ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MIRTYS VIVIANNE PEDROZA LOPES

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL COMO FERRAMENTA PARA IMPULSIONAR A INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CALÇADO/PE.

Calçado
2017

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MIRTYS VIVIANNE PEDROZA LOPES

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL COMO FERRAMENTA PARA IMPULSIONAR A INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CALÇADO/PE.

Projeto de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Dra. Mércia Maria Rodrigues Alves

Calçado
2017

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

L864p Lopes, Mirtys Viviane Pedroza.

Planejamento estratégico situacional como ferramenta para impulsionar a integração entre vigilância em saúde e atenção básica no município de Calçado – PE. Garanhuns, 2017.
54f.:Il.

Orientador (a): Mércia Maria Rodrigues Alves.
Projeto de Intervenção (Curso de Especialização em Saúde Pública) –
Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

1. Planejamento Estratégico Situacional. 2. Vigilância em Saúde 3. Atenção Básica - Integração. I. Título.

ESPPE / BNC CDU – 35.077:614(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

RESUMO

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, já a Atenção Básica é definida como um conjunto de ações coletivas e/ou individuais que contemplam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, desta forma, fica clara a importância de desenvolver estratégias que fomentem a articulação entre esses setores. O trabalho trata-se de um Projeto de Intervenção que tem por finalidade utilizar o Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta para impulsionar a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no município de Calçado/PE. Valorizando a educação permanente e a gestão compartilhada, busca-se articular as ações e melhorar o fluxo de informações na rede de atenção à saúde e, consequentemente, o serviço ofertado a população. Além disso, a articulação entre os setores também tem por finalidade melhorar os indicadores e metas estipulados pelo Ministério da Saúde no que diz respeito ao repasse de incentivos financeiros para o município.

Palavras-chaves: Planejamento Estratégico Situacional, Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Integração.

LISTA DE SIGLAS

AB: Atenção Básica
ACE: Agente de Combate às Endemias
ACS: Agente comunitário de Saúde
DATASUS: Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ESB: Equipe Saúde Bucal
ESF: Estratégia Saúde da Família
E-SUS: Estratégia do Sistema Único de Saúde
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PES: Planejamento Estratégico Situacional
PFVS: Piso Fixo de Vigilância em Saúde
PI: Projeto de Intervenção
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNI: Programa Nacional de Imunização
PQA-VS: Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PVVS: Piso Variável de Vigilância em Saúde
RH: Recursos Humanos
SAI-SUS: Sistema Ambulatorial de Informação do Sistema Único de Saúde
SIA: Sistema de Informação Ambulatorial
SIH: Sistema de Informação Hospitalar
SIM: Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC: Sistema de Informação Nascidos Vivos
SIS PACTO: Sistema Pactuação das Diretrizes
SISCAN: Sistema de Informação d Câncer
SUS: Sistema Único de Saúde
UBS: Unidade Básica de Saúde
VE: Vigilância Epidemiológica
VS: Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Plano de ação.....**26**
Quadro 2: Cronograma **34**
Quadro 3: Materiais necessários **36**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 8
2. JUSTIFICATIVA 10
3. OBJETIVOS 12
3.1 OBJETIVO GERAL **.....12**
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS **.....12**
4. REVISÃO DE LITERATURA.....13
5. CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO 21
5.1 TIPO DE ESTUDO **.....21**
5.2 LOCAL DA INTERVENÇÃO **.....21**
5.3 PROCESSO/ATIVIDADE**.....22**
5.4 PERÍODO **.....23**
5.5 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO **.....23**
5.6 COLETA E DESCRIÇÃO DOS DADOS NECESSÁRIOS **.....29**
5.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO **.....29**
6. RESULTADOS PARCIAIS 30
7. RESULTADOS ESPERADOS.....31
8. VIABILIDADE 32
9. CRONOGRAMA 33
10. ORÇAMENTO 36
11. FINANCIAMENTO 37
REFERÊNCIAS.....38
APÊNDICE A – MAPAS INTELIGENTES DAS UBS 43
APÊNDICE B – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS UBS 46
APÊNDICE C – PROGRAMAÇÃO INTEGRADA MENSAL 48
APÊNDICE D – SALA DE SITUAÇÃO – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA 49
APÊNDICE E – REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS ATIVIDADES REALIZADAS 50
ANEXO – CARTA DE ANUÊNCIA 54

1 INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde (VS) tem como objetivo a análise permanente e observação da situação de saúde coletiva e individual, compreende um conjunto de ações que buscam controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção (BRASIL, 2010).

Já a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações coletivas e/ou individuais que contemplam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, tendo como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

As práticas relacionadas à Vigilância em Saúde estão presentes no dia a dia das Equipes de Saúde da Família (ESF). São elas: vacinação (vacinação rotineira da população adscrita, bloqueios vacinais em casos necessários); diagnóstico, notificação e tratamento de agravos de interesse da VS (tuberculose, hanseníase, infecções sexualmente transmissíveis (IST's), doenças vetoriais, entre outras); Vigilância Ambiental (identificação de medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde); ações de promoção à saúde (SOUZA; GUEDES, 2013)

Para Teixeira e Paim (2000) a qualidade da assistência à saúde depende de um planejamento e programação com poderes compartilhados com uma articulação de interesses, saberes e práticas de organização que destaquem uma operacionalização com propostas inovadoras. Uma das propostas relatada é a junção da VS com AB, no trabalho de promoção a saúde.

Segundo Vilasboas (2004) a integração entre os serviços ainda é um desafio para o SUS, entretanto, a busca da melhoria do processo de trabalho da VS, através de ações articuladas e integradas, deve ser uma constante no dia a dia dos profissionais da saúde. Em sua intervenção, Bileski et al. (2014), propôs promover a integração da VS e AB através da inserção do projeto Educanvisa nas atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), utilizando os Núcleos de Saúde Coletiva como

espaço de articulação, buscando a integralidade do cuidado e favorecendo a melhoria da qualidade de vida da população.

Nas Diretrizes para integração entre VS e AB propostas por Teixeira e Vilasbôas (2008), é visto que a organização do processo de trabalho, promoção da saúde, territorialização, planejamento e educação permanente são diretrizes fundamentais para o desenvolvimento de ações que visem a integração dos setores.

Partindo desta explanação o projeto de intervenção busca implementar a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no município de Calçado através do desenvolvimento de ações baseadas no Planejamento Estratégico Situacional - PES, tendo como uma das principais ferramentas a gestão compartilhada e educação permanente, inserindo os profissionais da ponta que executam as ações na fase de planejamento, promovendo a troca de informações entre VS e AB. O mesmo prevê a criação de programações integradas de educação, promoção e prevenção baseadas no perfil sanitário e epidemiológico do município. Bem como, a elaboração de fluxogramas de informações entre AB e VE, afinal, sabemos que este fator interfere diretamente nas ações realizadas de forma oportuna.

Para real efetivação das ações se faz necessário a utilização da educação permanente como ferramenta de alto potencial transformador, sendo assim, a intervenção também pretende fortalecer a estratégia de educação permanente na rede de atenção à saúde com intuito de qualificar os profissionais e as ações. A intervenção poderá ajudar a minimizar as falhas de comunicação entre os setores, melhorando assim a integração e qualificando a rede de atenção à saúde?

2 JUSTIFICATIVA

Para Hatz e Contandriopoulos (2004) as ações recomendadas para a interação da Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica são voltadas para a organização do processo de trabalho; deve-se descentralizar os programas da VE para AB, definir fluxo de atenção e gestão, definir papéis e responsabilidade de todos os membros da equipe, definir o fluxo da rede, elaborar protocolos clínicos integrados, vincular os agentes da vigilância em saúde a UBS, realizar análise da situação de saúde por meio dos sistema SISFAD\E-SUS\SIM\SINAN\SINASC\SIA\SIH, entre outros.

