralidade	- Direção clara e explícita para coordenação das ações no sentido da colaboração; - Participação das autoridades centrais na promoção de processos e estruturas;
	Liderança	- Presença de uma liderança local que possibilite a participação de todos no processo de decisão;
	Suporte para inovação	- Mudança nas práticas e no compartilhamento de responsabilidades; - Mecanismos de aprendizagem complementar e <i>expertise</i> interna ou externa de suporte à aprendizagem.
	Conectividade	- Conexão entre os profissionais; - Espaços para discussão e estabelecimento de vínculos; - Sistemas de <i>feedback</i> .
Formalização	Ferramentas de formalização	- Esclarecimento aos parceiros e pactuação através de acordos, protocolos e outras ferramentas; - Conhecer o que se espera de cada parceiro e o que se pode esperar do projeto comum.
	Troca de informações	- Existência e apropriação do uso de estrutura de informação que permita a rápida e completa troca de informação entre os profissionais.

Adaptado de D'Amour *et al.* (2008). Tradução nossa.

Em virtude da inevitável existência da sobreposição de limites entre as diversas disciplinas e, conseqüentemente, entre as práticas, propomos a diferenciação entre campo e núcleo. Segundo Campos (2000), o campo é um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas. Já o núcleo indica uma aglutinação de saberes e de práticas, compondo uma identidade profissional ou disciplinar, mas sem que haja um rompimento radical com a dinâmica do campo.

Esse autor considera que tanto o núcleo quanto o campo são mutantes e se influenciam, de maneira que não é possível detectar os limites precisos de um ou do outro (CAMPOS, 2000). Sendo assim, é oportuno considerarmos, neste estudo, VISA e APS como núcleos pertencentes ao campo da Saúde Coletiva, já que ambos têm especificidades, apesar de possuírem atribuições comuns e de estarem estritamente relacionados a esse campo.

Como componentes do mesmo sistema, VISA e APS devem seguir essas determinações legais do SUS e incorporar uma perspectiva de planejamento aberta à colaboração de ambos na abordagem das situações complexas que surgem no território. Ressaltamos que a necessidade da integralidade entre esses núcleos é regulamentada também em normas específicas da VISA e da APS, conforme é indicado nos itens seguintes.

### **3.3 Vigilância Sanitária no Brasil: breve histórico e modelos de organização**

Na história da humanidade, os problemas decorrentes da vida em sociedade sempre acarretaram a criação de normas e de ações sobre a saúde, incluindo VISA, a mais antiga face da saúde pública (DE SETA; DAIN, 2010; COSTA, 2004). Documentos antigos retratam normas e penalidades, como o Código de Hamurabi, o Código de Manu e o Antigo Testamento, demonstrando que o homem já buscava controlar a maneira de exercer a Medicina, a exploração do meio ambiente, a produção dos alimentos e as tecnologias relacionadas ao cuidado à saúde (COSTA, 2004). Essa autora acentua também que as práticas sanitárias vêm se modificando conforme mudam as concepções que as sociedades têm dos processos de saúde-doença, riscos, danos e qualidade.

No Brasil, as ações de VISA surgem no século XIX, relacionadas à grande preocupação de se evitar doenças, principalmente por conta do comércio exterior e, conseqüentemente, para que não faltasse força de trabalho humano (COSTA, ROZENFELD, 2000; COSTA 2004). O controle sanitário seguia o modelo normativo praticado em Portugal, caracterizado pelo uso do poder de polícia para a fiscalização, não só de mercadorias e embarcações, mas também da sociedade como um todo (COSTA; ROZENFELD, 2000).

O início do período da República no Brasil foi marcado por ações de cunho sanitário, quando se privilegiava o controle do exercício profissional da Medicina e da Farmácia, bem com o controle sanitário dos portos, sempre mobilizado mais por questões externas decorrentes da ordem econômica vigente do que pelas necessidades internas (COSTA, 2004). Posteriormente, as ações de VISA continuaram vistas pela sociedade e pelo próprio Estado como meramente cartoriais e burocráticas e, mesmo dentro do Ministério da Saúde, era difícil o entendimento dos profissionais sobre a importância dessas ações para a vida em sociedade (LUCCHESI, 2001). Além disso, a atuação da VISA era duvidosa perante o setor regulado e a população, haja vista as tragédias e fraudes veiculadas na mídia (COSTA, 2004).

Com o advento do SUS, a Lei Federal no 8.080, de 19 de setembro de 1990, conceituou a VISA 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 da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (BRASIL,1990). Essa lei também determina que as ações de VISA envolvem o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, bem como o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Desde 1999, as ações de VISA passaram a ser de competência do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), tendo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como coordenadora (BRASIL, 1999). Os componentes desse sistema são: no nível federal, ANVISA e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS); no nível estadual, os 27 órgãos de VISA das secretarias estaduais de saúde e seus respectivos suportes laboratoriais; no nível municipal, os serviços de VISA.

Tendo em vista a descentralização da saúde como uma das diretrizes básicas para a consolidação do SUS (BRASIL, 1990), as ações de VISA também devem ser descentralizadas. Esse processo está estreitamente ligado à articulação entre as instâncias do SNVS, que são, ao mesmo tempo, autônomas e interdependentes (PIOVESAN *et al.*, 2005), na medida em que a ANVISA pode delegar aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios a execução de algumas das atribuições que lhes são próprias (BRASIL, 1999).

Considerando a definição abrangente na lei de criação do SUS, podemos afirmar que a VISA possui ações sobre todos os setores relacionados com a saúde, constituindo um campo de atuação amplo, composto por uma variedade de atividades profissionais (normatização, controle e inspeção) em diversas áreas relacionadas com a saúde (alimentação, serviços de saúde, medicamentos e produtos médicos).

Mesmo após a Reforma Sanitária, no entanto, os princípios e as diretrizes do SUS não foram priorizados para a VISA, que permaneceu às margens do processo político de negociação e pactuação na saúde, como um espaço restrito, resguardado e pouco permeável à participação da comunidade (DE SETA; SILVA, 2006) e dos profissionais que trabalham na assistência da saúde. Para a fragmentação das ações de VISA, também concorrem a lógica da especialização profissional contemporânea e as questões vinculadas às distintas realidades político-institucionais dos órgãos que participam da política pública de saúde (BRASIL, 2007).

As atividades de regulação e controle compõem uma dimensão fiscalizatória, a mais conhecida do processo de trabalho da VISA (CHAGAS; VILELA, 2014), e possui uma inegável importância para a proteção à saúde da população, já que é capaz de eliminar práticas que podem oferecer risco à saúde. Defendemos, no entanto, a ideia de que a atuação da VISA não deve ser restrita apenas a essa dimensão, pois essa restrição não condiz com a perspectiva de integração e de cidadania que fundamenta o SUS (CAMPOS, 2001).

São nítidas as necessidades de saúde que requerem inadiavelmente o desenvolvimento da VISA, baseado na reflexão crítica e criativa acerca do objeto, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho necessários ao exercício dessa prática, assim como de suas modalidades de organização, gestão, avaliação, controle e participação social, considerando os princípios do SUS (COSTA; SOUTO, 2001; BRASIL, 2007). A fragmentação e o isolamento das ações de VISA dificultam o enfrentamento da complexidade dos problemas ocorrentes em cada território, resultantes do encadeamento de múltiplos determinantes sociais, políticos, culturais, sanitários e ambientais, dentre outros (BRASIL, 2007).

Em decorrência da necessidade de ampliação das atividades desenvolvidas pelas VISA para além da dimensão fiscalizatória e da sua integração com as demais ações de saúde, após seis anos de criação do SNVS, foi instituído, pelo Ministério da Saúde, um Grupo de Trabalho (GT) para elaboração do PDVISA (BRASIL, 2007). O objetivo desse documento é consolidá-lo como instrumento político norteador que possibilita uma gestão estratégica para a transformação positiva do contexto sanitário nacional.

De acordo com esse documento, os municípios devem elaborar, com amparo nas suas respectivas realidades locais, os Planos de Ação em VISA (PAVIS) específicos e articulados ao planejamento do setor de saúde do âmbito municipal (BRASIL, 2007). O PDVISA também aponta as diretrizes para fortalecimento e consolidação do SNVS, tais como: incentivo à participação social; promoção da saúde; educação em saúde; divulgação de informações; integração com a ESF e planejamento das ações, considerando a situação de saúde da população e os fatores de risco.

Estudo qualitativo realizado por Araújo *et al.* (2013) analisa as dificuldades encontradas no processo de implementação do PDVISA no Município de Sete Lagoas – MG. Esse ensaio torna evidente as pequenas credibilidade e visibilidade do serviço local de VISA, bem como sua frágil relação com as demais áreas do SUS. Uma das dificuldades citadas é a consolidação das parcerias com outros serviços, apesar de os entrevistados estudados considerarem que a integração da VISA com outros setores da saúde permite o

estabelecimento de relações horizontais e interdependentes, favorecendo uma estrutura mais comprometida com a ideia da promoção da saúde.

Como consequência de todo o processo de implantação do PDVISA, o serviço estudado caminhou além de seu caráter repressivo, mediante a adoção de abordagens preventivas baseadas na escuta, no diálogo e na responsabilização colaborativa, visando ao bem coletivo. Além disso, os trabalhadores passaram a assumir uma posição proativa na direção de priorizar os riscos, estabelecer intersetorialidade e estimular a participação da sociedade para transformar a realidade vigente. Houve, portanto, uma inovação no processo de trabalho em VISA (ARAÚJO *et al.*, 2013).

Um dos aspectos mais relevantes do movimento de reorganização e ampliação das ações de VISA diz respeito à ruptura do modelo tradicional de VISA para constituir uma Nova Vigilância. Sendo assim, é proposto o abandono da lógica tradicional que rege a atuação da VISA com o estabelecimento de condições que proporcionem mais aproximação das pessoas e tratamento mais resolutivo (CAMPOS, G. W. S., 2003; OLIVEIRA; CASANOVA, 2009) por via da execução de atividades além da dimensão fiscalizatória.

O modelo tradicional de VISA é centralizado no fiscal, que tem por objeto de ação o produto (medicamento, cosmético, alimento, saneante) ou o serviço (de saúde, de alimentação, de produção), de modo descontextualizado e individualizado (COSTA, 2008). Na inteligência dessa autora, a organização dos processos de trabalho é centralizada no gerenciamento por áreas, em função das diversas categorias de produtos e serviços, além de ser planejada para atender à demanda espontânea, originada do segmento produtivo, e às denúncias (QUADRO 2).

Quadro 2 – Características dos modelos de Vigilância Sanitária no Brasil.

<b>Modelo</b>	<b>Vigilância Tradicional</b>	<b>Nova Vigilância</b>
<b>Sujeito</b>	Fiscal	Equipe de saúde/vigilância sanitária, representantes das distintas instâncias do SNVS e da
<b>Objeto</b>	Produtos, serviços	Riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde doença
<b>Meios de trabalho</b>	Inspeção, fiscalização, “blitz”	Tecnologias sanitárias ampliadas; Tecnologias de comunicação social
<b>Formas de organização do trabalho</b>	Gerenciamento por áreas (produtos, serviços), atendimento à demanda espontânea	Planejamento estratégico, integração setorial e ações intersetoriais orientadas por políticas públicas saudáveis

Fonte: COSTA (2008).

Por outro lado, o trabalho da Nova Vigilância passa a ser desenvolvido pela equipe de profissionais da atenção à saúde, juntamente com os trabalhadores da VISA e a população. Além disso, o objeto de ação evolui para riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde-doença (COSTA, 2008).

Em relação aos meios de trabalho, esses envolvem tecnologias sanitárias ampliadas e tecnologias de comunicação social. Já a organização dos processos de trabalho ultrapassa a lógica do gerenciamento por áreas e do atendimento à demanda espontânea, promovendo ações intersetoriais orientadas por políticas públicas saudáveis (COSTA, 2008).

O planejamento estratégico adotado pela Nova Vigilância é vinculado à operacionalização das diversas faces da ideia de risco, à informação e ao conhecimento técnico-científico interdisciplinar atualizado. Além disso, o trabalho passa a ser integrado às políticas de saúde como um todo, por intermédio de ações articuladas com outras instituições afins no esforço demarcar a integralidade mediante políticas públicas saudáveis (COSTA, 2008).

A lógica de organização da ‘Nova Vigilância’ é baseada no desenvolvimento de ações integradas por uma equipe de profissionais da vigilância e da atenção à saúde. Por conta disso, e considerando que a proposta desta dissertação é fundamentada na necessidade da integração da VISA com APS, assumimos a Nova Vigilância como o modelo ideal para a organização das ações.

O instrumento legal e a literatura anteriormente exibidos ultrapassam a noção da VISA como responsável apenas pela fiscalização de produtos e serviços. Na verdade, eles situam a VISA como órgão que, trabalhando articuladamente com demais ações de saúde, de acordo com o princípio constitucional da integralidade, contribui para a educação em saúde da população, promove saúde, auxilia na territorialização e colabora para as intervenções nas situações complexas que demandam a atuação conjunta de vários serviços.

### **3.4 Atenção Primária à Saúde: breve histórico do modelo de organização**

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Atá em 1978, expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento, bem como da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (OMS, 1978). Foi expresso ali o seguinte conceito para os cuidados primários de saúde:

[...] são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p.1).

Para Conill (2008), esse conceito reforça pontos importantes relacionados à integração entre os sistemas locais de saúde, além da participação da comunidade e da relação entre questões sociais e econômicas com a saúde. A Declaração de Alma-Atá determina que a APS deve ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade, prestando atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde. A APS deve também envolver, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento (OMS, 1978).

Esse documento também considera que os cuidados primários devem promover: nutrição adequada e água potável; o saneamento básico; a saúde da mãe e da criança; imunização; atuação contra as doenças endêmicas; a educação sobre os principais problemas de saúde e a respeito dos métodos de prevenção e controle correspondentes; tratamento apropriado para as enfermidades e os traumatismos comuns (OMS, 1978).

Outra definição de APS é expressa por Starfield (2002) como sendo: “o primeiro contato da rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pelas integralidade e continuidade na atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família e das orientação e participação comunitárias”.

Essa autora considera que cabe ao nível primário de atenção fornecer a entrada no sistema de saúde para todas as necessidades e problemas, além de conceder atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), atuando sobre todas as condições que afetam a saúde com base no contexto onde a doença existe e influencia a resposta das pessoas aos seus problemas de saúde. Portanto, a APS é complexa, por demandar uma intervenção ampla em diversos aspectos e por necessitar de um conjunto de saberes para que alcance as finalidades

de garantir a qualidade de vida das pessoas e de ser eficiente, eficaz e resolutiva (STARFIELD, 2002).

No Brasil, alguns estados como Ceará, Mato Grosso do Sul e Paraná, obtiveram mudanças positivas nos seus indicadores por conta das práticas sanitárias realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Isso fez com que o MS estendesse essa proposta para o âmbito nacional, com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tendo o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil por via do aumento de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres (VIANA; DAL POZ, 2005). Esses autores relembram que, desde esse momento, as ações começaram a ser direcionadas para a família como unidade de ação programática de saúde e não mais a pessoa, bem como de ter sido introduzida a noção de área de cobertura. Com efeito, os autores consideraram que o PACS foi essencial para a implementação do SUS e para a organização dos sistemas locais de saúde.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido a partir de uma reunião ocorrida no final de 1993, em Brasília, sobre o tema Saúde da Família, convocada pelo gabinete do então ministro da saúde, como resposta a uma demanda de secretários municipais que queriam apoio financeiro para mudanças na forma de operação da rede básica de saúde (VIANA; DAL POZ, 2005). O PSF evidenciou uma nova aliança na política de saúde, com participação de vários atores: gestores locais, técnicos do Comunidade Solidária e do UNICEF, e associações comunitárias (VIANA; DAL POZ, 2005).

O caráter inovador do PSF, com foco na família, tornou essa iniciativa atraente para o governo, o que contribuiu para sua priorização na agenda política na segunda metade dos anos 1990, quando foram definidas suas bases na política no SUS (CASTRO; MACHADO, 2012). Em termos normativos, a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 marca a adoção do PSF como estratégia prioritária para o fortalecimento da APS no País (BRASIL, 1996).

A rápida expansão do PSF promoveu a ampliação do acesso às ações de saúde, ao mesmo tempo em que evidenciou problemas do SUS não equacionados, na medida em que o modelo de atenção proposto exigia recursos apropriados, profissionais capacitados e um sistema de referências para diversos níveis de complexidade (CASTRO; MACHADO, 2012)

Posteriormente, o Programa foi redefinido e transformado em estratégia. Essa mudança foi incentivada pela necessidade de reorganização da rede de assistência à saúde, mediante uma política que apontasse para a universalização do acesso da população brasileira à atenção primária, consolidando a processo descentralização (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012).

A APS orienta-se pelos atributos atenção ao primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação (STARFIELD, 2002). O primeiro contato pode ser definido como o reconhecimento de que aquele serviço é o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A longitudinalidade implica a existência de uma fonte regular de atenção e sua utilização ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). A integralidade é um princípio do SUS que recomenda a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 1990). A coordenação pode ser definida como a articulação entre os serviços e ações de saúde, com a finalidade de ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No Brasil, o modelo proposto para a ESF denota, ainda, as seguintes características: operacionalização mediante estratégias e ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família; comprometimento com a integralidade da assistência à saúde; foco na unidade familiar; consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012). Considerando as atribuições ora citadas, ressaltamos que a ESF é o local de resolução da maior parte dos problemas de saúde e de realização da integralidade e do controle social, que, mais do que atributos, são valores do SUS (O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Até setembro de 2016, de acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), o Brasil possuía 48.554 equipes de ESF em 5.296 municípios, cobrindo 63,48% (123.145.068) da população nacional. Já o Município de Fortaleza, de acordo com essa plataforma, possui 365 equipes de Saúde da Família, com proporção populacional de cobertura de 49,26% (1.231.650).