Um dos principais nós críticos verificados no trabalho desenvolvido em rede é a falha na comunicação. De acordo com Ferraz (1999) e Spagnol (2000) a maioria das instituições ainda trabalham com o modelo de gestão baseado nos princípios da Abordagem Clássica da Administração, pautado no poder de mando-subordinação, o processo de comunicação deixa a desejar e ocorre na maioria das vezes verticalmente, no sentido descendente, sob forma de ordem e não de orientação. Esse modelo interfere diretamente no sucesso das ações planejadas, visto que, o profissional não participa do processo de construção e planejamento.

Podemos citar como exemplo claro da necessidade de integração e consequente melhoria da comunicação entre os setores o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). O mesmo compõe um conjunto de inciativas do Ministério da saúde que busca fortalecer as ações, aperfeiçoar o SUS e garantir o acesso integral a ações e serviços de qualidade. Criado pela Portaria nº 1.378/GM/MS, de 09 de julho de 2013, e regulamentado pelas Portarias nº 1.708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013, e nº 2.778/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014 ele é considerado um marco por reunir compromissos e responsabilidades das três esferas do governo, além de ser um importante marcador de integração entre VS e AB por necessitar, obrigatoriamente, da ação integrada entre os dois setores para que as metas sejam atingidas.

Ao observarmos as metas e indicadores verificamos que para obter êxito no alcance dos mesmos é necessário que os setores de VS e AB trabalhem articulados e planejem suas ações de forma conjunta, trocando dados e utilizando o sistema, banco de dados, como seu principal aliado. Um fator essencial para que isso seja

alcançado é a melhora na comunicação entre os pontos da rede. Criando fluxos e definindo planos a partir de momentos de integração, onde os profissionais participem da construção (gestão compartilhada).

Na primeira parcial do PQAVS referente ao ano de 2016 o município de Calçado alcançou apenas 5 metas dos 15 indicadores analisados. Entre as metas que deixaram a desejar estão: Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI); Número de testes de sífilis por gestante; Número de testes de HIV realizado (aumento de 15%). Verificamos em todos eles a necessidade do trabalhado de forma conjunta entre a VS e a AB. Permanecendo assim, o mesmo alcança apenas 75% do valor total do incentivo que corresponde a 20% do PFVS de cada município.

Outro exemplo que pode ser citado, agora no âmbito da atenção básica, é a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP), criada pela Portaria nº 640/SES-PE, de 22 de novembro de 2011, que institui o Piso Estadual da Atenção Primária à Saúde e o Incentivo Estadual da Atenção Primária à Saúde por Desempenho Municipal e Portaria nº 108/SES-PE, de 06 de março de 2012, que estabelece os indicadores de desempenho municipal da Atenção Primária à Saúde e suas respectivas formas de cálculo e parâmetros de avaliação. Observamos que os indicadores de desempenho possuem atividades desenvolvidas de forma conjunta com a Vigilância em Saúde. Por exemplo, proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil investigados e proporção de óbitos infantis investigados.

Diante do exposto fica evidente a necessidade do desenvolvimento de estratégias voltadas para o fortalecimento da integração na rede de atenção à saúde, neste caso, entre AB e VS. Sendo assim, o projeto sugere criação de mecanismos voltados para aproximação dos profissionais, bem como, definição de fluxos e valorização da educação permanente no município, tendo como foco a melhoria na comunicação na rede e a qualidade do serviço ofertado a população. Além de ser nítida a necessidade de estimular a integração, diante dos fatores analisados como governabilidade do grupo condutor, recursos financeiros escassos, indicadores municipais (PQAVS, PFAPE, SISPACTO, entre outros), optou-se por desenvolver um Projeto de Intervenção que utiliza como principal ferramenta o Planejamento Estratégico Situacional proposto por Matus (1989;1993).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Utilizar o Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta para impulsionar a integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica no município de Calçado/PE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Detectar os principais nós críticos que estão envolvidos na falha da articulação entre os setores de VS e AB;
- Promover a troca de informações entre os setores de AB e VS com intuito de programar ações de acordo com o perfil sanitário e epidemiológico do município;
- Monitorar e avaliar a Intervenção semestralmente.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Um dos maiores marcos da saúde brasileira é o que chamamos de Reforma Sanitária, o movimento nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início dos anos 70. A expressão usada se refere ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde, essas mudanças estavam voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população de forma integral (MOREIRA et al., 2016).

O processo de Reforma Sanitária teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (ALBUQUERQUE; CARVALHO; LIMA,2002).

Conforme o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A constituição Federal de 1988 em seu artigo 198 define que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, de acordo com as diretrizes: I-descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II-atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III-participação da comunidade.” Ficando claro o papel das ações realizadas de forma integral. É impossível promover com qualidade serviços de promoção, proteção e recuperação de forma isolada.

Se tratando da integralidade nos serviços, a conhecida como Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes reafirma a importância das ações serem realizadas de forma integrada quando define como uma das diretrizes do SUS a “integralidade de assistência, entendida como 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”.

Publicada em março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estipula o atendimento à saúde da população de forma integral como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde, sendo assim, este espaço torna-se privilegiado para as práticas de vigilância em saúde. A partir da definição do perfil epidemiológico das áreas de abrangência das unidades básicas é possível a identificação de problemas, seus possíveis determinantes e condicionantes.

Esses conhecimentos são de suma importância para execução articulada das ações de proteção, promoção e recuperação da saúde. Sendo assim, corroborando com o evidenciado por Oliveira (2008), as ações de Vigilância em Saúde são executadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde – SUS, desta forma, a integralidade da atenção à saúde da população é garantida.

Ainda se tratando do arcabouço jurídico, a Portaria n. 1.378, de 09 de julho de 2013 que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pelas três esferas do governo, também reafirma a necessidade da integração na rede de atenção à saúde quando afirma que a VS constituí um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados e suas ações são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população.

Segundo Teixeira (2001), entre as principais propostas de mudança na organização das práticas de saúde, na busca de um modelo de atenção integral à saúde dos indivíduos, encontra-se a vigilância da saúde, que propõe uma transformação do saber e das práticas sanitárias por meio da redefinição do objeto, da reorientação do processo de trabalho e da reorganização dos serviços de saúde.

A Vigilância em Saúde, tem como objetivo análise permanente da situação de saúde da população, composta pelas ações de promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção. Deve estar inserida cotidianamente na prática das equipes de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

Segundo Oliveira e Casanova (2009), Vigilância em Saúde veio para ocasionar uma remodelação da atenção à saúde, deixando de fazer uma análise

situacional da saúde do indivíduo para fazer uma análise de saúde do coletivo. O olhar estará sempre visando a saúde e não mais focado na doença. Após esta análise será definido problemas que acometem a população para assim integrar e organizar as ações de proteção e promoção a saúde.

Sendo assim, a Vigilância em Saúde tem por finalidade a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se com a Atenção básica em um conjunto de ações destinadas a controlar, riscos e danos à saúde da população que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde como um todo, sendo a AB a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Andrade et al. (2015) também confirma esta visão da Vigilância em Saúde e acrescenta que o foco da VS está no cuidado e que todas essas ações já citadas acima precisam ser implementadas de acordo com os princípios do SUS.