A equipe de Saúde da Família é formada pelos seguintes profissionais: enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem, médico, agente comunitário de saúde, odontólogo e auxiliar e técnico em saúde bucal. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição (BRASIL, 2012).

As equipes da ESF possuem atribuições bastante amplas, tendo como principais objetivos o fornecimento de atenção integral às famílias, a identificação dos problemas de saúde, o incentivo às ações comunitárias, bem como o estímulo e o desenvolvimento da participação popular na solução dos problemas e no exercício do controle social sobre os serviços que recebe (BRASIL, 2012).

Essas equipes devem ser compreendidas como conjuntos de saberes que atuam no desenvolvimento de processos de trabalho articulados entre si, considerando que as inter-relações adquirem caráter amplo, pois extrapolam o setor do qual ela faz parte e buscam parcerias com outras instituições, garantindo maior eficácia na atenção à saúde dos usuários (PINTO *et. al.*, 2012).

A PNAB assume a integralidade como resultante do trabalho articulado de vários profissionais com formações diferentes, no conjunto da rede de atenção as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos. Assim, não somente as ações são compartilhadas, mas também existe um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012).

Quanto ao controle social, a PNAB considera o estímulo à participação dos usuários como uma estratégia de ampliar a autonomia e a capacidade de estabelecer o cuidado à saúde das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes de saúde, na organização (BRASIL, 2012).

No estudo que objetivou identificar, com origem na revisão da produção científica, se a ESF tem sido capaz de modificar o modelo de atenção, foi constatado o fato de que ainda são pouco exploradas as ações essenciais que elevam a APS à condição de reorientadora do modelo, como a exploração do território, a educação em saúde, a participação popular, o planejamento e a avaliação (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). Os autores justificaram que essa situação decorre da falta de adoção da APS como estratégia prioritária e central no nível local. Também foram apontadas como dificuldades a formação acadêmica dos profissionais e as condições de trabalho precárias.

### **3.5 Da fragmentação à proposta de integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde**

Mesmo com a criação do SUS, tendo a integralidade como princípio, as ações de VISA se mantiveram marcadamente isoladas das demais ações de saúde. O Relatório da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, apontou que as ações de VISA não tiveram destaque nas pautas das reuniões das instâncias colegiadas desse sistema, sobretudo se comparadas às temáticas relacionadas às atividades assistenciais (BRASIL, 2001a). Esse relatório reconheceu como problemas que inviabilizam as práticas integradas com outras áreas

da saúde as constantes mudanças de concepções de controle sanitário e do processo de trabalho dos trabalhadores de VISA.

Alguns estudos abordam a integração da VISA com outros núcleos da saúde. Por exemplo, a integração com a Rede Cegonha é analisada em um estudo qualitativo realizado em quatro municípios do Estado de São Paulo com os gestores de ambos os núcleos. Seus autores asseveram que os gestores da Rede Cegonha consideram a articulação com a VISA importante apenas para o controle sanitário das vacinas e licença sanitária dos estabelecimentos que atendem gestantes e bebês. Em contrapartida, entre os gestores da VISA, houve o entendimento de que suas ações não são somente fiscalizatórias e punitivas, mas também educativas. Além disso, os gestores em geral criticam a falta de espaços sistematizados e organizados que promovessem o planejamento conjunto das ações (FERNANDES; VILELA, 2014).

Esse estudo conclui que, para o isolamento das ações de VISA, contribui o desconhecimento de seu papel na promoção da saúde e na prevenção de riscos por parte dos gestores da Rede Cegonha, apesar de a maioria deles reconhecer a necessidade de integração à vigilância. Para reverter essa situação, os autores recomendam que os profissionais da VISA procurem se inserir nos espaços da gestão e busquem superar a visão de que suas ações se reduzem apenas ao caráter fiscalizatório (FERNANDES; VILELA, 2014).

Outro estudo qualitativo realizado com profissionais de secretarias municipais de saúde que atuam como coordenadores da VISA ou da Saúde da Mulher aborda a integração entre esses dois núcleos. De acordo com os profissionais da VISA, as instituições com as quais possuem relacionamento são a vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e auditoria. É ressaltado por eles o fato de que a integralidade não faz parte da rotina de trabalho, e que, quando acontece alguma integração, esta se dá mais por demandas contingenciais do que por conta de uma sistematização das relações. Esses profissionais, no entanto, demonstram preocupação com a distância existente entre VISA e assistência à saúde (MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010).

A pouca ou nenhuma articulação entre VISA e a Saúde da Mulher, acontecia por conta do entendimento dos profissionais de que um núcleo não dependia do outro, porque nunca se pensou nessa possibilidade de trabalho conjunto e também pelo fato de não ter havido apresentação de um núcleo ao outro. Entre os profissionais da VISA, também surge a noção de que a realização de inspeções sanitárias seria uma maneira de colaboração com a Saúde da Mulher (MAIA; GUILHEM; LUCCHESI, 2010).

Esse estudo considera importante escutar quem vivencia as negociações políticas e enfrenta as barreiras próprias das organizações de saúde. Os sujeitos da pesquisa confirmam, em suas expressões, o quanto o modelo de atenção do SUS é fragmentado, com permanência do padrão dissociado das ações de assistência e de prevenção. De acordo com os autores, a organização do trabalho nas secretarias de saúde não se permeia pelo princípio da integralidade, já que é marcada pela ausência de planejamento que fortalece a dissociação entre as áreas das secretarias. Conseqüentemente, o usuário do sistema permanece ignorado em meio às rotinas de cada departamento (MAIA; GUILHEM; LUCHESE, 2010).

Assim como acontece com a VISA, a literatura aponta que a APS atua integralmente com os demais serviços do SUS. No estudo que busca verificar, com suporte em uma revisão da literatura, se a APS tem sido capaz de modificar o modelo de atenção, no sentido das práticas de saúde, foram identificadas a desarticulação da rede e a ausência de políticas públicas para o enfrentamento dos determinantes sociais. Os autores consideram que esses achados interferem diretamente na garantia da integralidade, seja no sentido do acesso aos níveis de atenção, seja no sentido da integração de práticas de promoção, prevenção e recuperação (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). Esse estudo conclui que a integralidade é o princípio do SUS mais comprometido no âmbito da APS, sendo o que mais demanda a adoção de mudanças para sua efetiva implementação. Além disso, é ressaltado que a garantia desse princípio demanda uma clínica abrangente e uma integração entre as práticas individuais e coletivas de prevenção, promoção e recuperação. Outros aspectos que ainda desafiam a implementação da ESF são o trabalho em equipe, a territorialização, a educação em saúde, o vínculo no sentido da responsabilização, a participação popular e o acesso aos serviços dos demais níveis de atenção (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Outro estudo que tem como objetivo analisar a implementação da APS com foco na integração à rede assistencial com suporte em indicadores selecionados e entrevistas com gestores municipais. Os resultados demonstram que os principais desafios, segundo os gestores municipais, são a superação da fragmentação persistente na rede de serviços de saúde do SUS e a potencialização a APS como porta de entrada preferencial e centro ordenador e integrador das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2009).

Alguns documentos oficiais regulamentam a integração entre VISA e APS. A Portaria Federal nº 1.378, de 9 de julho de 2013, define as diretrizes para a execução das ações de VS, incluindo a VISA. Essa norma enfatiza que a integração dessas ações com a atenção à saúde é uma das diretrizes a ser observada. Essa articulação deve envolver um

trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, com a finalidade de racionalizar e melhorar a efetividade das ações de vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças e promoção em saúde (BRASIL, 2013a).

O PDVISA dedica um eixo específico para tratar da VISA no contexto da atenção integral à saúde, onde se considera que esse núcleo é indissociável das demais ações de saúde, devendo a integração ser promovida permanentemente. De acordo com o documento, a integração da VISA com a APS deve acontecer por meio de ações preventivas e de promoção da saúde, incluindo a preparação dos profissionais desse último núcleo para atuar na identificação de riscos sanitários e o desenvolvimento de novos processos de trabalho que incorporem as tecnologias de VISA às ações da APS (BRASIL, 2007).

Cabe à VISA, de acordo com o PDVISA, atuar em articulação com as demais ações de saúde no âmbito da proteção contra danos, riscos e determinantes dos problemas de saúde que afetam a população. Assim, a integralidade é adotada, prioritariamente, como ação de gestão, que propicia o estabelecimento de espaços compartilhados para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Para que isso seja alcançado, o avanço para a integralidade deverá existir prioritariamente na estrutura e na organização dos serviços, nos instrumentos de planejamento e gestão adotados, nos processos de trabalho e qualificação dos trabalhadores de saúde (BRASIL, 2007).

Para o âmbito da APS, a integralidade é um de seus objetivos, devendo o processo de trabalho das suas equipes prover atenção integral, contínua e organizada à população. Para isso, a atuação desses trabalhadores deve contar com: a realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; a garantia de atendimento da demanda espontânea; e a realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde (BRASIL, 2012).

Ressaltamos que há convergências nas políticas norteadoras da VISA e da APS, já que tanto o PDVISA quanto a PNAB se fundamentam na integralidade como diretriz. Além disso, os documentos enfatizam importância da realização de atividades de promoção e educação da saúde, prevenção de agravos, bem como a atuação e o planejamento sobre os riscos sanitários.

Além dos documentos institucionais ora citados, a literatura também destaca a necessidade de integração entre VISA e demais núcleos da saúde, inclusive APS. Por exemplo, Chagas e Villela (2014) argumentam que a VISA não pode permanecer isolada das outras áreas da saúde, mas que deve participar da modificação dos determinantes sociais da saúde

em busca da equidade. Seguindo a mesma perspectiva, Minayo e Torres (2013) asseveram que a VISA precisa incorporar uma liderança mediada pelo diálogo onde a hierarquia de poder é substituída pela rede de poder, além de considerar a necessidade de inter-relações dos variados campos de conhecimento para possibilitar a aproximação de distintos métodos de trabalho.

Consideramos que, para ser realmente efetivo, o processo de trabalho da VISA deve envolver atividades educativas e de comunicação, atuando como parceira da APS (ODWYER; TAVARES; DE SETA, 2007). Esses autores indicam a promoção da saúde como o elo de comunicação entre VISA e APS e apontam algumas estratégias que podem viabilizar essa aproximação. Por exemplo, no momento do cadastramento das famílias atendidas pela APS, poderia ser realizado o mapeamento de espaços de interesse da VISA, de modo que a comunidade compartilharia informações sobre os espaços onde ela vive. Outra ferramenta apontada é a orientação conjunta da VISA e da APS sobre a importância de utilizar serviços de boa qualidade (ODWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

As reuniões da APS e as visitas domiciliares também são sugeridas como meios de interlocução com a VISA. Nesses espaços, pode haver o compartilhamento com a comunidade sobre os riscos sanitários, o que fortalece o empoderamento da população e propicia o controle social. Além disso, os profissionais de saúde da APS podem notificar à VISA situações de risco ou agravo que importam para a vigilância, tais como intoxicação alimentar, contaminação de ambientes, uso inadequado de medicamentos, entre outros (ODWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Para outro estudo, o exercício da integralidade qualifica tanto as ações de VISA quanto daquelas ações tipicamente assistenciais, com as desenvolvidas pela APS. Como exemplo prático, é citada a situação na qual o profissional de VISA pode atuar sobre as necessidades de uma equipe da ESF com um problema específico do seu ambiente de atuação, como uma intoxicação por alimentos produzidos localmente. Também é apresentada a situação na qual os profissionais da VISA podem atender às necessidades individuais de um dentista da APS com dificuldades de cumprir a normatização de consultórios odontológicos (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

Entre os entraves que impedem essa articulação, podem ser citadas a distância entre a formulação e a instituição das políticas, bem como as distorções ocasionadas pelas diversidades entre os entes federativos. A imagem da VISA como órgão burocrático também pode ser uma dificuldade, assim como o déficit qualitativo e quantitativo de seus profissionais (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

Fundamentados no marco conceitual da VS, Oliveira e Casanova (2009) também analisam as possibilidades de aproximação das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental com a APS. É proposta a combinação dos instrumentos dessas vigilâncias com a APS para o favorecimento da atuação sobre os riscos, o que torna possível respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades de saúde.

Para que esse cenário seja criado, são fundamentais a organização não fragmentada das ações de saúde e a proposição articulada de respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em cada território (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009). Além disso, é importante que a equipe de saúde da APS se reconheça também como agente de vigilância, identificando os riscos à saúde da população no território e discutindo com a vigilância e propondo projetos transversais.

Uma VISA estruturada, mas que se restringe à fiscalização de produtos e de serviços de maneira isolada da APS, não contribui consideravelmente para a garantia da integralidade na atenção. Assim, é necessário que os trabalhadores da saúde conheçam o trabalho desenvolvido pela VISA e pela APS, para que, conjuntamente, analisem o território sobre o qual atuam e elaborem ações integradas para o enfrentamento das situações complexas.

Afirmamos, então, que é nítida a necessidade de articulação da VISA com a APS. Apesar de essa integração já ter sido determinada por alguns dispositivos legais e abordada teoricamente na literatura, persiste ainda a necessidade de estudos que destaquem as possibilidades de aproximação desses núcleos com suporte em percepções dos profissionais que planejam e executam as ações de VISA e de APS.

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Desenho do estudo**

Este é um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com profissionais da VISA e da APS no Município de Fortaleza – CE para a compreender integração entre esses núcleos.

O estudo qualitativo trabalha com os significados dos motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, com o conjunto de fenômenos que faz parte da realidade social, já que o ser humano, além de agir, interpreta suas ações com apoio na da realidade vivida (MINAYO, 2015a).

Portanto, defendemos o argumento de que este estudo é de abordagem qualitativa, pelo fato de ele abordar a reflexão dos entrevistados sobre a realidade que vivenciam, especificamente no que se relaciona à integração entre os núcleos de VISA e APS. Além disso, assumimos este estudo como descritivo porque busca fazer uma descrição da forma como se apresenta o fenômeno (OLIVEIRA, 2016) da integração entre os núcleos ora citados.

### **4.2 Contexto do estudo**

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza - CE, que possui população estimada de 2,609 milhões de habitantes, ocupa a área de 314km<sup>2</sup> (IBGE, 2016) e tem sua Administração Municipal dividida em Secretarias Regionais (SR's). O Anexo A traz um mapa da Capital cearense, diferenciando suas seis SR's (I, II, III, IV, V, VI).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desse município, por intermédio da Célula de Atenção Primária à Saúde (CEAPS) e da Célula de Vigilância Sanitária (CEVISA), planeja e coordena as ações de APS e VISA. Essa última célula é subordinada à Coordenadoria de Vigilância à Saúde (COVIS), juntamente com as Células de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância da Saúde do Trabalhador, de Sistemas de Informação e Análise em Saúde e de Vigilância Ambiental e de Riscos Biológicos (ANEXO B).

### **4.3 Sujeitos do estudo: caracterização e seleção**

Classificamos os sujeitos do estudo em duas categorias profissionais: trabalhadores ou gestores. Em relação à VISA, consideramos trabalhadores os profissionais que executam as atividades de competência desse núcleo e que atuam na Coordenadoria Regional de Saúde (CORES) de cada SR. Alguns desses trabalhadores são graduados em

cursos relacionados às áreas de atuação da VISA (Nutrição, Engenharia de Alimentos, Enfermagem, Odontologia, Medicina, Farmácia, Química e Medicina Veterinária), enquanto outros são de nível médio ou graduados em outros cursos. Classificamos como gestores os profissionais que coordenam os trabalhadores de VISA, ou seja, aqueles que ocupam os cargos de autoridades sanitárias ou de coordenadores, lotados, respectivamente, na CORES de cada SR ou na CEVISA (QUADRO 3).

Quadro 3 – Distribuição dos profissionais do Núcleo Municipal de Vigilância Sanitária, de acordo com o local de trabalho. Fortaleza – CE, 2016.

<b>Categoria</b>	<b>Cargo</b>	<b>Secretaria Regional I</b>	<b>Secretaria Regional II</b>	<b>Secretaria Regional III</b>	<b>Secretaria Regional IV</b>	<b>Secretaria Regional V</b>	<b>Secretaria Regional VI</b>	<b>Célula de Vigilância Sanitária</b>
<b>Trabalhadores</b>	<b>Nutricionistas</b>	2	5	2	1	4	3	-
	<b>Engenheiros de alimentos</b>	2	3	1	3	1	2	-
	<b>Veterinários</b>	-	3	1	1	-	2	-
	<b>Farmacêuticos</b>	2	8	2	3	3	3	-
	<b>Químicos</b>	3	7	4	3	2	4	-
	<b>Enfermeiros</b>	-	3	1	1	-	2	-
	<b>Odontólogos</b>	1	3	1	1	-	1	-
	<b>Médico</b>	-	-	-	-	-	1	-
	<b>Outros</b>	6	2	13	8	4	8	-
<b>Gestores</b>	<b>Autoridades Sanitárias</b>	1	1	1	1	1	1	-
	<b>Coordenadores</b>	-	-	-	-	-	-	4

Fonte: Célula de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza - CE

No que diz respeito ao núcleo da APS, consideramos como trabalhadores os profissionais graduados das equipes da ESF (médicos, enfermeiros e odontólogos) e os que atuam como agente de vigilância em saúde (AVISA). Esses trabalhadores estão distribuídos nas seis SR's, onde exercem suas atividades nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS's). Foram considerados como gestores os profissionais que coordenam esses trabalhadores, atuando como articuladores nas CORES ou coordenadores nas UAPS's (QUADRO 4).

A seleção deve ser representativa no sentido de ser capaz de apontar a relevância do fenômeno de estudo em termos de experiência e envolvimento dos participantes da pesquisa com esse fenômeno (FLICK, 2008). Com efeito, para a seleção dos participantes deste estudo, adotamos o seguinte critério de inclusão: possuir pelo menos um ano de atuação como gestor ou trabalhador de seu respectivo núcleo. Os sujeitos que se afastaram, no último ano de trabalho, por um período superior àquele referente às férias, ou por conta de licença ou outro tipo de afastamento não foram convidados para participar do estudo.

Quadro 4 – Distribuição dos profissionais do Núcleo Municipal de Atenção Primária à Saúde, de acordo com o local de trabalho. Fortaleza – CE, 2016.

<b>Categoria</b>	<b>Cargo</b>	<b>Secretaria Regional I</b>	<b>Secretaria Regional II</b>	<b>Secretaria Regional III</b>	<b>Secretaria Regional IV</b>	<b>Secretaria Regional V</b>	<b>Secretaria Regional VI</b>
<b>Trabalhadores</b>	<b>Médicos</b>	62	43	58	38	87	93
	<b>Enfermeiros</b>	67	46	72	43	89	107
	<b>Odontólogos</b>	58	45	40	32	65	72
	<b>Agentes de Vigilância em Saúde</b>	4	3	8	6	7	5
<b>Gestores</b>	<b>Articuladores</b>	1	1	1	1	1	1
	<b>Coordenadores</b>	12	11	16	13	20	21

Fonte: Célula de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – CE

#### **4.4 Procedimentos para coleta de dados**

##### **4.4.1 Descrição dos instrumentos de coleta de dados**

Os instrumentos de coleta que utilizamos neste estudo foram entrevista, observação participante e revisão de documentos oficiais. Escolhemos a entrevista semiestruturada porque essa técnica permite a obtenção de informações que tratam da reflexão dos sujeitos sobre a realidade vivenciada (MINAYO, 2015b).

Como guia das entrevistas semiestruturadas, montamos um roteiro para facilitar o diálogo com os entrevistados, tendo o cuidado para não se tornar engessador da entrevista. Baseando-se no referencial teórico e nos objetivos desse estudo, o roteiro foi composto por perguntas norteadoras, envolvendo as seguintes temáticas: formação profissional para atuação no cargo atual; atribuições da VISA e da APS; planejamento das ações do respectivo núcleo de atuação (VISA ou APS); atividades da VISA e da APS; integração entre VISA e APS; facilidades e dificuldades para a integração entre VISA e APS (APÊNDICES A e B).

A ficha de caracterização dos sujeitos abordou alguns aspectos pessoais e profissionais dos entrevistados, a saber: sexo (masculino; feminino), idade (anos), tempo de serviço no cargo atual (anos); nível de escolaridade (médio; superior; especialização; mestrado; doutorado); núcleo no qual atua (VISA; APS); categoria (trabalhador; gestor); (APÊNDICE C). Como é argumentado por Flick (2004), esse instrumento possibilita a coleta de dados relativos a tópicos que não são os mais relevantes para o estudo.

A coleta de dados contou também com observação participante, entendida como o

processo no qual o pesquisador se coloca como observador de determinada situação em relação direta com seus interlocutores (MINAYO, 2015b). O roteiro para observação participante abordou características do ambiente, do comportamento e relacionamento das pessoas e da atividade observada (APÊNDICE D).

A revisão de documentos é utilizada para complementar os relatos dos entrevistados com informações a respeito do contexto onde os processos estudados são desenvolvidos (MINAYO, 2015b). Neste ensaio, procuramos por documentos que abordassem o planejamento e o desenvolvimento de atividades compartilhadas pela VISA e pela APS.

#### **4.4.2. Coleta de dados**

Primeiramente, realizamos quatro entrevistas-piloto com a finalidade de identificar falhas na condução das entrevistas e para a aquisição de experiência prática a fim de tomar decisões durante as entrevistas (FLICK, 2004). Após os comentários dos entrevistados que participaram dessa fase prévia, modificamos a ordem das perguntas, mas a redação delas permaneceu a mesma.

As demais entrevistas aconteceram durante os meses de dezembro de 2015 a julho de 2016. A estratégia adotada para a coleta dos dados iniciou com o agendamento prévio das entrevistas com cada participante para um horário no qual o desenvolvimento de suas atividades profissionais não fosse comprometido. No dia e horário agendados, esclarecemos ao entrevistado os objetivos da pesquisa e, depois que obtivemos a aceitação da participação no estudo, iniciamos as entrevistas.

Todas as entrevistas foram realizadas e gravadas por nós, com apoio do respectivo roteiro, em salas fechadas dos locais de trabalho de cada participante, com duração média de 40 minutos. Não permitimos, em momento algum, a presença de outra pessoa, além do pesquisador e do respectivo entrevistado. Em um diário de campo, registramos informações pertinentes ao local, receptividade do entrevistado e suas manifestações não verbais. Solicitamos o preenchimento da ficha de caracterização pelo entrevistado apenas após o término de cada entrevista, para evitar que esse instrumento comprometesse o diálogo, assim como é recomendado por Flick (2004). Os áudios das entrevistas foram gravados em formato digital e posteriormente transcritos integralmente por nós.

Durante o mês de julho de 2016, realizamos três atividades de observação participante previamente agendadas com os profissionais, a saber: uma reunião entre profissionais da VISA e APS para discussão das inspeções realizadas nas UAPS's e duas

inspeções realizadas por trabalhadores da VISA em UAPS's de duas SR's. Essas atividades foram previamente citadas durante as entrevistas como exemplos de atividades desenvolvidas com apoio na integração entre VISA e APS.

Os documentos que revisamos foram os seguintes: Planejamento das Ações da VISA de Fortaleza – CE para o ano de 2016; Plano Municipal de Saúde de Fortaleza para o quadriênio 2014-2017. Obtivemos o primeiro documento por solicitação à CEVISA e o último no *site* oficial da SMS.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados coletados foram analisados pela técnica da Análise de Conteúdo:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. (BARDIN, 2011, p. 49).

Essa é uma técnica mediante a qual respostas para as questões formuladas podem ser encontradas, confirmar ou não as afirmações estabelecidas previamente, bem como ir além das aparências do que foi comunicado pelos sujeitos da pesquisa (GOMES, 2015). Além disso, a Análise de Conteúdo possibilita que seja feita a relação entre estruturas semânticas e as estruturas sociológicas dos enunciados, bem como a articulação da superfície dos enunciados com fatores que determinam suas características, tais como variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2008).

Utilizamos o tema como unidade de registro, entendida por Bardin (2011, p. 99) como “uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serviram de guia à leitura”. Os temas consistem em núcleos de sentido que compõem uma comunicação, denotam valores de referência e modelos de comportamento das falas (MINAYO, 2008). Ressaltamos que o uso dessa unidade de registro é comum em pesquisas sobre opiniões, atitudes, valores e crenças (BARDIN, 2011).

A operacionalidade da Análise de Conteúdo que adotamos neste estudo foi dividida em quatro etapas, de acordo com o que é determinado por Bardin (2011). A primeira etapa, chamada de pré-análise, teve como finalidade a exploração e organização do material por via da sua leitura flutuante. Nesse momento da análise, deixamo-nos invadir por impressões, permitindo o surgimento de hipóteses com suporte na projeção do referencial

teórico. Em seguida, elaboramos o corpus de análise, ou seja, o conjunto dos documentos e elementos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos seguintes (BARDIN, 2011), respeitando essas regras: exaustividade, levando em conta todos os elementos do *corpus*; homogeneidade, quando o material selecionado é referente ao tema estudado; e pertinência, ou seja, os textos são adequados ao objetivo da análise.

Na segunda fase, constituímos a definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado, reunindo algumas ideias para a separação dos temas. Na fase seguinte, determinamos as unidades de registro dos temas identificados e a consequente marcação desses em cada texto de entrevista. Por fim, elaboramos as categorias, que podem ser entendidas como a reunião de um grupo de temas em razão de caracteres comuns (BARDIN, 2011).

Constituímos as categorias sem deixar de desconsiderar as seguintes regras: exclusão mútua (cada tema só poderá estar em uma categoria); homogeneidade em relação à identificação e à modalidade de análise adotada; pertinência do material das categorias em relação ao referencial teórico; objetividade na identificação de temas e categorias; e produtividade do material no sentido de fornecer informações, inferência e hipóteses novas (BARDIN, 2011). As categorias que constituímos a partir da análise das entrevistas foram definidas como:

- 1) **Formação para atuação na VISA ou na APS** - aquisição de conhecimentos necessários para a atuação na VISA ou APS.
- 2) **Atribuições da VISA e da APS** - responsabilidades inerentes a esses núcleos.
- 3) **Planejamento das atividades**: processos que visam à definição e à programação das atividades da VISA e da APS.
- 4) **Atividades da VISA e da APS** - práticas inerentes a esses núcleos.
- 5) **Integração entre VISA e APS** - colaboração interorganizacional composta por conectividade e conhecimento mútuo entre os profissionais para o desenvolvimento de atividades compartilhadas devidamente formalizadas (D'AMOUR, 2008).
- 6) **Dificuldades para a integração entre VISA e APS** - fatores que contribuem negativamente para a colaboração entre esses núcleos.
- 7) **Facilidades para a integração entre VISA e APS** - fatores que contribuem positivamente colaboração entre esses núcleos.

A estratégia adotada para exposição dos resultados é orientada pela expressão dos

temas mais evocativos e representativos. Para preservar a identidade dos profissionais que participaram deste estudo, codificamos os seus discursos conforme a categoria (Trabalhador ou Gestor) e o núcleo (VISA ou APS) aos quais pertencem seus respectivos autores.

#### **4.6 Aspectos éticos**

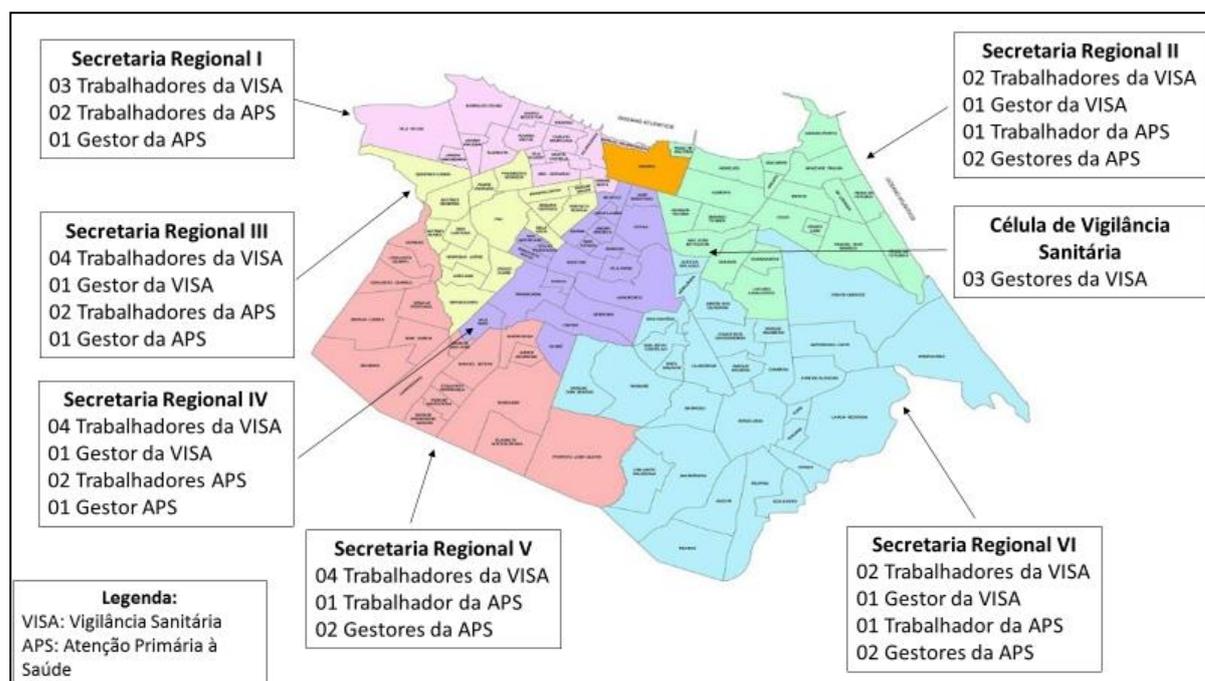
Este estudo foi autorizado pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGTES) da SMS de Fortaleza – CE (ANEXO C) e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (ANEXO D), mediante o parecer nº 1.292.557.

Os profissionais selecionados foram informados sobre os aspectos dessa pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Reconhecemos que os entrevistados podem ter se sentido constrangidos ou desconfortáveis ao serem abordados para participar do estudo e ao fornecerem informações relacionadas a suas formações e a suas rotinas de trabalho. Garantimos a eles o acesso aos procedimentos da pesquisa, bem como a opção de desistência. Este estudo seguiu as diretrizes de pesquisas que envolvem seres humanos, estabelecidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013b).

## 5 RESULTADOS

Neste estudo de abordagem qualitativa, entrevistamos trabalhadores e gestores da VISA e da APS de Fortaleza – CE, para compreender a percepção deles a respeito da integração entre esses núcleos. Realizamos entrevistas com trabalhadores e gestores da VISA e da APS de todas as SR's (FIGURA 3). Não foi possível agendar uma entrevista com o único trabalhador médico pertencente à VISA. Além disso, uma das autoridades sanitárias desse núcleo encontrava-se em licença por motivo de doença no período da coleta de dados, enquanto outra se recusou a participar do estudo.

Figura 3 – Distribuição dos entrevistados, de acordo com local de trabalho. Fortaleza – CE, 2016.



Fonte: elaboração própria.

A maioria dos entrevistados da VISA é do sexo feminino e possui especialização, com idade e tempo de serviço variando, respectivamente, de 30 a 62 anos e de 1 a 38 anos (APÊNDICE F). Em relação às características dos profissionais da APS, verificamos que a maioria também é do sexo feminino e com especialização, possuindo idade de 27 a 53 anos e tempo de serviço de 1 a 15 anos (APÊNDICE G).

Cada subitem dessa parte do estudo corresponde a uma das categorias constituídas na etapa de análise dos dados, a saber: formação para atuação na VISA e na APS; atribuições da VISA e da APS; planejamento das atividades de VISA e de APS; atividades da VISA e da

APS; integração entre VISA e APS; dificuldades para a integração entre VISA e APS; facilidades para a integração entre VISA e APS.

### **5.1 Formação para atuação na Vigilância Sanitária ou na Atenção Primária à Saúde**

Os trabalhadores e gestores da VISA afirmam que o trabalho executado nessa área era desconhecido antes de assumirem seus cargos, mesmo entre aqueles que são formados na área de saúde. Alguns deles admitem que fizeram o concurso por considerarem que era uma boa proposta de trabalho, mas não conheciam exatamente as atividades que seriam desenvolvidas.

*Eu não tinha conhecimento nenhum de Vigilância Sanitária, de forma que essa era realmente uma área nova para mim (...). Chegou a oportunidade do concurso da Vigilância Sanitária e eu concorri sem saber do que se tratava. (TRABALHADOR DA VISA).*

Destacamos que um dos trabalhadores da VISA participou de projetos de iniciação científica envolvendo farmacovigilância durante o seu curso de graduação, mas admite que, nessa época, não tinha consciência de que essa se trata de uma subárea da VISA. A deficiência na formação para atuação na VISA é reconhecida também por profissionais desse núcleo que têm experiência prévia na APS. Apenas um gestor relata que teve formação prévia em VISA, mas que foi adquirida em um trabalho anterior ao atual e não durante seu curso de graduação.

*A minha formação foi toda pautada na Atenção Primária à Saúde, já que desde a graduação eu sempre me identifiquei com essa área e já participava de alguns projetos de extensão. (GESTOR DA APS).*

Como podemos observar no tema ora apresentado, os trabalhadores e gestores da APS demonstram maior familiaridade com o trabalho desenvolvido nessa área desde a graduação. Com isso, evidenciamos uma divergência entre os profissionais da VISA e da APS relativamente à formação para atuação em seus respectivos núcleos.