No Brasil, há mais de duas décadas de experimentação da Estratégia de Saúde da Família, têm sido verificados problemas que apontam para as questões estruturais, a exemplo do financiamento insuficiente, da ausência de política de pessoal, da coexistência de modelo de unidades básicas, de fato, no ordenador e organizador do sistema de saúde. Além disto, tem sido apontado para a necessidade de se alterar a gestão, processos de organização do trabalho das equipes, superando assim a tradicional organização por profissões. Consequentemente avançando-se na experimentação de trabalho em equipe interdisciplinar (BRASIL, 2010).

Para a integralidade do cuidado, fazem-se necessárias mudanças na organização do processo de trabalho em saúde, passando a Atenção Básica a ser o lócus principal de desenvolvimento dessas ações. Tendo em vista a multiplicidade de aspectos e esferas que condicionam e determinam os estados de saúde de uma população, é fundamental que a AB organize seu processo de trabalho tendo em vista a territorialidade, principal pilar da VS (OLIVEIRA E CASANOVA, 2009; FREITAS, 2003).

Segundo Souza (2015), é preciso considerar que, nos serviços de AB, a forma de arranjo das ações de saúde permanece pautada nos chamados programas

especiais, instrumentos prescritivos e afinados com a centralidade dos aspectos biológicos que, ao priorizarem o enfoque de risco, geram a fragmentação das ações sem que consigam organizar e instrumentalizar práticas de vigilância da saúde nos serviços.

Não se pode desconsiderar que esses programas de saúde obtiveram progressos significativos, os quais se refletem na melhoria de determinados indicadores sanitários. Porém, por serem dirigidos a grupos ou a problemas específicos, trabalham de forma isolada e invariante, cada qual para sua área de conhecimento, ofertando cardápios fixos para sua coorte de pacientes como se os mesmos não mudassem nunca. Torna-se imprescindível que se desenvolva uma abordagem diferenciada dessa forma de intervenção comumente utilizada na saúde pública, na qual se promova a inclusão do conjunto da população e não de grupos programáticos (SOUZA et al., 2003-2004).

Segundo Brasil (2008) Apesar dos avanços na organização da AB e a descentralização das ações de Vigilância em Saúde, ainda persistem problemas referentes à gestão e organização dos serviços de saúde que dificultam a efetiva integração da AB e a VS. Para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos problemas de saúde-doença da comunidade, onde as ações de VS devem estar incorporadas no cotidiano das equipes de AB.

Os diferentes profissionais das equipes de saúde da AB têm importante papel e contribuição nas ações de Vigilância em Saúde. As atribuições específicas dos profissionais da AB, já estão definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No modelo proposto pela vigilância, os profissionais não precisam necessariamente dominar todo o conhecimento sobre determinado problema ou agravo em saúde, mas devem, sim, ampliar e redefinir as ações, integrando saberes e práticas das diversas áreas, em caráter complementar, por meio de uma visão abrangente e uma ação integral (CAMPOS, 2003).

A equipe deve ser multidisciplinar e passar por constantes capacitações. Os programas de capacitação para os profissionais envolvidos e para toda comunidade, que de forma indireta também se faz vigilante, devem ser desenvolvidos. Um dos princípios que se destaca é a intersetorialidade, a elaboração de análises e ideias. As ações de saúde deverão ter como base as necessidades percebidas dos usuários em suas dimensões biopsicossociais e ser concebidas como práticas de

saúde, ou seja, uma prática social articulada com a totalidade social (SILVA JUNIOR, 2003).

Oliveira e Casanova (2009) conclui seu trabalho afirmando que é necessário mais que uma interação entre a VS e AB, mas, a AB deveria seguir o modelo já utilizado pela Vigilância em Saúde, em que está direcionada para a saúde da população e deixar de ser direcionada para atenção a doença.

Como estratégia de integração, a utilização de um Núcleo de Saúde Coletiva foi proposto por Bileski et al., (2014), para atuar como espaço integrador e articulador, que sirva para planejar e monitorar todas as ações propostas e realizadas pelos grupos envolvidos na rede, como profissionais da vigilância em saúde, das unidades de saúde, entre outros.

Observou-se também que existe uma fragmentação dos serviços de saúde por parte da corresponsabilidade da gestão e falha na comunicação. De acordo com Kurcgant et al. (1991), comunicar é entendido como o processo de transmitir informações de pessoa para pessoa. Essa transmissão pode acontecer através da fala, da escrita, de imagens e sons, entre outros. Independente da forma, o objetivo é único, gerar conhecimentos.

A gestão integrada a redes de atenção à saúde deve ultrapassar os muros das instituições e permearem toda a rede, e não, estar fragmentada numa característica de gestão isolada, como foi evidenciado no estudo. A gestão da rede de atenção tem que configurar-se numa governança sistêmica que interage com a AB, com os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede (ANDRADE, 2013).

Esta desarticulação entre os setores é evidenciada por Lavras (2011) e é recomendado que a saúde pública brasileira tenha uma profunda mudança, na busca de um desenvolvimento que impulsione um trabalho integrado entres os profissionais de saúde. Esta integração é recomendada para as três instâncias de gestão, articulando os setores, contribuindo para uma valorização do profissional e das equipes multiprofissionais que articulam seus serviços em seus diferentes setores.

No modelo de gestão descendente onde, na maioria das vezes, a comunicação ocorre de forma verticalizada as pessoas as pessoas não são ouvidas e as decisões se tornam de baixa qualidade, uma vez que são baseadas em poucas

informações, geralmente incompletas e incorretas, além de apresentar um fluxo distorcido e demorado (MORAIS, 2001). De acordo com Bernardes (2005) e Bernardes et al, (2008) nos modelos de gestão mais contemporâneos, baseados em estruturas flexíveis, descentralizadas e ligado à responsabilização dos envolvidos, deve-se pensar menos intensivamente em comunicação vertical e, prioritariamente, em comunicação horizontal ou lateral.

De acordo com a pesquisa feita por Andrade (2013), alguns aspectos contribuem para a desarticulação entres os setores, como por exemplo: a não responsabilização dos serviços e profissionais pelo usuário; dificuldade na articulação entre a atenção primaria à saúde; e deficiência de comunicação entre os serviços. Esses pontos foram observados por profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar em diferentes âmbitos da rede de atenção à saúde.

Ainda se tratando da importância da articulação e comunicação na rede de atenção à saúde, segundo a Portaria 204, de 17 de fevereiro de 2016 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, Capítulo II, Art. 3º “A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.” Para que o arcabouço jurídico seja posto em prática é necessário que as equipes estejam em constante atualização, bem como, que as mesmas trabalhem de forma integrada e articulada, definindo fluxos, auxiliando os profissionais e monitorando os resultados.

Já no que diz respeito recursos financeiros, o valor referente ao bloco de Vigilância em Saúde é repassado mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios em uma conta única e específica. Ele é compreendido em Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).

A Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013, em seu Art. 16 estabelece que “O PFVS compõe-se de um valor “per capita” estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de Vigilância em Saúde”. Já o Piso Variável da Vigilância em Saúde é constituído por: 1. Incentivo para implantação e

manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde;2. Incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/ Aids e hepatites virais; 3. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

O conjunto das ações executadas poderá ser ajustado em função da situação epidemiológica, incorporação de novas tecnologias ou outro motivo que assim justifique, mediante registro no Relatório de Gestão. A Secretaria de Vigilância em Saúde disporá de uma reserva estratégica federal para emergências epidemiológicas, constituída de valor equivalente a 5% dos recursos anuais do Componente de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013).

Diante de toda reorganização de processo de trabalho, consequentemente, mudança de realidade, se faz necessário a utilização da ferramenta de Educação Permanente. Para Almeida e Ferraz (2008) a sintonia entre a formação e a realidade profissional é necessária para que se possa pensar em mudança no processo de trabalho. Nos anos 80 já era identificado a falha nessa relação.