Depois de ingressarem em uma área até então desconhecida, gestores e trabalhadores realizaram cursos de especialização e outros cursos de menor carga horária com os objetivos de conhecer a VISA e de adquirir habilidades para executar as atividades inerentes ao cargo assumido. Esses cursos foram ofertados tanto pelo próprio serviço quanto

por outras instituições:

*Depois que eu entrei na Vigilância Sanitária foi que eu comecei a ter o interesse de me aprofundar cada vez mais, até porque eu não conhecia o trabalho nessa área, apesar de ter trabalhado anteriormente na Atenção Primária à Saúde e de ser da área da saúde. Então eu fiz a especialização em Vigilância Sanitária e vários outros cursos. (GESTOR DA VISA).*

*A gente acaba direcionando nossa formação para a nossa área de atuação. O município propõe esses cursos de educação continuada pra gente envolvendo saúde da mulher, da saúde do idoso, a vigilância epidemiológica... (TRABALHADOR DA APS).*

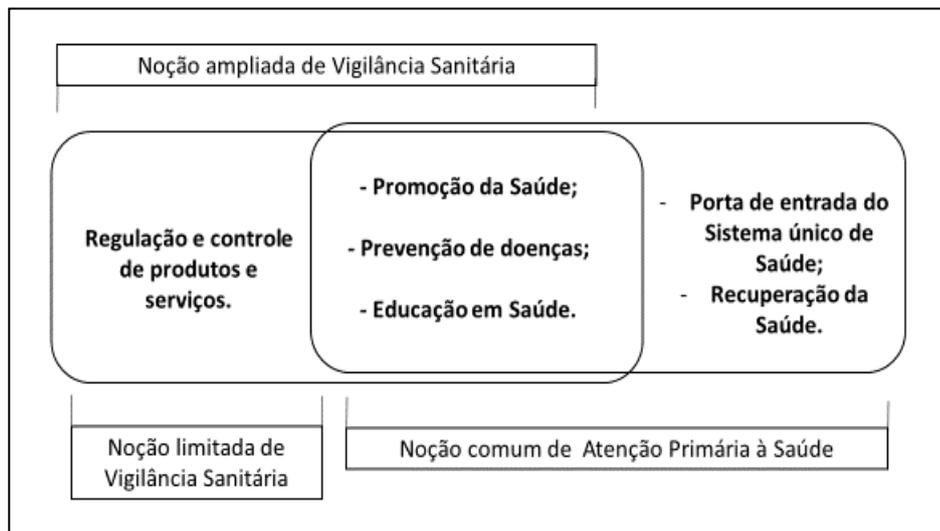
Esse último tema representa a busca pela qualificação também entre os profissionais da APS. Alguns trabalhadores desse núcleo destacam inclusive o incentivo da gestão para que seus profissionais estejam permanentemente atualizados, na medida em que, além da oferta de cursos, houve também a redução da carga horária de trabalho para que os profissionais pudessem participar desses cursos.

## **5.2 Atribuições da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde**

Identificamos algumas noções a respeito das atribuições de cada núcleo estudado com apoio nas entrevistas que realizamos. A figura a seguir representa, esquematicamente, nos retângulos menores, as noções ampliada e limitada que os entrevistados têm das atribuições da VISA, bem como a noção comum das atribuições da APS. Nos retângulos maiores, estão representadas as atribuições de cada núcleo, sendo que aquelas relatadas como comuns estão na área de intersecção deles (FIGURA 4).

Os profissionais da VISA entendem que esse núcleo e a APS possuem atribuições específicas e comuns. As primeiras são, por exemplo, a regulação e o controle de produtos e de serviços para a VISA e a recuperação da saúde para a APS. As atribuições em comum são a promoção da saúde, a educação em saúde e a prevenção de doenças (FIGURA 4).

Figura 4 – Noções sobre as atribuições da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016.



Fonte: elaboração própria

Em relação às atribuições da VISA, caracterizamos três noções que denominamos de noção ampliada, noção limitada e noção inexistente ou errônea. A noção ampliada é apresentada pelos trabalhadores e gestores que atuam na VISA, segundo os quais essa área tem suas atribuições orientadas principalmente para o combate ao risco sanitário, por via da sua prevenção, eliminação ou redução, com a finalidade de proteger a saúde da população. Classificamos essa noção como ampliada porque esses profissionais admitem que, para alcançar esses objetivos, devem ser desenvolvidas atividades de educação em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, além da regulação e do controle sobre produtos e serviços (FIGURA 4):

*A Vigilância Sanitária tem o papel de promover, prevenir e evitar os riscos à saúde da população através não só da inspeção, mas também da educação em saúde e da promoção à saúde. (TRABALHADOR DA VISA).*

Entre gestores e trabalhadores da APS, existe a noção limitada de que as atribuições da VISA se restringem à dimensão fiscalizatória. Para esses profissionais, esse último núcleo deve executar apenas a regulação e o controle sobre produtos e serviços, verificando o cumprimento da legislação sanitária e fazendo uso do seu poder de polícia quando necessário (FIGURA 4). Além disso, verificamos que eles destacam a importância dessas atribuições no campo da saúde por estarem relacionadas à intervenção sobre os riscos à saúde. Alguns trabalhadores da APS, no entanto, possuem a noção errônea das atribuições da

VISA quando as confundem com as atribuições da VE, enquanto outros não possuem nenhuma noção do que sejam essas atribuições:

*Além de cobrar os registros sanitários da gente? [risos] A Vigilância Sanitária tem como função fiscalizar os estabelecimentos de saúde e os comércios. Ela é o órgão fiscalizador, ela pode apreender, pode autuar, pode fechar, ela tem esse poder. (GESTOR DA APS).*

*Nem eu sei as funções da Vigilância Sanitária, mas eu sei as da Vigilância Epidemiológica. (TRABALHADOR DA APS).*

Em relação às atribuições da APS, houve convergência entre os relatos dos profissionais desse núcleo e os da VISA, constituindo o que denominamos de noção comum:

*A Atenção Primária à Saúde funciona como porta de entrada do serviço. Ela vem exatamente com esse papel de trabalhar a promoção da saúde e a prevenção de agravos, de evitar realmente que os usuários cheguem até a atenção terciária com problemas que não foram resolvidos na atenção primária. (TRABALHADOR DA APS).*

*A Atenção Primária à Saúde é envolvida com tratamento, prevenção, educação promoção e acompanhamento direto com as famílias, além de ter um contato maior com essas famílias. (TRABALHADOR DA VISA).*

De acordo com os entrevistados, as atribuições da APS, atuando como a porta de entrada no SUS e coordenadora de toda a atenção à saúde, são principalmente a prevenção de doenças, a promoção da saúde e a educação em saúde, com a finalidade de evitar que os usuários do serviço adoeçam e sejam transferidos para os outros níveis de atenção. Além disso, fazem parte das atribuições da APS, o tratamento, a cura e o acompanhamento das doenças, mas os profissionais defendem o entendimento de que essas atribuições não são mais importantes do que a prevenção, a promoção e a educação (FIGURA 4).

### **5.3 Planejamento das atividades de Vigilância e da Atenção Primária à Saúde**

*No planejamento tem as nossas metas para a gente cumprir, a chamada Programação Pactuada e Integrada. Eu tenho que fiscalizar aquela quantidade de estabelecimentos por cada regional. (TRABALHADOR DA VISA).*

*Temos um plano de ação em que a gente traça aquelas metas ali em cima do que o Ministério da Saúde preconiza e do direcionamento da SMS. (GESTOR DA APS).*

Os profissionais da VISA e da APS garantem que o planejamento das ações é centralizado na SMS e repassado para os trabalhadores como metas que devem ser por atingidas. Para o núcleo de VISA, são elaboradas metas de inspeções a serem realizadas de acordo com a quantidade de estabelecimentos inspecionados no ano anterior e seguindo as orientações da ANVISA. Para a APS, são elaboradas metas de atendimentos orientados pela estratificação da população de cada território de acordo com critérios de risco pré-definidos, como faixa etária ou doenças prevalentes, e seguindo também as orientações do Ministério da Saúde.

*No dia da apresentação do plano anual, a gente pode dar algumas sugestões e fazer algumas alterações, mas a maior parte já vem de cima realmente. Eu acho que não tem uma participação tão grande como deveria ter de quem faz a ação e realmente conhece o dia a dia. (TRABALHADOR DA VISA).*

*O planejamento já é uma coisa que vem de cima. Eles mandam de cima como querem que a gente faça. Não é uma coisa que seja assim, uma roda de conversa que tenha a participação de todos, onde cada um possa colocar o seu ponto de vista. (TRABALHADOR DE APS).*

De acordo com os trabalhadores da VISA, o planejamento das ações é realizado uma vez por ano, em uma reunião na qual é exposta pelos coordenadores da CEVISA uma proposta quase finalizada de planejamento. Os trabalhadores desse núcleo reclamam do fato de que, embora a reunião de planejamento aconteça na presença deles, não existe sua participação ativa. Eles também criticam o fato de o planejamento ser elaborado por coordenadores da CEVISA que não conhecem a realidade do trabalho nas SR's. Alguns dos trabalhadores da APS também reclamam que o planejamento não leva em conta suas sugestões.

#### **5.4 Atividades da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde**

*Como eu sou enfermeira, trabalho na linha de serviços de saúde, onde nós fazemos inspeções em salões de beleza, clínicas de saúde, consultórios, academias e outros*

*serviços. E a nossa rotina na Vigilância Sanitária infelizmente ela é ainda muito voltada só para o atendimento aos processos dos estabelecimentos que dão entrada na licença sanitária. (TRABALHADOR DA VISA).*

*A gente como enfermeira tem os atendimentos programados dos programas do PSF, a gente tem pré-natal, planejamento familiar, o acompanhamento do bolsa família, puericultura, hipertensão e diabetes. (TRABALHADOR DA APS).*

Esses temas representam o entendimento dos trabalhadores a respeito das atividades específicas desenvolvidas em cada núcleo. De acordo com os entrevistados da VISA, o trabalho desenvolvido nesse núcleo é voltado principalmente para a fiscalização de produtos e serviços em atendimento à demanda de processos de emissão de licença sanitária. Seguindo a mesma lógica, o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores da APS é voltado principalmente para atividades como atendimentos aos usuários, de acordo com as demandas dos programas que fazem parte da ESF (QUADRO 5).

Quadro 5 – Atividades específicas e compartilhadas da Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016.

<b>Atividades específicas da Vigilância Sanitária</b>	<b>Atividades compartilhadas</b>	<b>Atividades específicas da Atenção Primária à Saúde</b>
Fiscalizações de produtos e serviços.	Educação em saúde para a população sobre produtos e serviços que oferecem riscos à saúde.	Atendimentos para o acompanhamento de usuários.
	Educação em saúde sobre procedimentos relacionados à saúde para profissionais dos estabelecimentos regulados pela Vigilância Sanitária.	
	Compartilhamento de informações sobre produtos e serviços licenciados ou irregulares.	
	Investigação de produtos ou serviços possivelmente causadores de doenças.	

Fonte: elaboração própria.

Os profissionais da APS relatam também o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças durante os atendimentos programados, bem como de educação em saúde nas escolas. Alguns trabalhadores da VISA, no entanto, exprimem as atividades de educação em saúde e promoção da saúde não são desenvolvidas nesse núcleo, apesar de eles reconhecerem a importância delas para a saúde da população.

Além das atividades específicas já desenvolvidas por parte de cada núcleo, os gestores da APS e da VISA, bem como os trabalhadores desse último núcleo, relatam algumas

atividades comuns que poderiam ser desenvolvidas de modo compartilhado pela VISA e pela APS (QUADRO 5). Essas atividades não são realizadas, apesar de as considerarem como importantes para a melhoria dos serviços prestados. Os trabalhadores da APS não apontam atividades que podem ser desenvolvidas compartilhadamente pelos dois núcleos.

*Conscientizar a população com relação aos riscos que envolvem os alimentos, que envolvem os medicamentos, saneantes e produtos e serviços de saúde. Então eu acho que poderia ser muito proveitoso se tivesse mais proximidade entre a Vigilância Sanitária e a Atenção Primária à Saúde. (TRABALHADOR DA VISA).*

Atividades educativas, de acordo com os entrevistados, poderiam ser fornecidas para os usuários das UAPS's, abordando o papel da VISA e os riscos sanitários aos quais a população pode ser exposta ao utilizar produtos ou serviços, como medicamentos, saneantes, clínicas médicas e restaurantes. Por outro lado, alguns entrevistados sugerem que os trabalhadores da APS poderiam, juntamente com os da VISA, fornecer palestras para profissionais dos serviços de saúde inspecionados pela VISA, abordando assuntos como vacinação, esterilização e utilização de equipamentos de proteção individual.

A importância das atividades educativas também é ressaltada por alguns dos gestores da APS, ao reconhecerem que o seu núcleo, isoladamente, não tem como dar conta da educação em saúde da população. Como estratégias para desenvolvimento da educação em saúde para a população mencionam-se cursos e/ou palestras ofertados pelos trabalhadores ou a participação deles nos grupos de usuários das UAPS's.

*A gente poderia se inserir mais dentro da Vigilância Sanitária. Eu não sei nada do território com relação à Vigilância Sanitária. Então a gente poderia trazer os resultados da Vigilância Sanitária para a Atenção Primária e efetuar mais ações, de acordo com o que a essa vigilância observou dentro do território. (GESTOR DA APS).*

*Como a Vigilância Sanitária não tem a visão de todo o território, ela fica com alguns pontos descobertos, mas se ela trabalhasse junto com a Atenção Primária à Saúde, poderia descobrir esses pontos. Eu acho que essa aproximação deveria acontecer. (TRABALHADOR DA VISA).*

Os entrevistados sugerem também o compartilhamento de informações entre os núcleos de VISA e APS. Por exemplo, a VISA poderia repassar para a APS informações como:

atividades que são executadas no território; estabelecimentos que funcionam regular ou irregularmente; produtos irregulares utilizados pela população ou fabricados no território; trabalhadores de serviços de saúde que não possuem todas as vacinas recomendadas para o exercício de suas atividades. Além disso, os profissionais da APS poderiam repassar à VISA informações de estabelecimentos que funcionam irregularmente.

Além disso, os entrevistados consideram que a APS poderia notificar à VISA as suspeitas de reações adversas causadas por produtos ou serviços utilizados pelas famílias dos territórios onde atuam. Com essa notificação, a VISA, com auxílio da APS, poderia investigar para comprovar ou refutar a irregularidade do produto ou serviço em questão e, dependendo do caso, tomar as providências necessárias e/ou acionar a ANVISA e outras instituições.

### **5.5 Integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde**

Os trabalhadores da VISA e da APS não se conhecem mutuamente, nem pessoal, nem profissionalmente. No primeiro caso, os trabalhadores de um núcleo exprimem que não sabem quem são os profissionais do outro núcleo. Como podemos observar nos temas apontados a seguir, os trabalhadores não conhecem também as atividades profissionais desenvolvidas pelos trabalhadores do outro núcleo. Apenas alguns trabalhadores da APS remetem o trabalho desenvolvido pela VISA apenas às atividades de fiscalização, realizadas nos serviços relacionados à saúde.

*Eu estou há 10 anos da prefeitura, eu não me lembro de ter recebido uma equipe de profissionais da Vigilância Sanitária dentro do consultório da gente, nunca tive contato com eles e não sei quem são eles. (TRABALHADOR DA APS).*

*Eu não posso dizer o que realmente os profissionais da APS estão fazendo, porque eu não estou lá dentro das unidades de saúde, mas creio que eles estão fazendo o que as equipes da Estratégia Saúde da Família normalmente fazem. (TRABALHADOR DA VISA).*

Entre os gestores, é perceptível maior grau de conhecimento mútuo. Além disso, esses profissionais demonstram conhecer o trabalho realizado pelo outro núcleo: os gestores da APS reconhecem o trabalho da VISA como eminentemente fiscalizatório, no qual são apontadas não conformidades e feitas exigências para adequação dos estabelecimentos privados e das UAPS's, de acordo com o que é determinado pela legislação sanitária. De igual

modo, os gestores da VISA consideram o trabalho desenvolvido pela APS como sendo principalmente direcionado para o tratamento e acompanhamento de doenças, como hipertensão e diabetes.

*Nós somos estranhos, embora pertençamos ao mesmo município e à mesma secretaria, a gente não se reúne pra refletir sobre os problemas de saúde e pensar em estratégias. (TRABALHADOR DA VISA).*

*A chefe da Vigilância Sanitária está sempre disponível para discutir comigo as inspeções realizadas nas Unidades de Saúde. Periodicamente a gente participa de reuniões sobre isso. (GESTOR DA APS).*

Os trabalhadores tanto da VISA e quanto da APS relatam que existe um distanciamento entre seus núcleos de atuação. Essa falta de conectividade entre os profissionais é reforçada pelo fato de que, apesar de compartilharem o mesmo espaço físico nas SR's, não existe a rotina estabelecida do diálogo entre eles. A falta de conectividade é mais evidente ainda nos relatos os trabalhadores da APS que atuam nas UAPS's, uma vez que esses afirmam não saberem como entrar em contato com os profissionais da VISA. Os gestores, no entanto, ratificam a existência de acessibilidade entre eles nas diversas reuniões onde são discutidas as ações de cada núcleo e a situação sanitária das UAPS's. Com efeito, os gestores se consideram conectados uns com os outros.

Existe o entendimento entre trabalhadores e gestores de que a integração entre VISA e APS é necessária e viável. Além disso, os profissionais argumentam que esse trabalho integrado ou colaborativo poderia trazer benefícios para ambos os núcleos, tais como a otimização das atividades e o aumento da repercussão do trabalho, além de contribuir para a melhoria da saúde da população.

Alguns trabalhadores e gestores da VISA, bem como alguns gestores da APS, enumeram algumas atividades desenvolvidas compartilhadamente por esses núcleos (QUADRO 6). Eles admitem que essas atividades, exceto as inspeções nas UAPS's, não acontecem sistematicamente, mas são esporádicas, quando existe a demanda de outro órgão ou ante a necessidade de resolução de algum problema específico.

Quadro 6 – Atividades compartilhadas desenvolvidas pela Vigilância Sanitária e pela Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016.

<b>Atividades compartilhadas desenvolvidas</b>
Inspeções nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.
Reuniões sobre as inspeções nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.
Combate ao <i>Aedes aegypti</i> .
Avaliação de instituições de longa permanência de idosos.
Avaliação dos projetos de reforma ou construção das Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Fonte: elaboração própria

*A verificação das condições de funcionamento das unidades de saúde é uma forma bem óbvia de integração Vigilância Sanitária e a Atenção Primária à Saúde. Nesses momentos são vistos se as normas estão sendo cumpridas, para que a população seja atendida da forma mais segura. (TRABALHADOR DA VISA).*

Observamos alguns trabalhadores da VISA durante duas inspeções em UAPS's distintas. A motivação principal para esse tipo de atividade é o Plano de Ação da Vigilância Sanitária de Fortaleza – CE para o ano de 2016, em que uma das metas a ser alcançada determina que todas as UAPS de Fortaleza sejam anualmente inspecionadas. As inspeções não são previamente agendadas com os coordenadores das UAPS.