Ricaldoni e Sena (2006) ainda afirmam que a educação permanente dos profissionais deve constituir o fazer e pensar dos trabalhadores com a finalidade de contribuir para a organização do processo de trabalho, através de fases que possam gerar discussões acerca da realidade para, em seguida, gerar mudanças.

Tendo como base o pressuposto da aprendizagem que produz sentidos (significativa), a Educação Permanente sugere que a transformação das práticas de saúde precisa estar baseada na reflexão crítica sobre a realidade dos profissionais em ação na rede de serviços (HADDAD, ROSCHKE, DAVINI, 1994).

Para chegarmos a um desenvolvimento da integralidade e uma assistência de qualidade com articulação na atenção à saúde e no processo de trabalho que sejam condizentes com a realidade, é necessária que a integração entre a vigilância em saúde e a atenção primaria a saúde seja uma condição obrigatória, que preserve as especificidades dos setores e compartilhem suas tecnologias (MATTOS, 2006).

Por fim, é importante ressaltar que não existe padrão preestabelecido de atuação da vigilância, pois as estratégias de organização desse conjunto heterogêneo de práticas não podem burocratizar a práxis sanitária, mas se delinear de acordo com a situação de saúde evidenciada, assumindo, portanto, diversas configurações. O importante é que as ações de saúde tenham como referência os interesses dos usuários em suas realidades, que não são fragmentadas, mas sim resultantes de um

mesmo encadeamento de determinantes sociais, políticos, culturais, ambientais, entre outros (SOARES; LIMA, 1996).

5 CARACTERIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

5.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo compreende um Projeto de Intervenção, baseia-se no pressuposto da pesquisa-ação. Sendo identificada, segundo Thiollent (2005) quando os indivíduos pesquisam sua própria prática produzem novos conhecimento, apropriam-se e realinham suas concepções, produzindo novos compromissos, de acordo com a realidade que atuam.

5.2 LOCAL DA INTERVENÇÃO

O Município de Calçado está localizado no Agreste Pernambucano, Microrregião Agreste Meridional. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística estimativa Populacional (IBGE) o município tem uma população estimada de 11.125 habitantes equivalente a 0.13% da população do estado, é constituído somente pelo distrito-sede com aproximadamente 3.568 habitantes e com 7.282 na zona rural (IBGE, 2010). Ou seja, diferente do perfil geral das cidades atualmente, o município possui a maior parte de seus habitantes residindo na área rural, consequentemente, tem como uma das principais fontes de renda a agricultura. Possui os povoados de Olho D'água dos Pombos, Santa Rita, Pitombeira e Melancias. Nos seus aspectos físicos hidrográficos é composto pelos rios Mundaú e Una. O clima é quente e úmido com temperatura anual média de 22ºC. A vegetação é predominantemente composta pela caatinga hiperxerófila.

A renda per capita média de Calçado cresceu 117,47% nas últimas duas décadas, passando de R$99,08 em 1991 para R$142,25 em 2000 e R$215,47 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 43,57% no primeiro período e 51,47% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 56,37% em 1991 para 42,60% em 2000 e para 30,24% em 2010. A desigualdade diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,54 em 1991 para 0,52 em 2000 e para 0,53 em 2010. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Calçado é 0,566, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599).

O município possui 16 escolas na rede municipal e uma escola da rede estadual. Não possui nenhuma instituição de curso técnico, superior ou afins em seu território.

Pertencente a V Regional de Saúde, o município possui 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Compreendida em 05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde com ESF e Equipe Saúde Bucal (ESB) e 01 (um) NASF tipo 2. Se tratando dos serviços de média e alta complexidade, conta com 01 (uma) Unidade Mista de Saúde. O município possui 01 (um) Laboratório de Análises Clínicas Municipal. A rede de atenção psicossocial está sendo estruturada e já possui 01 (uma) enfermeira que coordenará o Centro de Acompanhamento Psicossocial (CAPS), no caso do município modalidade 1, e 01 (um) Psiquiatra.

A intervenção envolverá a equipe de VS que compreende 01 (um) coordenador de Vigilância em Saúde, 01 (um) Investigador, 01 (um) digitador, 01 (um) agente de vigilância ambiental, 01 (um) agente de vigilância sanitária, 04 (quatro) Agentes de combate as endemias e 01 (um) digitador do PNCD. Já a equipe de Atenção Básica é formada por 01 (um) coordenador, 05 (cinco) enfermeiras, 05 (cinco) técnicos de enfermagem, 05 (cinco) médicos, 05 (cinco) dentistas, 05 (cinco) auxiliares de saúde bucal, 30 (trinta) agentes comunitários de saúde e o NASF que possui 02 (dois) nutricionistas, 01 (uma) fonoaudióloga, 01 (uma) psicóloga e 01 (um) fisioterapeuta.

São ofertados serviço de especialidade em Psiquiatria, Neurologia e Diagnóstico por imagem (Ultrassonografia). Possui apenas, da rede privada, 01 (um) posto de coleta de laboratório de análises clínicas e 01 (um) consultório odontológico em seu território.

5.3 PROCESSO/ATIVIDADE

O Projeto de Intervenção (PI) compreende a qualificação do processo de trabalho fazendo uso do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Matus (1989; 1993) com intuito de transformar os profissionais em sujeitos ativos e participativos nas tomadas de decisões. Utilizando a estratégia de gestão compartilhada na construção de planos de ação que visam o aperfeiçoamento do processo de trabalho. Trazendo para o ambiente de planejamento o profissional que atua na ponta, tornando assim o plano de ações e programações condizentes com a realidade, consequentemente, exequíveis. Além disso, utilizará a educação

permanente como ferramenta de alto potencial transformador e essencial na qualificação dos serviços de assistência.

5.4 PERÍODO

O projeto tem previsão para início no mês de agosto de 2017, com calendário de programações intensivas previstas até o mês de dezembro, do mesmo ano. Contudo, diante da importância da promoção constante da integração na rede de atenção à saúde e da transformação esperada propõe-se que o mesmo permaneça sendo avaliado e renovado a cada seis meses.

5.5 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Tendo como ferramenta o PES, a intervenção parte da detecção de problemas. Este é uma estratégia concebida por Carlos Matus (1993), ele define o planejamento como uma ferramenta de liberdade. Esse método é utilizado e adaptado em áreas como saúde e educação, a flexibilidade desta estratégia de planejamento favorece a sua aplicação nos diversos níveis setoriais, sem deixar de situar os problemas em um contexto amplo, mantendo a análise das viabilidades e de possibilidades de intervenção na realidade.

Para Matus (1989) embora se possa partir de um campo específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões, política, econômica social e cultural e por sua multisetorialidade. Este autor ainda explica que o PES acontece em quatro momentos de planejamento. Explicativo (fazer o diagnóstico e identificar os problemas), Normativo (onde é traçado os objetivos as metas os recursos e a responsabilidade de cada autor), Estratégico (construir viabilidade para proposta) e Tático Operacional (que é a execução do plano).

Sendo assim, o plano de ação (quadro 1) é composto de operações selecionadas para impactar nas causas consideradas mais importantes ou nós críticos do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações devem ter prazo para execução, consomem vários tipos de recursos, entre eles econômicos, organizacionais (estrutura física, RH, equipamentos,), cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) e de poder ou recursos políticos (CORDONI,2013).