A atividade foi realizada por um enfermeiro, um odontólogo e um farmacêutico com a finalidade de verificar o cumprimento da legislação sanitária. No primeiro momento os esses trabalhadores procuraram o coordenador da unidade para informá-lo de que seria realizada uma inspeção e para solicitar algum funcionário que pudesse acompanhá-los durante essa atividade. Em seguida, os trabalhadores se separaram para que cada um deles realizasse a inspeção em sua respectiva área de competência: o farmacêutico inspecionou posto de coleta e farmácia; o enfermeiro inspecionou os consultórios, abrigo externo de resíduos e as salas de procedimentos, de vacinas e de esterilização; e o odontólogo inspecionou o consultório odontológico.

Durante as inspeções das UAPS's, os trabalhadores da VISA avaliaram as condições estruturais, os procedimentos realizados e os materiais utilizados, bem como solicitaram alguns documentos, tais como cartões de vacina dos funcionários e laudo de análise da água.

O diálogo entre os trabalhadores da VISA e os das unidades de saúde observadas se restringiu a uma comunicação normativa que abordou apenas os aspectos descritos na legislação sanitária. Para o esclarecimento de dúvidas relacionadas aos procedimentos

realizados, os técnicos da VISA faziam perguntas aos profissionais da APS e anotavam as respostas no referido documento. Quando algum procedimento que não estava sendo executado corretamente era detectado, os trabalhadores da VISA explicavam a maneira correta de fazê-lo.

Posteriormente, os técnicos lavraram termos, constando as providências necessárias para a adequação das unidades de saúde ao que é determinado na legislação e, após a leitura desses documentos pelos respectivos coordenadores, determinaram o prazo de 30 dias para cumprimento das exigências solicitadas. O coordenador de cada UAPS esclareceu suas dúvidas a respeito de algumas exigências e relatou o seu desconhecimento relativamente à legislação sanitária. Além disso, um dos coordenadores alegou que muitas das providências necessárias não eram de sua competência direta, mas que realizaria solicitações para o devido cumprimento aos órgãos competentes.

Essas atividades realizadas nas UAPS's são de caráter eminentemente fiscalizatório, que aconteceram em virtude da demanda da própria VISA, com estabelecimento do diálogo apenas para a verificação do cumprimento da legislação sanitária. Ressaltamos que as providências para adequação das unidades inspecionadas enumeradas nos termos lavrados pelos trabalhadores da VISA foram expostas aos coordenadores das UAPS's, mas não aos trabalhadores que atuam nesses mesmo serviços.

*Eu posso citar essas reuniões que a gente está realizando com os profissionais das Unidades de Saúde e os da Vigilância Sanitária. Estão todos envolvidos para resolver alguns problemas das unidades. (GESTOR DA APS).*

Outra atividade relatada pelos entrevistados como sendo momentos em que os profissionais da VISA e da APS se encontram corresponde às reuniões, que têm o objetivo de discutir as não conformidades constatadas durante as inspeções nas UAPS's. Esse tipo de atividade está previsto no Plano de Ação da Vigilância Sanitária de Fortaleza – CE para o ano de 2016. De acordo com esse documento, foram programadas reuniões envolvendo apenas três SR's. Alguns gestores garantem que essas reuniões acontecem anualmente por conta também de uma determinação da SMS, pelo fato de que essa Secretaria possui o interesse de que todas as UAPS's passem a ter suas respectivas licenças sanitárias.

A reunião que observamos aconteceu em uma sala da CEVISA. Estavam ali coordenadores, tanto dessa célula quando da CEAPS, bem como os seguintes profissionais de uma SR: articulador, técnicos da APS, autoridade sanitária e trabalhadores da VISA. A

convocação para a referida reunião partiu de um coordenador da CEVISA que possui a atribuição de monitorar as inspeções realizadas nas UAPS. Esse profissional reuniu todos os termos lavrados pelos trabalhadores da VISA durante as inspeções nas UAPS's da SR em questão e listou todas as não conformidades constantes nesses documentos.

Na primeira parte da reunião, o coordenador da CEVISA apresentou as não conformidades. Em seguida, houve discussão a respeito de cada uma delas, com a finalidade de elaborar estratégias para corrigi-las. Observamos que a maioria dos presentes participou da discussão e apresentou alguma contribuição. Na última parte da reunião, foram registrados os encaminhamentos necessários, com a definição dos responsáveis por suas execuções.

Os participantes da reunião se mostraram engajados na resolução dos problemas que a VISA detectou nas UAPS's da referida SR. Podemos assegurar que houve uma participação dos profissionais dos dois núcleos, mas elaborado no final da ocasião foram encaminhamentos para uma possível resolução dos problemas, de maneira que não podemos garantir concretamente, que eles serão resolvidos. Além disso, é importante ressaltarmos que os trabalhadores das UAPS's não estavam nessa reunião, apesar de o Plano de Ação citado ter previsto o envolvimento também desses profissionais.

*Existe trabalho hoje em que temos participação de um fiscal do meio ambiente, um fiscal da Vigilância Sanitária e um agente de endemias para o controle do mosquito da dengue. Eles visitam os estabelecimentos que têm de foco de mosquito e o fiscal da vigilância faz a autuação. (GESTOR DA VISA).*

Outra atividade compartilhada pela VISA e pela APS citada pelos gestores resulta em algumas inspeções conjuntas realizadas em estabelecimentos comerciais onde há reincidência na detecção de focos do mosquito *Aedes aegypti*. A demanda para a realização dessa atividade parte dos gestores da VISA e da APS por conta da epidemia das doenças transmitidas por esse vetor. O papel do trabalhador de VISA nesse tipo de atividade restringe-se à autuação dos estabelecimentos, procedimento que não é de competência legal do agente de endemias. Alguns dos entrevistados garantiram que esse tipo de atividade é realizado sem uma avaliação posterior, em cada território, do seu impacto na incidência das doenças transmitidas pelo mosquito.

*Quando recebemos denúncias de maus tratos nos abrigos de idosos, a gente faz essa integração com a atenção do idoso da Coordenadoria Regional de Saúde. (TRABALHADOR DA VISA).*

A avaliação de instituições de longa permanência de idosos com participação de profissionais tanto da VISA quanto da APS acontece em decorrência de demandas do Ministério Público ou por conta de denúncias feitas pela população. Nesse tipo de atividade, os trabalhadores desse primeiro núcleo analisam as condições sanitárias do estabelecimento, enquanto os demais profissionais investigam ocorrências de maus tratos aos idosos. É uma atividade da qual participam os dois núcleos para a investigação de problemas em um tipo específico de estabelecimento.

*Na época das reformas nas unidades, um profissional da Vigilância Sanitária veio aqui analisar a planta conosco e pontuou algumas modificações que seriam necessárias. (GESTOR DA APS).*

Várias UAPS's de Fortaleza foram reformadas ou construídas nos últimos quatro anos. Alguns gestores da APS relatam que solicitaram a avaliação dos projetos de reforma ou construção pelos trabalhadores da VISA. Eles reconhecem que algumas das modificações sugeridas por esses trabalhadores foram devidamente acatadas pelos responsáveis por essas reformas ou construções enquanto, outras não foram aceitas.

Destacamos também que o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza para o quadriênio de 2014 a 2017 não prevê a realização de atividades compartilhadas entre os núcleos de VISA e APS. Apenas no Plano Anual de VISA para o ano de 2016 são programadas algumas apresentações do diagnóstico situacional das UAPS's em reuniões. Destacamos o fato de que essa é apenas uma atividade compartilhada ante várias outras que poderiam ser também formalizadas e desenvolvidas. Isso demonstra que a integração entre os núcleos estudados ainda não está totalmente formalizada.

## **5.6 Dificuldades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde**

Exprimimos, no quadro a seguir, os fatores que, de acordo com os profissionais, dificultam a integração entre VISA e APS (QUADRO 7).

Quadro 7 – Dificuldades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016.

<b>Dificuldades</b>
Desconhecimento do trabalho desenvolvido pela Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde.
Isolamento entre Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde.
Falta de iniciativa para integração.
Excesso demandas por atividades específicas.
Falta de formalização da integração entre Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde.
Representação da VISA como estritamente punitiva.

Fonte: elaboração própria

*O desconhecimento entre os profissionais de qual realmente seja o papel e o trabalho da Vigilância Sanitária e da Atenção Primária à Saúde faz com que a gente não enxergue a aproximação entre esses serviços. (GESTOR DE VISA).*

Para os trabalhadores, uma das maiores dificuldades é a falta de conhecimento a respeito do trabalho do outro núcleo. Esse desconhecimento faz com que alguns trabalhadores entrevistados não admitam a possibilidade de integração, por considerarem que VISA e APS não possuem atividades que possam ser desenvolvidas compartilhadamente.

*A organização estrutural da gestão separa os serviços. Então os gestores e trabalhadores de cada serviço são isolados e não trabalham juntos”. (GESTOR DE VISA).*

Outra dificuldade citada pelos entrevistados é o próprio isolamento entre os núcleos, desde os escalões superiores, causada pela estrutura organizacional. Os profissionais reconhecem também que essa separação é gradativamente agravada até o nível dos trabalhadores. Por exemplo, os trabalhadores da APS afirmam que não saberiam como acionar a VISA, caso fosse necessário, e que não conhecem os profissionais que trabalham nesse último núcleo.

*A Atenção Primária à Saúde não nos procura. (TRABALHADOR DA VISA).*

*A Vigilância Sanitária nunca veio aqui na unidade para propor alguma atividade integrada. (TRABALHADOR DA APS).*

Constatamos também que os trabalhadores da VISA e da APS citam como dificuldade o fato de não terem sido procurados pelos profissionais do outro núcleo para a

desenvolverem alguma atividade de maneira compartilhada, demonstrando a falta de iniciativa para a integração entre seus núcleos.

*“A maior dificuldade é a grande demanda de atividades que cada um tem que desenvolver. Isso acaba limitando o nosso tempo e impedindo a aproximação com a Vigilância Sanitária” (GESTOR DA APS).*

A grande demanda de atividades específicas para serem desempenhadas por parte de cada núcleo é outra dificuldade para integração entre VISA e APS citada por trabalhadores e gestores. Alguns gestores reconhecem que as atividades determinadas pela SMS consomem a maior parte do tempo deles, de modo que não haveria disponibilidade de tempo para o planejamento de atividades que envolvessem outro núcleo.

*É algo típico do Brasil, tudo precisa ter uma norma ou uma portaria. Eu acho que por não existir isso, fica cada um no seu quadrado e não tem integração nenhuma. (GESTOR DA APS).*

Também é apontado como dificuldade o fato de a integração entre VISA e APS não ser devidamente formalizada. Para alguns dos entrevistados, deveria haver alguma regulamentação, no contexto municipal ou federal, para que essa articulação fosse implantada e acontecesse sistematicamente. Alguns gestores justificam também que não existe interesse político da gestão para a aproximação entre os dois núcleos e que o planejamento não prevê essa articulação.

*Para a Atenção Primária à Saúde, a Vigilância Sanitária é vista como o bicho papão que está na unidade de saúde apenas para punir. (TRABALHADOR DA VISA).*

*Quando eu aviso que os fiscais da Vigilância Sanitária estão inspecionando a unidade de saúde, os profissionais ficam ‘congelados’, medindo cautelosamente cada movimento. (GESTOR DA APS).*

Os profissionais da VISA alegam que são vistos pelos trabalhadores e gestores da APS como aqueles que possuem as missões apenas de apontar o que está errado e de aplicar as devidas punições. Essa representação da VISA como exclusivamente fiscalizatória e punitiva é motivo de tristeza e insatisfação entre os trabalhadores desse núcleo. Essa

perspectiva também é relatada pelos gestores da APS, inclusive afirmando que a VISA amedronta os profissionais da Saúde da Família.

### 5.7 Facilidades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde

Com apoio nas entrevistas, identificamos algumas facilidades para a integração entre VISA e APS (QUADRO 8). Ressaltamos, entretanto, que os trabalhadores da APS não apontam nenhuma facilidade.

Quadro 8 – Facilidades para integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde. Fortaleza – CE, 2016.

<b>Facilidades</b>
Compartilhamento do mesmo espaço físico.
Acessibilidade entre os gestores.
Disponibilidade dos profissionais para desenvolver atividades integradas.
Formação comum na área de Saúde.
O objetivo do trabalho é comum.

Fonte: elaboração própria

*Uma facilidade que nós temos e que não é aproveitada é a gente estar no mesmo ambiente físico. A gente trabalha na mesma sala que os profissionais da Atenção Primária à Saúde, mas não existe diálogo. (TRABALHADOR DE VISA).*

O compartilhamento do mesmo espaço físico é uma facilidade entre os entrevistados da VISA. Durante a coleta de dados, constatamos que os gestores e trabalhadores da VISA e os gestores da APS ocupam, em todas as SR's, a mesma sala ou salas próximas, mas esses profissionais reconhecem que não existe uma rotina estabelecida para diálogo entre os núcleos.

*O canal de abertura entre o gestor da Atenção Primária à Saúde de cada Secretaria Regional e o gestor da Vigilância Sanitária. Então é fácil para eles proporem atividades articuladas. (TRABALHADOR DE VISA).*

Outra facilidade citada pelos entrevistados é a comunicação entre os gestores desse núcleo e os da APS nas SR's. Para esses trabalhadores, esse diálogo acontece de maneira periódica, nos momentos das reuniões e durante a rotina de trabalho desses gestores, de sorte que essas ocasiões poderiam ser aproveitadas para planejamento e discussão de ações

integradas entre os núcleos.

*Nós estamos abertos para trabalhar com a Vigilância Sanitária e eles sabem disso.* (GESTOR DA APS).

*“O grupo dos fiscais é bem aberto para ajudar e para realizar um trabalho conjunto.”* (TRABALHADOR DE VISA).

A disponibilidade para o desenvolvimento de atividades integradas é apontada como facilidade entre profissionais da VISA e gestores da APS. Para esses entrevistados, os profissionais de ambos os núcleos não imporiam obstáculos para o desenvolvimento de atividades integradas e apoiariam esse tipo de trabalho devido em razão dos benefícios para a saúde da população que ele pode trazer.

*Nós da Vigilância Sanitária somos formados na área da saúde e os profissionais da Atenção Primária também. Isso facilita a comunicação e o trabalho em parceria.* (GESTOR DE VISA).

Para alguns dos entrevistados, o fato de a maioria dos profissionais da VISA e da APS ser formada em cursos de graduação da área de saúde se mostra como uma facilidade, porque aceleraria o estabelecimento do diálogo entre esses profissionais.

*O objetivo central, tanto da Atenção Primária à Saúde quanto da Vigilância Sanitária, é a melhoria da saúde da população. Então deveríamos trabalhar de forma integrada e não isolada.* (TRABALHADOR DE VISA).

Os profissionais também consideram que, apesar de trabalharem em núcleos diferentes, o objetivo principal do trabalho deles é o mesmo: melhorar a saúde da população. Esse objetivo comum poderia ser utilizado para orientar e estimular o planejamento e a discussão da integração entre VISA e APS.

## 6 DISCUSSÃO

Em razão do objetivo de compreender a integração entre VISA e APS na cidade de Fortaleza – CE, realizamos entrevistas com gestores e trabalhadores desses núcleos, observamos algumas atividades realizadas por eles e revisamos os documentos locais de planejamento. Os resultados que obtivemos demonstram que algumas atividades são desenvolvidas compartilhadamente pelos profissionais dos dois núcleos. Os entrevistados, entretanto, garantem que essas atividades não acontecem rotineiramente, mas apenas quando aparecem demandas para a resolução de problemas específicos ou para cumprir metas do plano de ação do núcleo de VISA.

Um tipo de atividade desenvolvida pelos dois núcleos está nas reuniões das quais participam gestores da APS e da VISA e alguns representantes dos trabalhadores desse último núcleo, para discutir as não conformidades identificadas durante as inspeções realizadas nas UAPS's de três SR's. Esses momentos são importantes porque têm o potencial de se constituírem como espaços para discussão de casos e de redefinição das práticas, nos quais as decisões tomadas em conjunto facilitam a resolução de problemas comuns (BRASIL, 2009).

Ressaltamos, todavia, que essas reuniões deveriam acontecer com maior periodicidade em virtude da complexidade própria das condições sanitárias de um tipo de serviço como as UAPS's, onde são executadas muitas atividades que podem oferecer riscos à saúde. Além disso, esses momentos deveriam envolver as outras SR's e incluir também os trabalhadores da APS, uma vez que esses agentes estão diretamente relacionados com a pauta discutida e a participação deles pode enriquecer a discussão das não conformidades com a expressão de outras perspectivas.

O combate ao *Aedes aegypti* tem a participação dos trabalhadores da VISA para a resolução de um problema que afeta a APS. Essa atividade possui enorme importância em virtude da necessidade de redução nas ocorrências das doenças transmitidas por esse mosquito (BRASIL, 2015). Uma vez que esse tipo de atividade é realizado sem avaliação posterior, consideramos que seu monitoramento poderia acontecer sistematicamente a partir do registro de dados que possibilitassem avaliar o seu impacto nas incidências e prevalências das doenças em questão e verificar se as reincidências de infestações dos mosquitos nos estabelecimentos inspecionados foram realmente eliminadas. Essa atividade deveria também extrapolar a dimensão fiscalizatória da VISA, mediante a inclusão da educação em saúde com a população em parceria com os trabalhadores da APS, assim como ocorreu na bem-sucedida estratégia desenvolvida em outra cidade (CARNEIRO *et al.*, 2016).