Para elaboração de uma proposta de intervenção considerando o problema priorizado “Desarticulação entre Vigilância em saúde e Atenção Básica’’, para qual se objetiva a melhoria na qualidade da assistência, com priorização da saúde, atendendo as demandas necessárias e resultando em maior longevidade, integralidade e resolutividade, serão mediadas pelos nós críticos, ou seja, situações pelos quais uma atuação exitosa contribuirá muito para solução ou amenização do problema.

Após a identificação do problema e da seleção dos nós críticos será refletido sobre as estratégias de intervenção para enfrentamento do problema e elaboração do plano de ação que se caracteriza segundo Matus (1993) o momento normativo. Configura-se em atividade constituída para definir um problema identificado, transformando uma ideia em ação, definir a análise e seguir passos e assim tentar solucioná-lo.

Baseado neste método após a identificação de problemas é necessário que a equipe priorize o problema utilizando uma matriz decisória composta por quatro elementos fundamentais: Magnitude (diz respeito ao tamanho do problema); Transcendência (relativa a importância política, técnica, cultural atribuídas pelo autor ao problema listado); Vulnerabilidade (conhecimentos e recursos materiais necessários); Factibilidade (Capacidade de intervenção sobre o problema).

Após priorização dos problemas inicia a identificação dos atores sociais. Matus (1993), reconhece a existência de múltiplos atores, sugerindo a adoção de uma visão policêntrica, que supõe a combinação de ações estratégicas e comunicativas entre os atores, visando à construção de consensos acerca dos problemas a enfrentar, dos objetivos a alcançar e das alternativas de ação a desenvolver para alcançá-los.

Para este autor o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é aplicado em todos os planejamentos em saúde que existam governos democráticos e que por isso os diversos atores sociais podem exercer um poder compartilhado e contribuir de forma significativa na execução do mesmo.

Para Testa (1995) seu interesse pelo comportamento dos atores sociais e a ênfase que ele dá à análise das relações de poder e à compreensão das práticas de saúde resulta em um novo modo de pensar que enfatiza a formação de sujeitos sociais para o desenvolvimento de ações políticas em saúde.

A partir do problema priorizado deverão ser identificados os descritores, as causas que determinam o problema e as consequências do problema. Após a construção da árvore explicativa serão levantadas as causas que se relacionam com outras e que sofrendo uma intervenção poderiam provocar mudanças positivas trazendo impactos relevantes aos descritores, estas causas são denominadas de nós críticos.

Para Matus (1993) os nós críticos concentram a intervenção que gera solução para determinados problemas, segundo este autor os nós críticos devem cumprir três perguntas:

1. A intervenção tem impacto modificando positivamente o problema?
2. A possibilidade de intervenção direta sobre a causa?
3. É politicamente viável?

O nó crítico caracteriza-se como uma etapa muito importante para dar seguimento ao planejamento estratégico visto que este simboliza a causa do problema e quais estratégias de ação serão norteadas para intervir positivamente no problema, facilitando a construção do plano de ação. Segundo Matus (1993), a construção do plano de ação caracteriza-se como momento normativo. Configura-se em atividade constituída para definir um problema identificado, transformando uma ideia em ação, definir a análise e seguir passos e assim tentar solucioná-lo.

O plano de ação é composto de operações selecionadas para impactar nas causas consideradas mais importantes ou nós críticos do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações devem ter prazo para execução, consomem vários tipos de recursos, entre eles econômicos, organizacionais (estrutura física, RH, equipamentos,), cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados) e de poder ou recursos políticos (CORDONI,2013).

Em seguida será vivenciado o momento estratégico que visa analisar se algumas operações poderão ser altamente conflitivas do ponto de vista político, muito exigentes do ponto de vista econômico, ou demandante de tecnologia de elevada complexidade. Nesse momento, devemos verificar se há contradições entre os objetivos (análise de coerência), se os recursos, tecnologias e organização estão disponíveis (análise de factibilidade) e se é possível contornar os obstáculos políticos (análise de viabilidade) (TEIXEIRA, 2010).

Quadro 1: Plano de Ação

Objetivos	Metas	Ações	Custo/Fonte	Local	Prazo	Responsável	Parceria
Detectar os principais nós críticos que estão envolvidos na falha da articulação entre os setores de VS e AB;	- Detectar nós críticos e construir Plano de ação para solucionar problemas em momento que envolva representação de 100% das categorias de profissionais de saúde.	- Promover momento de Planejamento estratégico envolvendo principais coordenações da SMS e representações das categorias de profissionais das Unidades Básicas de Saúde com intuito de discutir a respeito dos principais nós críticos existentes na rotina de trabalho críticos e construir matriz de intervenção baseada nos mesmos; - Construir Plano de Ação baseado no PES.	Sem custos adicionais	Prédio do Sindicato dos Funcionários Públicos.	Segundo Semestre de 2017.	Grupo gestor do plano.	Coordenação de AB
Promover a troca de informações entre os setores de AB e VS com intuito de programar ações de acordo com o perfil sanitário e epidemiológico do município.	- Traçar perfil sanitário e epidemiológico de 100% das Unidades Básicas de Saúde. - Implantar fluxograma de Informações de VE em 100% das UBS. - Reduzir em 50% a subnotificação, levando em consideração sempre a	- Criação de roteiro para diagnóstico sanitário e epidemiológico; - Promover reunião com gerentes das equipes (enfermeiras) para apresentação da proposta de mapeamento do território; - Promover reunião com	Sem custos adicionais	Secretaria de Saúde	Segundo Semestre de 2017.	Grupo gestor do plano.	Coordenação AB

	quantitativo de notificação do ano anterior; - Estabelecer cronograma de atividades de Educação Permanente mensais em 100% das unidades.	equipes para repassar a proposta de mapeamento do território e pontuar as informações que precisarão ser coletadas; - Promover reunião com Equipe de vigilância para montar as características epidemiológicas do município levando em consideração levantamentos feitos no PNCD, PNC, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica; - Após levantamento feito a nível de atenção primária e Vigilância promover momento de integração entre os dois setores com apresentação dos diagnósticos para todos os profissionais (AB e VS); - Elaborar fluxograma de informações entre AB e VS para as doenças de notificação obrigatória;					

		- Promover roda de conversa com profissionais (Médicos, enfermeiros e técnicos) para apresentação do fluxograma de notificação da VE; - Promover roda de conversa com ACS e ACE para apresentação do fluxograma de notificações da VE; - Promover na primeira semana do mês momento com ACS para apresentação dos temas de educação em saúde que serão tratados na programação mensal com participação da equipe da VS quando necessário; - Promover bimestralmente oficina de vigilância dos agravos de interesse de acordo com perfil epidemiológico do momento;					
Monitorar e avaliar e intervenção semestralmente.	- Colocar em prática todas as ações do PI em um prazo de 12 meses.	- Reuniões de monitoramento mensais	Sem custos adicionais	Secretaria de Saúde	Semestralmente	Grupo gestor do plano.	Coordenação de AB

5.6 COLETA E DESCRIÇÃO DOS DADOS NECESSÁRIOS

Toda coleta de dados necessários para elaboração das intervenções, bem como, análise da situação do munícipio, será realizada de forma direta nos bancos de dados municipais e processados pelo grupo técnico responsável pela intervenção.

5.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A avaliação e o monitoramento estão relacionados com o momento tático operacional do Planejamento Estratégico Situacional – PES (MATUS, 1989; 1993), que tratam da gestão e implementação do plano de ação, do saber fazer no momento oportuno e com eficácia para atingir os resultados e acompanhamento e monitoramento das ações.

A proposta de intervenção apresentada é composta pelo plano de ação mediado pelo problema priorizado (no caso a desarticulação entre VS e AB), a viabilidade dessa proposta está diretamente relacionada ao cumprimento das metas que serão estabelecidas pelo grupo técnico segundo os indicadores e quantitativo populacional, principalmente as relacionadas a sensibilização e motivação dos profissionais no processo de trabalho da AB.

Para avaliação da proposta de intervenção será necessário reuniões periódicas entre coordenação VS, AB, planejamento e gestão, para verificar o cumprimento das metas, a viabilidade do plano, a necessidade dos recursos e os riscos existentes pra sua execução.

6 RESULTADOS PARCIAIS

Diante das atividades já desenvolvidas todas as UBS já construíram seus mapas inteligentes (Apêndice A) e fizeram levantamento do perfil epidemiológico da população (Apêndice B)**.** Enquanto fluxograma de informações entre AB e VE, foram definidos protocolos para hanseníase e tuberculose e o plano de ação para hanseníase e tuberculose 2018/2019. Além disso, ficou estabelecido a programação integrada, ao início de cada mês a VE emite ofício circular com sugestão dos principais temas as serem abordados na Educação em Saúde e Educação Permanente de acordo com perfil epidemiológico atual. Ficando estabelecida a programação mensal integrada (Apêndice C), com atividades de educação em saúde e educação permanente envolvendo profissionais da AB, NASF e VS. Criação de Sala de situação de VE (Apêndice D). O registro fotográfico de algumas atividades já vivenciadas consta no Apêndice E.

7 RESULTADOS ESPERADOS

Os resultados esperados estão atrelados aos objetivos e ações que serão desenvolvidos no decorrer da intervenção. Contudo, espera-se a sensibilização dos profissionais no que diz respeito a importância da integração entre os setores. Promovendo a troca de informações e o desenvolvimento de atividades integradas, consequentemente a melhoria dos indicadores. Por fim e não menos importante, a garantia da assistência à saúde dos usuários e fortalecimento da linha de cuidado.

8 VIABILIDADE

A viabilidade do projeto está diretamente relacionada a governabilidade dos atores envolvidos, entretanto, pode-se considerar como nó crítico neste sentido a alta rotatividade de profissionais da gestão. No entanto, por basear-se em organização e planejamento de trabalho e demandar de pouco recurso financeiro para sua realização pode-se afirmar que o projeto se torna viável a partir da colaboração e sensibilização da gestão atual, tendo grande possibilidade de ser implementado permanentemente.

9 CRONOGRAMA

As atividades estão previstas para serem realizadas entre os meses de agosto e dezembro de 2017, o cronograma (quadro 2) relata as mesmas suas propostas e o período de execução. Contudo, diante da importância da promoção constante da integração na rede de atenção à saúde, propõe-se que o mesmo permaneça sendo avaliado e renovado a cada seis meses, por tempo indeterminado.

Quadro 2: Cronograma de atividades						
Atividade	**Proposta**	**Agosto**	**Setembro**	**Outubro**	**Novembro**	**Dezembro**
Roda de Conversa com profissionais da VS e AB, incluindo representação da gestão e planejamento.	- Detectar os principais nós críticos que estão envolvidos na falha da articulação entre os setores de VS e AB;	x				
Reunião com Coordenação AB e VS, Regulação e Planejamento, gestão, Enfermeiros das Unidades, 1 ACS de Cada Unidade, 1 ACE, Equipe de VS.	- Promover momento de Planejamento estratégico envolvendo principais coordenações da SMS e representações das categorias de profissionais das Unidades Básicas de Saúde com intuito de discutir a respeito dos principais nós críticos existentes na rotina de trabalho; - Construir Plano de ação baseado no PES.	x				
Reunião entre Coordenação de AB e VS.	- Criação de roteiro para diagnóstico sanitário e epidemiológico;	x				
Reunião com Coordenação de VS, AB e enfermeiros das unidades.	- Promover reunião com gerentes das equipes (enfermeiras) para apresentação da proposta de mapeamento do território;	x				
Reunião em cada Unidade de Saúde com integrantes da equipes, conduzida pela enfermeira.	- Promover reunião com equipes para repassar a proposta de mapeamento do território e pontuar as informações que precisarão ser coletadas;	x				
Reunião com equipe de VS, conduzida por coordenação de VS.	- Promover reunião com Equipe de vigilância para montar as características epidemiológicas do município levando em consideração levantamentos feitos no PNCD, PNC, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica;	x				
Sala de situação - Contará com a presença de todos os profissionais das Unidades de Saúde, inclusive profissionais do NASF, Equipe de VS, coordenações de VS, AB, Regulação e Planejamento e gestão.	- Após levantamento feito a nível de atenção primária e Vigilância promover momento de integração entre os dois setores com apresentação dos diagnósticos para todos os profissionais (AB e VS);			x		
Reunião entre Equipe de VS, coordenação de AB e 1 representante dos enfermeiros das unidades.	- Elaborar fluxograma de informações entre AB e VS para as doenças de notificação obrigatória;		x			

Roda de conversa com profissionais conduzida pela VS.	- Promover roda de conversa com profissionais (Médicos, enfermeiros e técnicos) para apresentação do fluxograma de notificação da VE;		x			
Roda de conversa com profissionais conduzida pela VS.	- Promover roda de conversa com ACS e ACE para apresentação do fluxograma de notificações da VE.		x			
Reunião entre Coordenação de AB e enfermeiras das unidades.	- Na reunião mensal da AB discutir as temáticas que precisam ser abordadas em cada área de acordo com o cenário atual;	x	x	x	x	x
Reunião entre coordenação de VS e equipe de VS.	-Na reunião mensal da VS discutir as atividades mensais realizadas no setor bem como as temáticas que precisam ser abordadas a nível de atenção;	x	x	x	x	x
Reunião mensal com Coordenações.	- Reunir Coordenação de AB, VS e Planejamento na última semana de cada mês para montar a programação de educação, promoção e prevenção a ser seguida pelas equipes no mês seguinte.	x	x	x	x	x

10 ORÇAMENTO

Quadro 3: Materiais Necessários para o PI		
Itens	**Quantidade**	**Valor**
Resma de papel ofício	1 caixa	130,00
Lápis Piloto	4 caixas	120,00
Papel 40	100 unidades	40,00
Tonner impressora	6 unidades	350,00
Canetas	2 caixas	70,00
Lápis comum	1 caixa	35,00
Pastas	100 unidades	300,00
Valor total		**1045,00**

11 FINANCIAMENTO

O presente projeto não necessita de recurso financeiro extra, visto que, é voltado apenas para a organização do processo de trabalho fazendo uso dos recursos já existentes, desta forma, será garantido o fornecimento dos materias pela equipe gestora.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. I. N.; CARVALHO, E. M. F.; LIMA, L. P. **Vigilância Epidemiológica: conceitos e institucionalização.** Ver. Bras. Saúde Mater. Infant. Vol.2, nº.1. Recife, Jan./Apr.2002. Disponível em set/2017:http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1a02.pdf.

ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. **Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem**. Rev Bras Enferm. v.61, n. 1, p. 31-5. 2008.

ANDRADE, C.P: **PLANEJAmento Estratégico: Um Enfoque Sistêmico Na Saude.** Brasilia, Crtez, 2013. vol 1.

ANDRADE, S. R. et al. **Indicadores e rede de atenção: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho em Vigilância em Saúde**. Comunicação saúde educação. 2015.

BERNARDES, A. **Gestão colegiada: a visão da equipe multiprofissional [tese]**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

BERNARDES, A.; ÉVORA, Y. D. M.; NAKAO, J. R. S. **Gestão Colegiada na visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital público brasileiro**. Ciênc Enferm. 2008;14(2):65-74.