As avaliações das instituições de longa permanência de idosos envolvem, segundo os entrevistados, a participação de profissionais da VISA e da APS para a investigação de um problema comum a esses núcleos. Esse tipo de atividade, contudo, acontece esporadicamente para atender às demandas de outra instituição, no caso, o Ministério Público, e não por uma iniciativa dos profissionais de cada núcleo. Então, consideramos que essas avaliações deveriam fazer parte da rotina de trabalho dos profissionais, em vez de acontecerem apenas quando outra instituição requisita sua execução.

A análise de projetos de construção ou de reforma das UAPS's é importante para evitar a detecção de não conformidades durante as futuras inspeções nesses serviços, porém as sugestões realizadas pelos trabalhadores da VISA, desde que sejam devidamente embasadas na legislação vigente, deveriam ser acatadas. A participação da VISA nesse tipo de atividade também é relatada em outro estudo (FERNANDES; VILELA, 2014).

Ao contrário das atividades anteriormente discutidas, não podemos afirmar que as inspeções realizadas nas UAPS's são de um tipo de atividade compartilhada no sentido de ser desenvolvida pelos dois núcleos. Essa conclusão se baseia no fato de que as inspeções são executadas exclusivamente pelos trabalhadores da VISA para atenderem a uma demanda do plano de ação desse núcleo, sendo permeadas por um caráter eminentemente fiscalizatório que os distancia dos trabalhadores da APS. Os profissionais da VISA devem ter considerado essas atividades como compartilhadas, porque nelas existe tão somente a aproximação física entre os trabalhadores, o que não significa a ocorrência da participação ativa dos profissionais da APS.

Concordamos com Costa (2008) na ideia de que a VISA tem de se inserir nas demais práticas do SUS, com o objetivo de contribuir para a integralidade da saúde. Sendo assim, não podemos deixar de debater as atividades compartilhadas sugeridas pelos entrevistados, pois desse debate também emergem elementos essenciais para a integração entre os núcleos estudados.

A educação em saúde para os usuários das UAPS's sobre riscos próprios do uso de produtos e de serviços é importante para a promoção da saúde. A capacidade de reconhecer produtos e serviços irregulares, constituída com base na educação em saúde, possibilitaria que esses usuários evitassem se expor aos riscos. Essa proposta segue a lógica da promoção da saúde já que contribui para o empoderamento da população (BRASIL, 2006). Destacamos o fato de que a atuação da VISA na promoção da saúde, por meio da sua aproximação com os usuários, é recomendada pelo PDVISA e considerada por outros autores como elemento essencial para que essa vigilância contribua para a equidade e melhoria da qualidade de vida

dos usuários (CHAGAS; VILLELA, 2014; ODWYER; TAVARES; DE SETA, 2007; BRASIL, 2007).

De acordo com os entrevistados, as atividades educativas também poderiam ser realizadas pelos trabalhadores da VISA e da APS para os profissionais dos serviços de saúde inspecionados por esse primeiro núcleo, assim como é proposto por O'Dwyer, Tavares e de Seta (2007). Esse tipo de atividade é importante para a conscientização a respeito da legislação sanitária e das maneiras corretas de realizar os procedimentos que têm o potencial de causar riscos à saúde. Consideramos também que essa é uma proposta de grande relevância, na medida em que extrapola o espaço físico das UAPS's e promove a aproximação dos trabalhadores da VISA e da APS com outros profissionais também relacionados com a saúde da população.

De acordo com os entrevistados, VISA e APS poderiam compartilhar informações, pois cada núcleo detém dados que são de interesse do outro. O compartilhamento proposto pelos entrevistados pode aumentar a efetividade das atividades desenvolvidas porque as informações que seriam compartilhadas são importantes para que ambos os núcleos conheçam melhor o território sobre o qual atuam. Outros autores também sugerem esse tipo de atividade compartilhada (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010). Além disso, a atuação da VISA em resposta às demandas da APS por investigações de produtos ou serviços suspeitos de causarem doenças aos usuários fortalece o papel da VISA na proteção à saúde e na prevenção de doenças, uma vez que, trabalhando isoladamente, fica muito mais difícil para esse núcleo identificar eventos adversos possivelmente associados ao uso de produtos ou serviços (MAIA; GUILHEM, 2015).

Algumas das facilidades citadas pelos entrevistados podem ser aproveitadas para o desenvolvimento das atividades que são por eles sugeridas. Por exemplo, a formação comum na área da saúde, o objetivo comum do trabalho e a disponibilidade dos profissionais facilitam o diálogo entre eles e viabilizam a elaboração compartilhada de palestras ou oficinas, bem como o compartilhamento de informações.

Das atividades que discutimos há pouco, apenas as reuniões para discussão das não conformidades das UAPS's são devidamente previstas no plano local de VISA. Essa formalização parcial não confere a visibilidade necessária para que os trabalhadores dos dois núcleos estudados assumam a responsabilidade pelo desenvolvimento compartilhado das demais atividades (D'AMOUR *et al.*, 2008). Esse problema também é relatado no estudo que avalia a colaboração entre um serviço de APS e o setor de educação (DIAS *et al.*, 2016).

O entendimento dos entrevistados de que a formalização parcial das atividades

compartilhadas pela VISA e pela APS é uma dificuldade para a integração demonstra que há um limite imposto pelo planejamento, impedindo a execução de outras atividades além das reuniões já devidamente institucionalizadas. Não podemos deixar de destacar o fato de que, na contextura nacional, várias regulamentações formalizam a integração entre VISA e APS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2012; BRASIL, 2007), mas isso não se refletiu de modo completo no nível local estudado.

A falta de conectividade entre os trabalhadores da VISA e da APS é justificada em razão de esses profissionais não participarem de espaços coletivos de debate. Até existem momentos nos quais os trabalhadores compartilham os mesmos espaços físicos, de modo que essas ocasiões são relatadas como uma das facilidades para a integração. O compartilhamento do mesmo espaço físico, entretanto, não é aproveitado para estabelecer uma conectividade baseada na troca de informações e no debate sobre questões que perpassam os dois núcleos. Em outro estudo, a separação física é citada como dificuldade para a integração da VISA com a área de saúde da mulher (MAIA; GUILHEM; LUCCESE, 2010).

O fato de os trabalhadores de um núcleo não conhecerem as atividades e os profissionais pertencentes ao outro núcleo também contribui negativamente para a integração entre VISA e APS (D'AMOUR *et al.* 2008). Esse é outro dado que reflete a falta de espaços coletivos para a constituição de vínculos entre os trabalhadores. Ressaltamos que a falta de conhecimento mútuo é inclusive reconhecida pelos entrevistados como dificuldade para a integração. Outro estudo também relata a necessidade de conhecimento mútuo entre os profissionais (DIAS *et al.*, 2016).

Diferentemente do que acontece com os trabalhadores, os gestores da VISA e da APS conhecem uns aos outros e participam de espaços de troca de experiências e discussão sobre as atividades desenvolvidas nesses núcleos. Isso demonstra que a conectividade e o conhecimento mútuo entre esses núcleos acontecem apenas no nível da gestão.

A participação de todos os agentes em espaços coletivos tem o potencial de formar vínculos, além de enriquecer as questões discutidas desde a apresentação de outras perspectivas. Somente haverá a colaboração no sentido de tomar decisões em conjunto com o objetivo de resolver problemas comuns quando existirem oportunidades frequentes de encontro entre todos os profissionais em espaços onde as discussões ocorram horizontalmente (D'AMOUR, 2008; BRASIL, 2009). Além disso, a ampla participação de todos os profissionais produz sujeitos ativos nos processos de cuidar e gerir os serviços, modificando o modelo tradicional da administração clássica que se caracteriza por produzir trabalhadores alienados (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Além dos indicadores do modelo de colaboração interorganizacional há instantes citados, consideramos que outros elementos destacados nas entrevistas comprometem a integração entre os núcleos estudados: deficiência na formação em VISA; desconhecimento de que VISA e APS possuem atribuições comuns; ênfase no desenvolvimento de atividades fiscalizatórias; falta de participação dos trabalhadores na elaboração dos planejamentos de cada núcleo.

O contraste entre os entrevistados relativamente à formação para atuar em seus respectivos núcleos demonstra o quanto a VISA não foi significativamente abordada na graduação deles quando comparada à APS. A deficiência na formação em VISA contribui para o desconhecimento dos profissionais da APS sobre uma área que é essencial para a proteção à saúde da população, além de dificultar o seu reconhecimento como componente do campo da saúde que pode contribuir para a garantia da integralidade.

A VISA é uma área multi e interdisciplinar, uma vez que sua atuação abrange todos os serviços e produtos relacionados com a saúde. Assim sendo, os cursos de graduação da saúde deveriam fornecer conhecimentos sobre as atribuições e as atividades relativas a essa área (LEAL; TEIXEIRA, 2009; COSTA; SOUTO, 2001). Constatamos, porém, que as Diretrizes Nacionais Curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, Odontologia e Medicina não citam a VISA como conhecimento requerido para o exercício profissional, ao contrário das diretrizes dos cursos de Farmácia, Nutrição e Medicina Veterinária (BRASIL, 2003; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c; BRASIL, 2001d). Os profissionais que entrevistamos, de um modo geral, se formaram antes da implantação dessas diretrizes, mas não poderíamos deixar chamar atenção para o fato de que nem todas essas regulamentações incluem a VISA como conteúdo obrigatório.

Ao ingressarem na VISA, os entrevistados buscaram formação em especializações e em outros cursos de menor carga horária. Essa busca por formação específica é consequência da deficiência na formação em VISA entre os cursos de graduação da saúde (LEAL; TEIXEIRA, 2009; COSTA; SOUTO, 2001). Por outro lado, a necessidade de qualificação profissional também foi destacada pelos entrevistados da APS, demonstrando a importância da atualização para o pleno desenvolvimento de suas atividades, mesmo que a atuação nesse núcleo tenha sido abordada em seus cursos de graduação. Tanto o PDVISA e como a PNAB reconhecem que os recursos humanos devem estar continuamente qualificados para o desempenho de suas funções (BRASIL 2012; BRASIL, 2007). Assim como no presente estudo, Sales Neto (2013) e Fiúza *et al.* (2012), respectivamente, também constataram a necessidade de cursos entre os trabalhadores de VISA e APS.

A concepção dos profissionais da VISA de que os núcleos estudados possuem atribuições comuns está de acordo com o que é preconizado pelo PDVISA e pela literatura (BRASIL, 2007; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007). Além disso, a noção ampliada das atribuições da VISA expressa por eles demonstra o reconhecimento de que a área de competência desse núcleo não envolve apenas a regulação e o controle de produtos e serviços relacionados com a saúde, corroborando o entendimento de alguns atores (CHAGAS; VILLELA, 2014; COSTA, 2008; CAMPOS 2001). Para esses entrevistados, a VISA atua no amplo e complexo campo da saúde, onde inúmeros fatores influenciam a saúde da população, de sorte que também fazem parte das suas atribuições a promoção da saúde e a educação em saúde.

As noções limitada e errônea que os profissionais da APS têm das atribuições da VISA podem ser justificadas por dois fatores. O primeiro deles é a ausência de formação em VISA, que está, de modo geral, nos cursos de graduação da saúde (LEAL; TEIXEIRA, 2009; COSTA; SOUTO, 2001). Se considerarmos que o reconhecimento das atribuições de um serviço está atrelado também à visibilidade da execução das atividades relacionadas a essas atribuições, podemos apontar como segunda justificativa o trabalho estritamente fiscalizatório realizado pelos profissionais da VISA; ou seja, os profissionais da APS reconhecem as atribuições da VISA como estritamente fiscalizatórias, porque veem os profissionais da VISA realizando apenas atividades de fiscalização. Outro estudo também constatou que o papel da VISA é visto como estritamente fiscalizatório por profissionais da atenção à saúde, no caso, da Rede Cegonha (FERNANDES; VILELA, 2014).

Além disso, defendemos a posição de que esses entendimentos equivocados das atribuições da VISA também comprometem a integração entre os núcleos estudados. Por desconhecerem o fato de que VISA e APS possuem atribuições comuns, os profissionais da APS dificilmente perceberão que podem compartilhar o desenvolvimento de atividades com os profissionais da VISA.

Devemos destacar, também, o fato de que as poucas atividades compartilhadas desenvolvidas e as demais sugeridas pelos profissionais entrevistados são estreitamente relacionadas às atribuições comuns da VISA e da APS. O fato de as primeiras acontecerem de forma pontual e com formalização parcial, ao passo que as demais não são ainda desenvolvidas, demonstra que as atribuições comuns da PNAB, do PDVISA e da idealização dos profissionais do núcleo de VISA estudado não são concretizadas na prática. Esse distanciamento entre o que é formalizado nas políticas e o que é concretamente realizado no campo prático é outra dificuldade que podemos apontar para a integração entre os núcleos

estudados (KALICHMAN; AYRES, 2016; O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

Por outro lado, as atribuições da APS são conhecidas pelos profissionais da VISA e convergem para os relatos dos profissionais da própria APS, em uma perspectiva condizente com a proposta da PNAB (BRASIL, 2012). Isto pode ser explicado pelo fato de que, ante a amplitude e a importância de seus atributos, tais como ser porta de entrada do SUS e coordenadora de toda a atenção à saúde, a APS tem um destaque consideravelmente maior do que a VISA nos cursos de graduação e de educação continuada na área de saúde. Ressaltamos que, na literatura revisada, não encontramos estudos que abordassem as atribuições da APS de acordo com os profissionais da VISA e vice-versa.

Os trabalhadores da VISA consideram que o trabalho desse núcleo é orientado principalmente pela avaliação do risco sanitário em processos, procedimentos, ambientes e produtos durante as inspeções realizadas, seguida da intervenção nos casos em que a saúde da população está ameaçada, assim como é relatado por outro estudo (SILVA; LANA, 2016). Essa concepção do trabalho remonta à definição constitucional de que a VISA atua sobre os riscos à saúde (BRASIL, 1990), envolvendo também experiência profissional fundamentada em saberes científicos e regulamentadores (SILVA; LANA, 2016).

Ênfase no desenvolvimento das atividades específicas de fiscalização no núcleo de VISA dificulta a integração com a APS, na medida em que resta pouco ou nenhum tempo disponível para desenvolvimento das atividades compartilhadas. Os próprios profissionais relatam que a cobrança da gestão pelo desenvolvimento de atividades específicas é uma dificuldade para a integração. Essa atuação eminentemente fiscalizatória contraria a necessidade expressa pelo PDVISA e pela literatura de que deveriam também ser desenvolvidas pela VISA atividades de promoção e educação em saúde, envolvendo a população e os profissionais dos demais núcleos da saúde (CHAGAS; VILLELA, 2014; COSTA, 2008; O'DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007; BRASIL, 2007; COSTA; SOUTO, 2001). Esse direcionamento para atuação eminentemente fiscalizatória explica também a representação punitiva que os profissionais da APS têm da VISA. Somente quando esse último núcleo passar a desenvolver outras atividades em colaboração com a APS, como educação em saúde, a representação punitiva poderá ser reconstituída.

O fato de os trabalhadores reclamarem que não possuem participação ativa na elaboração do planejamento das atividades demonstra uma inadmissível situação na qual os gestores detêm o monopólio do processo de planejamento. Isso contraria a recomendação, tanto do PDVISA quanto da PNAB, de que o planejamento deve acontecer de modo compartilhado com os trabalhadores (BRASIL, 2012; BRASIL, 2007). Essa logística de

planejamento não favorece a integração entre VISA e APS, por não possibilitar, além das atividades que já são planejadas para cada núcleo, a inclusão de outras possibilidades de trabalho que poderiam ser sugeridas pelos trabalhadores. Concordamos com Campos (1999) na ideia de que a centralização da tomada de decisões tende também a estimular o descompromisso e a alienação entre os trabalhadores.

Apesar de termos identificado e discutido vários fatores que interferem na integração entre os núcleos de VISA e de APS, reconhecemos que outros aspectos não abordados neste estudo também podem contribuir, positiva ou negativamente, para o fenômeno estudado, tais como o financiamento das atividades compartilhadas e a competência técnica dos profissionais para executar essas atividades. Outra limitação deste estudo decorre da impossibilidade de comparação de todos os resultados que obtivemos com os de outros estudos, mas isso é decorrente da raridade de estudos que abordem a integração da VISA com outros serviços do SUS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação se propôs compreender a integração entre a VISA e APS de Fortaleza – CE. Constatamos que essa integração é obstaculizada pela falta de conectividade e de conhecimento mútuo entre os trabalhadores, bem como pela formalização parcial das atividades compartilhadas. Outros fatores que também comprometem o relacionamento entre os núcleos são a deficiência formativa em VISA, a ênfase no desenvolvimento de atividades fiscalizatórias e o desconhecimento das atribuições comuns à VISA e à APS.

Esses resultados contrastam com o entendimento da integração como uma colaboração composta por conectividade e conhecimento mútuo entre os profissionais para o desenvolvimento de atividades compartilhadas devidamente formalizadas (D'AMOUR *et al.*, 2008). Por tal afirmação, consideramos que a integração entre os núcleos estudados não está totalmente consolidada, apesar de haver o desenvolvimento compartilhado e esporádico de algumas atividades. Esse problema não diz respeito apenas aos serviços que exploramos no neste estudo, porquanto as atividades da VISA são historicamente desarticuladas das demais práticas de saúde.

Os profissionais reconhecem a importância da integração entre VISA e APS e apontam várias outras atividades que podem passar a ser desenvolvidas compartilhadamente. Essas atividades já são expressas em estudos teóricos, mas consideramos que a relevância do estudo ora relatado é demonstrar que as propostas de compartilhamento de atividades também emergem dos profissionais da VISA e da APS, desde a reflexão deles sobre suas respectivas rotinas de trabalho.