BILESKI, A. C. et al. **Educanvisa: Fortalecendo as ações de vigilância sanitária, fazendo valer a cidadania**. Curso de Gestão em Vigilância Sanitária - GVISA: Projeto Aplicativo/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2014.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. 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, 20 de set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** (Portaria n° 648/GM, de 28 de março de 2006). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Sáude. Portaria nº 1.708 de 16 de agosto de 2013. **Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios.** Disponível em jun/2017:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1708_16_08_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1378 de 09 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.**. Disponível em jun/2017:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.778 de 18 de dezembro de 2014. **Revisa a relação de metas, com seus respectivos indicadores, e a metodologia para a Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir do ano de 2014.** Disponível em jun/2017:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2778_18_12_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Disponível em set/2017:http://www.ebserh.gov.br/documents/222346/1207905/portaria20417fevereiro2016+DNC.pdf/8873ac5f-8e2c-42d9-bcfb-d78a2376aed6

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica** . - 2. ed. rev. - Brasília, 2008. 197 p. il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p.: – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13)

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília , DF: Senado Federal, 1988. Disponível em set/2017:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Cien Saude Colet 2003; 8(2):569-584.

CORDONI JR. L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2013. Livro digital.
FERRAZ, C.A.; VALLE, E.R.M. **Administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível.** In: Organización Panamericana de la Salud. La enfermeria em las Américas. Washington (DC); 1999. p. 205-26.

FREITAS, C.M. **A Vigilância da Saúde para a promoção da saúde**. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-159

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994.

HARTZ Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS A-P. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2015. Disponível em agost/2017:http://www.ibge.gov.br/home/populacao2015.

KURCGANT, P., et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU; 1991.

LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saude Soc. [online]. 2011; Disponível em set/2017:http://dx.doi.org/10.1590/S0104- 12902011000400005.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6º Ed., Rio de Janeiro/ABRASCO; 2006. P. 41-66.

MATUS, C. **Política, planificação e governo**. 2. ed. (2 Tomos). Brasília: IPEA, 1993. p. 297-554.

MATUS, C.; TESTA, M. **Planejamento e Programação em Saúde.** Um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. Vol. 2, 222p.
MORAES, A. M. P. **Iniciação ao estudo da administração**. 2ª ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil; 2001.

MOREIRA, T.M.M.et al. **Manual de Saúde Pública**. SANAR, 2016. 419p.

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

OLIVEIRA. R. G. de (Org.) **Qualificação de gestores do SUS**. / Organizado por Roberta Godim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. 404p.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 108/SES-PE, de 06 de março de 2012. Disponível em agost/2017:http://geqap.blogspot.com.br/2013/08/portaria-estadual-n-517-pefap.html

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 640/SES-PE, de 22 de novembro de 2011. Disponível em agost/2017:http://geqap.blogspot.com.br/2013/08/portaria-estadual-n-517-pefap.html

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. de. **Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem**. Ver Latino-am Enfermagem. 2006. Disponível em jun/2017:www.eerp.usp.br/rlae

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. **Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2003. p. 89-112.

SOARES, J. C. R. S.; LIMA, L. C. V. **Reflexões sobre o SUS, seu modelo assistencial e a formação de recursos humanos de nível médio em vigilância sanitária. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p.130-156.

SOUZA, M. F. M.; KALISHMAN, A. O, MATIDA, L. H, KOMASTSU, N. K. **Vigilância à saúde: textos. São Paulo: CEFOR; 1992. Ayres JR. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface** — Comunic., Saúde, Educ. 2003-2004; 6(14):73-92

SOUZA, T. S. **NASF: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?.** 2015. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2015. 149f.

SOUZA, M. M. O.; GUEDES, J. P. F. S. **A INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM A ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**. 8ª mostra de produção científica da pós-graduação latu senso da PUC Goiás, 2013.

SPAGNOL, C. A. **Tendência e perspectives da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte** [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

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

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências**. Salvador: EDUFBA; 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida.** 2000. Disponível em set/2017:http://bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-15409

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Q. **Diretrizes para integração entre atenção básica e vigilância em saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em set/2017:https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf

TESTA, M**. Pensamento estratégico e lógica da programação**. Rio de Janeiro/ São Paulo: HUCITEC, 1995. 306p.
THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPJV/PROFORMAR, 2004. 68p

APÊNDICE A – MAPAS INTELIGENTES DAS UBS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CALÇADO-PE

ESF Vereador Vital José de Souza

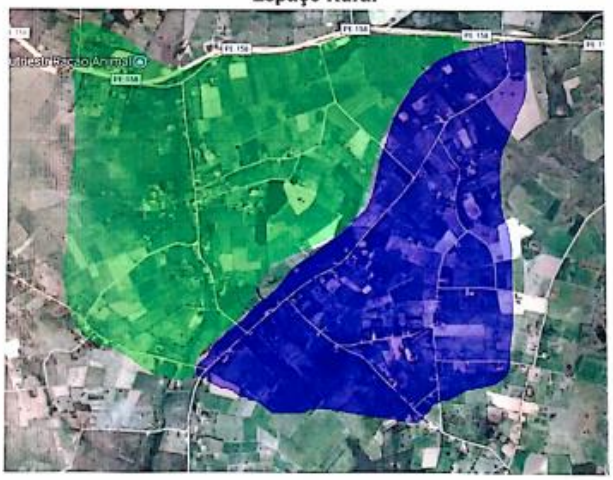
Fundo Municipal de Saúde de Calçado
Estado de Pernambuco