Não podemos deixar de destacar o fato de que a superação dos obstáculos que apresentamos para a integração entre VISA e APS está atrelada mais a mudanças na organização dos processos de cada núcleo e no relacionamento de seus profissionais do que à aquisição de recursos materiais. Com efeito, os resultados deste estudo reforçam a ideia de que a integração entre VISA e APS, além de ser necessária, não demanda grandes investimentos financeiros.

Defendemos a posição segundo a qual a integração entre VISA e APS tem o potencial de trazer muitos benefícios, tanto para esses núcleos quanto para a população. Para a VISA, a integração atende às necessidades que essa área tem de reorientar o seu processo de trabalho ultrapassando a dimensão fiscalizatória, de superar o seu tradicional isolamento e de desconstituir sua representação punitiva perante à população e aos profissionais da atenção à saúde. Para a APS, a integração representa o enriquecimento do processo de territorialização,

com a inclusão do olhar da VISA sobre os riscos sanitários e o apoio necessário na educação em saúde e na promoção da saúde. Para a população, a integração contribui para o empoderamento em relação ao uso de produtos e serviços que podem trazer riscos à saúde.

## 8 RECOMENDAÇÕES

Para caminhar no sentido da integralidade, os gestores dos núcleos da VISA e da APS de Fortaleza – CE precisam aproximar os seus trabalhadores com o objetivo de fomentar a conectividade e o conhecimento mútuo. Isso é possível com a implantação de espaços coletivos, onde os trabalhadores possam estabelecer vínculos, refletir sobre o trabalho desenvolvido, discutir a respeito dos problemas do território onde atuam e propor estratégias de enfrentamento. Desse processo resultará a corresponsabilização dos profissionais para o desenvolvimento compartilhado de atividades que devem ser devidamente formalizadas. Arranjos organizacionais que potencializam a integração entre núcleos são as equipes de referência interdisciplinar e o apoio especializado matricial (CAMPOS, 1999).

A concretização da integração entre VISA e APS também requer que o trabalho da VISA seja ampliado, transpondo a especificidade da dimensão fiscalizatória, possibilitando o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e educação em saúde. Isso pode ser alcançado aplicando-se a cogestão do trabalho, na medida em que essa estratégia tem o potencial de ampliar a capacidade de análise, entendimento e atuação dos profissionais sobre as relações que influenciam a saúde (CAMPOS, G. W. S., 2003).

Considerando o contraste que verificamos relativamente à formação para atuar na VISA e na APS, reforçamos a necessidade de que a deficiência na formação em VISA na graduação seja superada, pois isso contribui para o desconhecimento dos profissionais sobre uma área que é essencial para a proteção à saúde da população, além de dificultar o seu reconhecimento como componente do campo da saúde que pode contribuir para a garantia da integralidade.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, v. 18, sup. 2, p. 11-23, 2009.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária e ESF. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- ARAÚJO DG *et al.* Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. **Saúde Soc São Paulo**, v. 22, n. 4, p.1154-66, 2013.
- ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.4, 2010, p. 2215-2228.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
- BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- \_\_\_\_\_. Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1, p.18055 – 18059.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOBSUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 9.782 de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan. 1999, P. 1.
- \_\_\_\_\_. BRASIL. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**: Relatório Final. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001a.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001, Seção 1, p. 37b.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4 de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001, Seção 1, p. 38c.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 5 de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001, Seção 1, p. 39d.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n° 2 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2002, Seção 1, p. 9a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n° 3 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 mar. 2002, Seção 1, p. 10b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n° 1 de 18 de fevereiro de 2003. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina Veterinária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2003, Seção 1, p. 15.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 1.ed. – Brasília: ANVISA, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2009.

\_\_\_\_\_. Decreto Federal n° 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, 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, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 jul. 2013a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 junho 2013. Seção I, 59 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 12 nov. 2015.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B; TANAKA, O. Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface**, v.16. n. 40, p. 249-259, 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciê. Saúde Col.**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Col.**, v.4, n.2, p. 393-404, 1999.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Col.**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

\_\_\_\_\_. **Vigilância sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde.** In: Cadernos de texto da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária; 26-30 nov 2001; Brasília, Brasil. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paideia.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p. 569-584, 2003.

CARNEIRO, F. F. *et al.* Experiência bem-sucedida no combate do *Aedes aegypti* sem o uso de venenos no sertão cearense. **Vigil. sanit. debate**, v.4, n.2, p. 125-131, 2016.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança.** 2 ed. São Paulo: Hiutec, 2007.

CASTRO, A. L. B; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p 477-506, 2012.

CHAGAS, M. F.; VILLELA, W. V. Vigilância Sanitária e promoção da saúde: apontamentos para além da regulação e controle. **VISA em debate**, v. 2, n. 3, p.30-36, 2014.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentidos para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1417-1423, 2004.

\_\_\_\_\_. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia de Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, p.7-27, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.** Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 de junho de 2013.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde.** 2 ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2004.

\_\_\_\_\_. O trabalhador de Vigilância Sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: COSTA, E.A. org. **Vigilância Sanitária.** Desvendando o enigma. Salvador: Edufba; 2008. p. 77-90.

COSTA, E. A., ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da vigilância sanitária.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000, p. 32-50.

COSTA, E. A.; SOUTO, A. C. Formação de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 25, p. 91-107, 2001.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org. & Demo**. v. 11, n. 1, p.31-46, 2010.

D'AMOUR, *et al.* Model of collaboration among professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv. Res.**, v.8, p. 188-202, 2008.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J. Interprof. Care**, v. 19, sup. 1, p. 8-20, 2005.

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

DE SETA, M. H; SILVA, J. A. A. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA MH, PEPE VLE, OLIVEIRA GO, organizadores. **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 195-217, 2006.

DESCARTES, R. **Discurso do Método**. Coleção Os Pensadores. 2ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

DIAS, M. S. A. *et al.* Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1789-1798, 2016.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 415-37, 2013.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciênc. Saúde Col.**, v. 19, n. 11, p. 4457-66, 2014.

FIÚZA, *et al.* Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 7, n. 24, p. 139-146, 2012.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

\_\_\_\_\_. Amostragem, seleção e acesso. In: FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 43-55.

FORTALEZA. Gabinete do prefeito. Decreto nº 13.106 de 12 de abril de 2013. Dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, CE, 12 abril 2013.

\_\_\_\_\_. Gabinete da Secretária Municipal de Saúde. Portaria nº 136/2015. Estabelece a documentação necessária para emissão de licença sanitária dos estabelecimentos que estão sob fiscalização da vigilância sanitária. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, CE, 26 maio 2015.

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009.

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

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social**. 34.ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

GONZALEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Integralidade na saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciê. Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.757-762, 2010.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl.2, p. 331-336, 2004.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440>. Acesso em: 19 de novembro de 2016.

KALICHMAN, A. O; AYRES, J. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016.

LEAL, C. O. B. S.; TEIXEIRA, C. F. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador - BA, Brasil. **Interface**, v. 13, n. 30, set. 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 out. 2012.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária**. Os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 326f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em BH. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A (Orgs.) **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio Grande do Sul: Edusc, UFRS: IMS/UERJ, 2006.

MACHADO, M. F. A. S *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciê. Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n. 4, p. 682-692, 2010.

MAIA, C.; GUILHEM, D. A política de saúde brasileira: principais debates e desafios e interface desses com a Vigilância Sanitária. **VISA em debate**, v. 3, n. 4, p.30-38, 2015.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO, 2009, p. 43-68.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

\_\_\_\_\_. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G. V. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Revista Emancipação**, v.10, no. 2. p. 435-442, 2010.

\_\_\_\_\_. Da inteligência parcial ao pensamento complexo: desafios da ciência e da sociedade contemporânea. **Política e Sociedade**, v.10, n.19, p.41-56, 2011.

\_\_\_\_\_. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social**. 34.ed. Petrópolis: Vozes, 2015a.

\_\_\_\_\_. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social**. 34.ed. Petrópolis: Vozes, 2015b.

MINAYO, M. C. S.; TORRES, J. J. M. Visão Complexa para uma forma complexa de agir. **VISA em debate**, v. 1, n. 1, p. 17-20, 2013.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro**. 8ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2003.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência**. 8 ed. Rio de Janeiro: BERTRAND, 2005.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. 4ed. Porto Alegre: Sulina, 2011

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 6, n. 6, p. 58-64, 2013.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

- OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.3, 2009, p. 929-936.
- O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.3, 2010, p. 3351-3360.
- O'DWYER, G.; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H.. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, 2007
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century Report to the International Conference**. Organização Mundial da Saúde, 20-23 abril 1997. Halifax, Nova Scotia, Canada.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Atá**, Alma-Atá, 1978. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Integated health services – What and why?** Geneva: WHO; 2008a.
- \_\_\_\_\_. **Primary Health Care**. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008b.
- PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- PINTO, B. K., *et. al.* Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **Rev. Min. Enferm.**, v.16, n.4, p.487-493, 2012.
- PINHO, L. B. *et al.* A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Rev. Eletrônica Enf.**, v. 9, n. 3, p. 835-846, 2007.
- PIOVESAN, M. F. *et al.* Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Rev Bras de Epidemiologia**, v. 8, n.1, 2005, p. 83-95.
- PRIGOGINE, I. Carta para as futuras gerações. Folha de São Paulo, São Paulo, 30 jan. 2000 (Caderno Mais, p.4-7).
- SALES NETO, M. R. **Características e dificuldades do trabalho em Vigilância Sanitária na cidade de Fortaleza-CE**. 2013. 49f. Monografia (Especialização em Vigilância Sanitária) – Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2013.
- SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p.1-15, 2016.
- SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.221-232, 2013.

SILVA-JÚNIOR, A. G. *et al.* Avaliação das redes de atenção à saúde: contribuições da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Organizadores) **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 61-89.

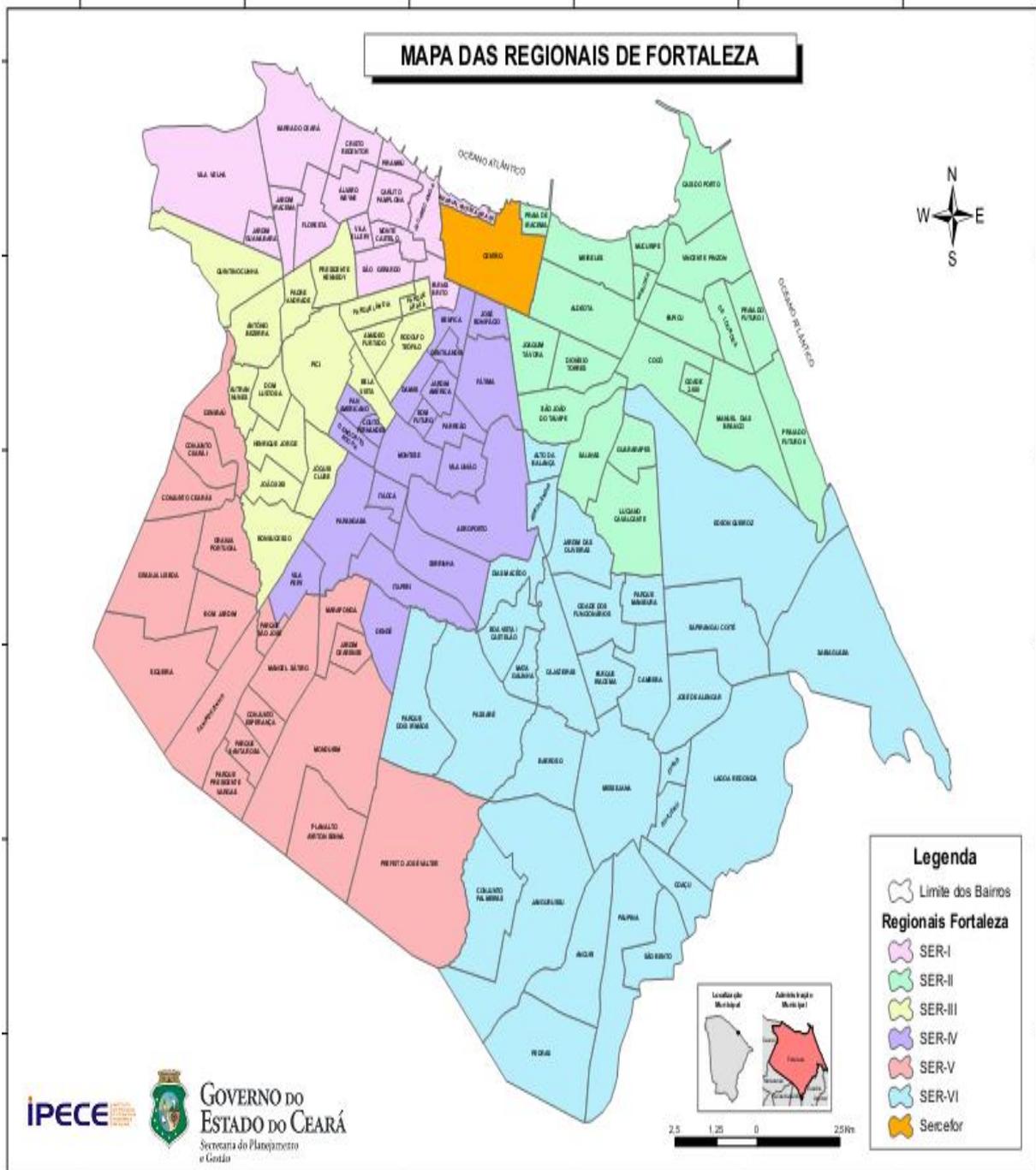
SILVA, A. V. F; LANA, F. G. F. A instrumentalidade nas ações de Vigilância Sanitária em Minas Gerais. **Vigil. sanit. debate**, v.4, n.2, p. 3-12, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VARGAS, I. *et al.* Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, v. 30, p. 705-717, 2015.

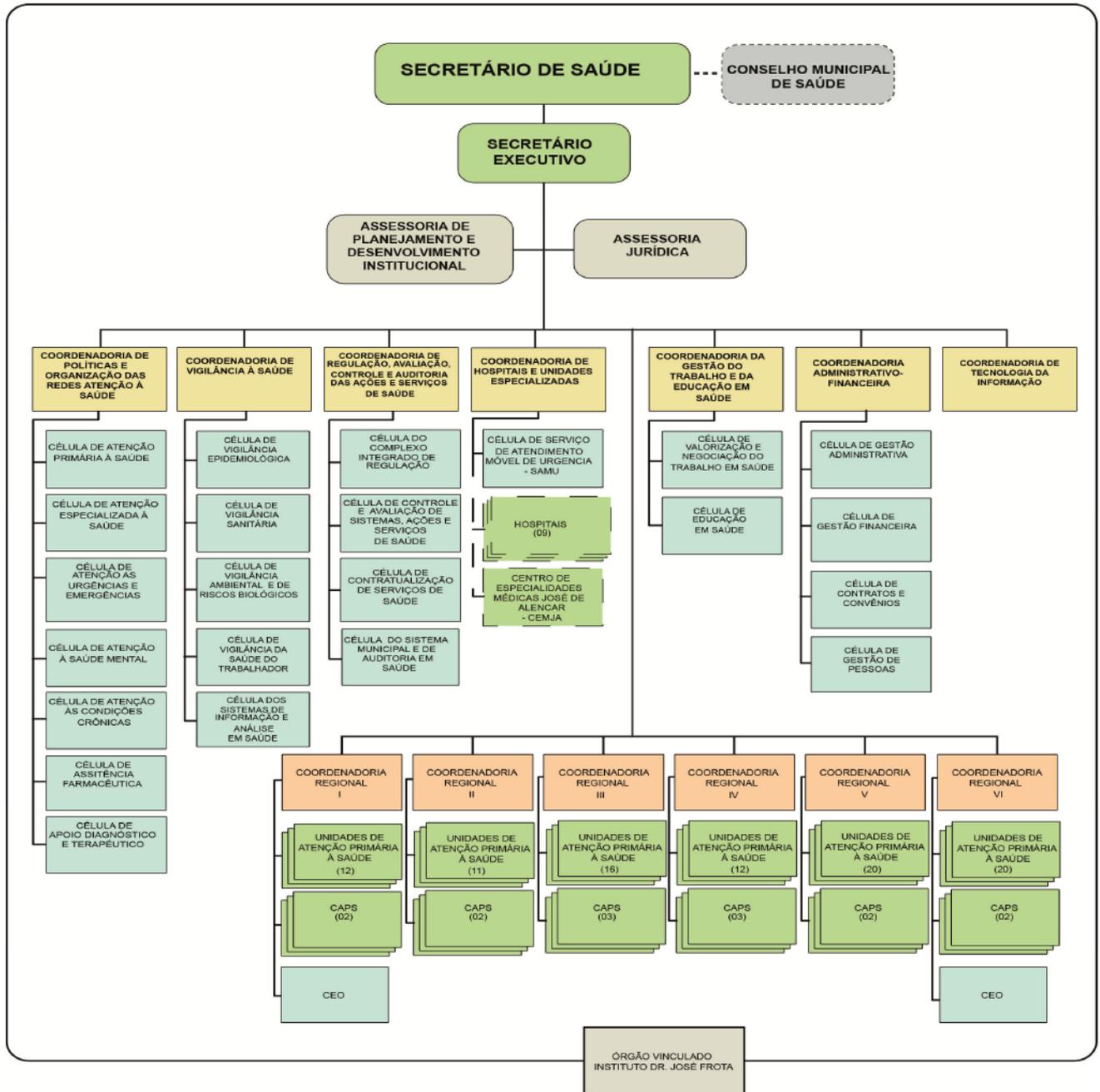
VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **PHYSIS**, v. 15, sup, p. 225-264, 2005.

**ANEXO A – SECRETARIAS REGIONAIS (SR's) DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**



Fonte: [www.ipece.ce.gov.br](http://www.ipece.ce.gov.br)

## ANEXO B – ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA (SMS)



Fonte: Diário Oficial do Município de Fortaleza, publicado em 12 de abril de 2013.

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO EMITIDA PELA  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE  
(COGTES) DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA (SMS)**



**PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

## **DECLARAÇÃO**

Número do Processo: **P699777/2015**

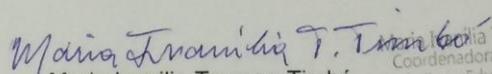
Título do Projeto de Pesquisa: **“INTERSETORIALIDADE ENTRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”.**

Pesquisador (a) Responsável: **MANOEL RIBEIRO DE SALES NETO**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

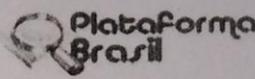
Fortaleza, 1 de Setembro de 2015.

  
Maria Ivanília Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

## ANEXO D – PARECER CONSUBTANCIADO EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ

 Plataforma  
Brasil

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** INTERSETORIALIDADE ENTRE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Pesquisador:** manoel ribeiro de sales neto

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49248715.6.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Farmácia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.292.557

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de Pós-graduação em Ciências farmacêuticas que visa compreender as ações intersetoriais entre VISA e Atenção primária à Saúde (APS) sob a perspectiva dos profissionais de saúde do município de Fortaleza - CE. O conceito ampliado de saúde, incorporado na lei de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), considera que vários determinantes influenciam a saúde da população, já que as dimensões genética, ambiental e cultural contribuem para o processo saúde-doença. Diante dessa perspectiva, a intersetorialidade precisa ser operacionalizada para o atendimento integral às necessidades de saúde da população. A articulação ente a Vigilância Sanitária (VISA) e a Atenção Primária à Saúde (APS) proporciona uma atuação mais efetiva sobre os riscos à saúde da população.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:** Compreenderas ações intersetoriais entre VISA e APS sob a perspectiva dos profissionais de saúde do município Fortaleza-CE.

**Objetivos Específicos:**

I) Caracterizar s profissionais os profissionais de saúde da APS e VISA em relação à formação profissional;

II) Identificar as atribuições intersetoriais intersetoriais intersetoriais entre VISA e APS;

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275

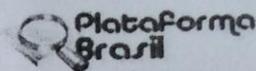
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

Página 01 de 04

**ANEXO D (CONTINUAÇÃO)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.292.557

- III ) Relacionar as dificuldades e facilidades para o desenvolvimento de ações intersetoriais entre VISA e APS;
- IV) Identificar as situações da APS que podem ser objeto de ação da VISA;
- V) Verificar se ações intersetoriais entre VISA e APS são contempladas nos processos de trabalho dos profissionais de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: possibilidade de constrangimento ou desconforto aos participantes da pesquisa, no que se refere à abordagem de suas rotinas profissionais ou de suas formações acadêmicas.

Benefícios: possibilitar uma visão da relação entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde, listando os benefícios decorrentes dessa intersectorialidade; identificar as situações da Atenção Primária de Saúde que podem ser objeto de ação da Vigilância Sanitária; expor as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para operacionalização da intersectorialidade entre Atenção Primária de Saúde e Vigilância Sanitária e relacionar as estratégias utilizadas para essa articulação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo será realizado na cidade de Fortaleza-CE, com os profissionais da APS e da VISA da Secretaria Municipal de Saúde. Na etapa qualitativa, será realizada uma amostragem intencional para seleção dos entrevistados. Serão utilizadas mais de uma técnica para a coleta dos dados na etapa qualitativa desse estudo, uma vez que isso possibilita a construção de uma série de possibilidades de informações sobre uma mesma realidade. Antes das entrevistas e dos grupos focais será aplicado um formulário com perguntas gerais que auxiliará na caracterização dos entrevistados: local de trabalho; tempo de serviço; ocupação de cargo de gestão ou não; forma de ingresso no serviço; cursos de pós-graduação. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os profissionais e gestores da VISA e da APS de cada SR. As entrevistas serão guiadas por um roteiro com perguntas norteadoras sobre as seguintes temáticas: descrição do trabalho executado pela VISA e do papel dela no SUS; a intersectorialidade na área da saúde; conceitos de risco sanitário, educação e promoção da saúde; a intersectorialidade entre VISA e APS; situações do território de atuação do entrevistado que necessitam do trabalho articulado entre VISA e APS; participação do entrevistado em ações intersetoriais entre VISA e APS e as facilidades e as dificuldades encontradas para operacionalizá-las. Também será realizado um grupo focal com profissionais da VISA e outro com os da APS. O roteiro utilizado nos grupos focais contemplará perguntas norteadoras que abordam: o papel da VISA no SUS; entendimento dos entrevistados por atenção integral à saúde; considerações dos participantes sobre a contribuição da VISA para a

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

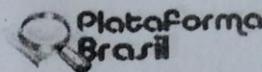
**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

**ANEXO D (CONTINUAÇÃO)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ

Continuação do Parecer: 1.292.557

atenção integral à saúde; desenvolvimento de ações intersetoriais entre VISA e APS e as facilidades e as dificuldades encontradas para operacionalizá-las. As entrevistas e os grupos focais serão previamente agendados com os profissionais e realizadas em seus locais de trabalho, em horários que não comprometam o desempenho de suas rotinas profissionais. Ressalta-se que os áudios das entrevistas e dos grupos focais serão gravados e posteriormente transcritos e que a cada profissional será solicitado que leia a transcrição de sua respectiva entrevista para fins de validação da coleta. A coleta de dados dessa etapa também incluirá a observação participante das ações intersetoriais entre VISA e APS que forem relatadas pelos profissionais entrevistados, tais como: reuniões de planejamento ou avaliação de ações; atividades de educação em saúde com a população ou com os profissionais de saúde; demais atividades da VISA demandadas pela APS. Será utilizado um diário de campo para o registro de como os profissionais da VISA e da APS planejam, executam e avaliam as ações intersetoriais. Já a etapa quantitativa será realizada utilizando um questionário auto aplicado contendo 17 questões fechadas que abordam os seguintes aspectos: características do profissional (local de trabalho; sexo; idade; tempo de serviço), qualificação profissional (nível de escolaridade; área da pós-graduação; participação em cursos ou capacitações em VISA e em APS no último ano; aptidão para identificar riscos sanitários; aptidão para realizar educação em saúde com a população; necessidade de capacitações em VISA; conhecimento da legislação sanitária) e processos de trabalho (participação em ações intersetoriais entre VISA e APS; identificação de situações que necessitavam dessas ações articuladas; consideração sobre a contribuição da VISA no contexto da APS). Esse questionário será aplicado a todos os profissionais da VISA e da APS que aceitarem participar do estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados de forma adequada: folha de rosto, autorização do responsável pela Secretaria de Saúde, carta de encaminhamento, cronograma, orçamento, anuência dos pesquisadores e TCLE

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE

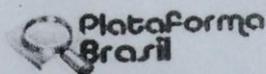
**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**Fax:** (85)3223-2903

**E-mail:** comepe@ufc.br

## ANEXO D (CONTINUAÇÃO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPEAQ

Continuação do Parecer: 1.292.557

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_558456.pdf	15/09/2015 20:47:07		Aceito
Outros	cartadesolicitacao.pdf	15/09/2015 20:46:12	manoel ribeiro de sales neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/09/2015 09:06:05	manoel ribeiro de sales neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_concord_manoel.pdf	12/09/2015 09:01:37	manoel ribeiro de sales neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_concord_karol.pdf	12/09/2015 09:01:16	manoel ribeiro de sales neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_concord_eneylandia.pdf	12/09/2015 09:00:50	manoel ribeiro de sales neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_revisao04_plataformabrasil.pdf	12/09/2015 08:58:14	manoel ribeiro de sales neto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeanuencia_COGTES_SMS.pdf	12/09/2015 08:57:04	manoel ribeiro de sales neto	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto_UFC.pdf	12/09/2015 08:54:42	manoel ribeiro de sales neto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 22 de Outubro de 2015

Assinado por:

**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

## ANEXO E – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO GRAMATICAL E ESTILÍSTICA



### ACADEMIA CEARENSE DA LÍNGUA PORTUGUESA

DVLCISONAM ET CANORAM LINGVAM CANO

Declara-se, para constituir prova junto ao (à) PROG. PÓS-GRAD. EM CIÊNCIAS FARMACÉUTICAS  
do (da) FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM DA U.F.C.,  
que, por intermédio do acadêmico titular infra-assinado, foi procedida à correção gramatical e estilística  
do (da) DSSERT. DE MESTRADO intitulado (da) "TODOS BUSCAMOS A MELHORIA  
DA SAÚDE, MAS TRABALHAMOS INDIVIDUAMENTE: FUT. ENTRE VIG. SAN. E AT. PRIM. A SAÍDE",  
da autoria de MANCELO RIBEIRO DE SALES NETO,  
orientado (a) pelo (a) PROF.ª DR.ª ANA PAULA SOARES GONDIM,  
razão por que se firma a presente, a fim de que surta os efeitos legais, nos termos do novo Acordo Orto-  
gráfico Lusófono, vigente desde 01.01.2009.

Fortaleza (CE), 03 de Janeiro de 2017

Prof. Vianney Mesquita  
Reg. Profissional  
CE 00489 JP

Prof. João VIANNEY Campos de MESQUITA  
Acadêmico Titular da Cadeira número 37 da ACLP.  
Escritor e docente Adjunto IV da Universidade Federal do Ceará  
Reg. Prof. MTE00489JP.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES E GESTORES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

1. Fale-me sobre sua formação profissional, desde sua graduação até o presente momento.
2. Comente a respeito do trabalho da Vigilância Sanitária.
3. Fale-me sobre as atribuições da Vigilância Sanitária.
4. Discorra, por favor, a respeito do processo de planejamento das ações da Vigilância Sanitária.
5. Comente sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no território sobre o qual você atua.
6. Fale-me sobre as atribuições da Atenção Primária à Saúde.
7. Fale-me, por favor, das ações desenvolvidas com a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde que tem ou que tiveram sua participação.
8. Aponte as facilidades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária de Saúde.
9. Aponte as dificuldades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária de Saúde.

**APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES E GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

1. Fale-me sobre sua formação profissional, desde sua graduação até o presente momento.
2. Comente a respeito do trabalho da Atenção Primária à Saúde.
3. Fale-me sobre as atribuições da Atenção Primária à Saúde.
4. Discorra, por favor, a respeito do processo de planejamento das ações da Atenção Primária à Saúde.
5. Comente sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais da Vigilância Sanitária.
6. Fale-me sobre as atribuições da Vigilância Sanitária.
7. Fale-me, por favor, sobre as ações desenvolvidas com a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde que tem ou que tiveram sua participação.
8. Aponte as facilidades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária de Saúde.
9. Aponte as dificuldades para a integração entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária de Saúde.

**APÊNDICE C – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO**

Número da entrevista _____ Data ____/____/____
<b>CARACTERÍSTICAS PESSOAIS</b>
<b>Idade:</b> _____ anos
<b>Assinale o seu nível de escolaridade</b>
(    ) Médio
(    ) Superior
(    ) Mestrado
(    ) Doutorado
<b>CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS</b>
<b>Assinale o núcleo ao qual pertence</b>
(    ) Vigilância Sanitária
(    ) Estratégia Saúde da Família
<b>Em seu local de trabalho atua como</b>
(    ) Trabalhador (a)
(    ) Gestor (a)
<b>Informe o seu cargo</b>
_____
<b>Informe o tempo de serviço no seu local de trabalho atual</b>
_____ anos

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Data: ___/___/___    Hora: ___:___    Local: _____  Tipo de atividade: _____
<b>Ambiente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conteúdo e localização dos itens no espaço.</li> <li>- Relação das pessoas com o espaço.</li> <li>- Distância / proximidade das pessoas num dado espaço.</li> <li>- Modificações na espacialidade ao longo da observação.</li> </ul>
<b>Comportamento e relacionamento das pessoas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura corporal.</li> <li>- Contato visual.</li> <li>- Toques.</li> <li>- Como os informantes se relacionam.</li> <li>- Tom de voz utilizado para comunicação.</li> </ul>
<b>Atividade desenvolvida</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sequência dos processos que compõem a atividade.</li> <li>- Instrumentos utilizados nos processos.</li> <li>- Avaliação da atividade.</li> </ul>

## APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Venho convidá-lo(a) para participar, como voluntário(a), na pesquisa intitulada “INTERSETORIALIDADE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, realizada de dezembro de 2015 a julho de 2016, cujo objetivo é compreender as ações intersetoriais entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde do Município de Fortaleza-CE, tendo como finalidade fortalecer a relação entre Atenção Primária de Saúde e Vigilância Sanitária. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final desse documento. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição.

Deste modo, venho convidá-lo (a) para participar da pesquisa, disponibilizando os seus dados. Assim, tornar ciente a necessidade de coletar, por entrevista, grupo focal, observação participante e questionário informações confidenciais sobre suas características de formação profissional; como você atua no seu local de trabalho e sua percepção sobre ações de Vigilância Sanitária no contexto da Atenção Primária de Saúde. Esclareço também que:

- 1) as informações coletadas serão somente utilizadas para os objetivos da respectiva pesquisa. Na etapa qualitativa desta pesquisa, serão utilizados gravadores e formulários para coletar as informações das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais, bem como diário de campo para registro das informações das observações participantes. As gravações ocorrerão somente nos momentos das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais, com duração aproximada de 50 minutos. Na etapa quantitativa desta pesquisa, será utilizado um questionário para coletar as informações;
- 2) que o (a) senhor (a) ou responsável tem liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa;
- 3) as informações coletadas ficarão em sigilo e que seu anonimato será preservado;
- 4) não haverá nenhum pagamento em dinheiro ou premiação por sua participação na pesquisa;
- 5) a pesquisa apresenta os riscos de possibilidade de constrangimento ou desconforto aos participantes da pesquisa, no que se refere à abordagem de suas rotinas profissionais ou de suas formações acadêmicas.

A pesquisa trata os seguintes benefícios: possibilitar uma visão da relação entre Vigilância Sanitária e Atenção Primária à Saúde, listando os benefícios decorrentes dessa intersectorialidade; identificar as situações da Atenção Primária à Saúde que podem ser objeto de ação da Vigilância Sanitária; expor as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para operacionalização da intersectorialidade da Atenção Primária à Saúde com a Vigilância Sanitária e relacionar as estratégias utilizadas para essa articulação.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, sinta-se à vontade para entrar em contato com o pesquisador principal no endereço:

Nome: Manoel Ribeiro de Sales Neto Endereço: Rua Frei Vicente do Salvador, 720, Montese, Fortaleza-CE. Telefone: (85) 98764-3100.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador(a)

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - Rua Coronel Nunes de Melo, 1000. Fone: (85) 3366-8344. Enfatizo que sua participação será de extrema importância para a pesquisa.

**Dados do participante:**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone para o contato: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Consentimento Pós – Esclarecimento**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar da etapa qualitativa da pesquisa “INTERSETORIALIDADE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, onde fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) sobre a pesquisa e seus procedimentos. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer dano ou penalidade.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha – 01

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha – 02

**APÊNDICE F - CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. FORTALEZA, 2016.**

Categoria	Número da entrevista	Sexo	Idade (anos)	Nível de escolaridade	Tempo de serviço no cargo atual (anos)
Trabalhadores	01	Feminino	30	Mestrado	3
	02	Feminino	31	Mestrado	5
	03	Feminino	35	Especialização	5
	04	Feminino	34	Especialização	4
	05	Feminino	38	Doutorado	5
	07	Masculino	35	Mestrado	5
	08	Feminino	39	Especialização	5
	12	Feminino	45	Especialização	5
	17	Masculino	34	Especialização	3
	22	Masculino	48	Especialização	3
	23	Feminino	34	Especialização	3
	24	Feminino	46	Especialização	5
	25	Masculino	44	Especialização	5
	26	Feminino	38	Especialização	5
	27	Feminino	63	Médio	30
	28	Feminino	31	Mestrado	5
	35	Masculino	43	Mestrado	3
42	Feminino	38	Mestrado	5	
44	Masculino	62	Médio	38	
Gestores	06	Feminino	39	Especialização	2
	09	Feminino	45	Mestrado	4
	13	Masculino	37	Especialização	5
	14	Feminino	30	Especialização	6
	15	Feminino	38	Especialização	11
	16	Feminino	39	Especialização	12
	34	Masculino	33	Especialização	1

**APÊNDICE G - CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. FORTALEZA, 2016.**

Categoria	Número da entrevista	Sexo	Idade (anos)	Nível de escolaridade	Tempo de serviço no cargo atual (anos)
Trabalhadores	18	Feminino	27	Especialização	2
	21	Feminino	47	Especialização	15
	32	Feminino	53	Especialização	13
	37	Masculino	48	Mestrado	10
	38	Masculino	49	Médio	1
	39	Feminino	37	Superior	1
	40	Feminino	36	Especialização	4
	41	Feminino	35	Especialização	10
Gestores	43	Masculino	49	Médio	25
	10	Feminino	45	Especialização	2
	11	Feminino	40	Especialização	3
	19	Masculino	42	Especialização	3
	20	Feminino	47	Mestrado	12
	29	Feminino	40	Especialização	2
	30	Feminino	49	Especialização	10
	31	Masculino	38	Especialização	3
33	Feminino	40	Especialização	5	
36	Feminino	46	Doutorado	3	