CNES 7484984

Espaço Urbano

Espaço Rural

Espaço Rural

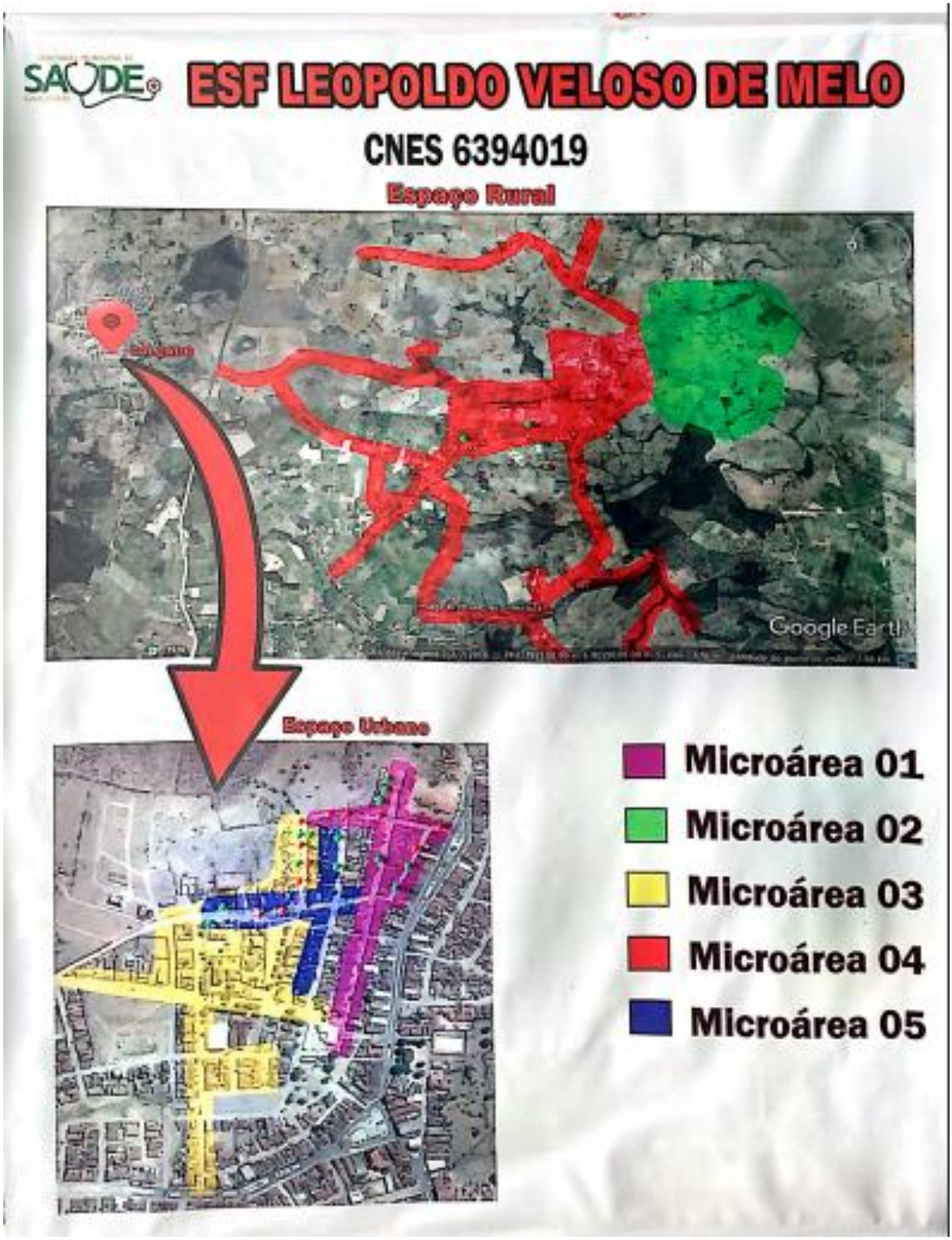


- Microárea 1
- Microárea 2
- Microárea 3
- Microárea 4
- Microárea 5
- Microárea 6

* INDICE COM MAIOR RISCO DE CÁ

- Crianças <2 anos
- Crianças >2 <9 anos
- Gestantes
- Hipertensos
- Diabéticos
- Acamados/domiciliados

*INDICE DE PROLIFERAÇÃO DO AEDES AEGYPTI


SAÚDE
ESF LEOPOLDO VELOSO DE MELO
CNES 6394019
Espaço Rural
Google Earth
Espaço Urbano
Microárea 01
Microárea 02
Microárea 03
Microárea 04
Microárea 05

APÊNDICE B – PERFIS EPIDEMIOLÓGICOS DAS UBS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

UBS Antônio Macena de Lima

Saúde da Família

MICROÁREA	01 LÚCIA	02 BIANCA	03 ERLAM	04 MONICIA	05 LETICIA	06 SANDRA
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS	36	67	27	35	43	16
CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES EM AME	02	04	01	02	03	04
MENORES DE 1 ANO	05	06	04	08	06	05
DIABÉTICOS	05	11	12	10	15	07
HIPERTENSOS	22	29	38	33	52	55
HANSENÍASE	–	–	01	–	–	–
TUBERCULOSE	–	–	–	–	–	01
IDOSOS	28	33	20	25	35	42
INSULÍNO-DEPENDENTES	03	05	04	06	07	09
SAÚDE MENTAL	06	10	06	08	07	04
GESTANTES	02	06	01		02	04
ACAMADOS	08	10	09	07	06	15
TABAGISTAS	23	55	21	18	12	19
DPOC OU ASMA	0	0	01	0	01	0
BENEFICIÁRIOS DO BOLSA FAMÍLIA	40	48	38	58	51	28
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	06	12	06	01	03	03
ÁREAS DE RISCO PARA PROLIFERAÇÃO DO AEDES AEGYPTI	1	05	01	04	04	01
ÁREAS COM MAIOR INDICE DE CÁRIES	25	30	15	17	19	12

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

UBS Vereador Vital José de Souza

Saúde da Família

MICROÁREA	01	02	03	04	05	06
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS	25	07	09	14	26	13
CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES EM AME	01	00	00	00	02	03
MENORES DE 1 ANO	04	00	00	01	03	03
DIABÉTICOS	05	05	12	09	09	14
HIPERTENSOS	23	25	42	40	33	35
HANSENÍASE	00	01	00	00	00	00
TUBERCULOSE	00	00	00	00	00	00
IDOSOS	16	29	55	46	39	22
INSULÍNO-DEPENDENTES	01	00	02	00	02	00
SAÚDE MENTAL	13	02	10	07	14	20
GESTANTES	03	03	01	01	00	01
ACAMADOS	01	02	01	00	00	01
TABAGISTAS	35	23	20	07	20	58
DPOC OU ASMA	02	00	02	00	01	00
BENEFICIÁRIOS DO BOLSA FAMÍLIA	46	30	31	11	50	55
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	57	20	38	15	30	60
ÁREAS DE RISCO PARA PROLIFERAÇÃO DO AEDES AEGYPTI	00	00	01	02	00	00
ÁREAS COM MAIOR INDICE DE CÁRIES	09	11	16	17	14	12

APÊNDICE C – PROGRAMAÇÃO INTEGRADA MENSAL

Equipe	LOCAL	DATA	TEMÁTICA	RESPONSÁVEL
ESF Antônio Macena	UBS Antônio Macena	13/08/2017	IST´s Destino adequado do lixo x combate ao Aedes	Aline Carvalho ACS
	EREM Augusta Cordeiro	Semana 13 a 17 (entrar em contato com gestão da escola)	IST´s Destino adequado do lixo x combate ao Aedes	Aline Carvalho Jobson (ACE)
ESF Leopoldo Veloso	UBS Leopoldo Veloso	14/08/2017	IST´s Destino adequado do lixo x combate ao Aedes	Aline Melo Elias (ACE)
ESF Beira Rio	UBS Beira Rio	15/08/2017	IST´s Destino adequado do lixo x combate ao Aedes	Ana Paula Adilson (ACE)
ESF Melancias	UBS Melancias	16/08/2017	IST´s Destino adequado do lixo x combate ao Aedes	Jane Adeilton (ACE)
ESF Riacho Dantas	UBS Riacho Dantas	14/08/2017	IST´s Destino adequado do lixo x combate ao Aedes	Deise Jobson (ACE)
NASF	NASF	Todos os dias de atendimento na sem de 13 a 17	IST´s Destino adequado do lixo x combate ao Aedes	Equipe NAS ACE
	Unidade Mista de Saúde	16/08/2017	IST´s Destino adequado do lixo x combate ao Aedes	Equipe NAS ACE

APÊNDICE D – SALA DE SITUAÇÃO – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Sala de Situação - Vigilância Epidemiológica

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CALÇADO-PE

Monitoramento Mensal	SE 1	SE 2	SE 3	SE 4	SE 5
PNCD - Casas Visitadas					
PNCD - Casas Fechadas					
PNCD - Reservatórios tratados					
PNCD - Reservatórios com foco					
Notificações Suspeitas Arboviroses					
Diarreias - Notificação Unidade Mista					
Diarreias - Notificação UBS Antonio Macena					
Diarreias - Notificação UBS Leopoldo Veloso					
Diarreias - Notificação UBS Beira Rio					
Diarreias - Notificação UBS Riacho Dantas					
Diarreias - Notificação UBS Melancias					
Amostras coletadas para análise da água					
Outras doenças de notificação obrigatória					
PNC - Suspeitas de triatomíneos envidas ao laboratório					
Óbitos infantis < ano e fetal					
Morte Materna / Mulher em idade fértil					

Equipe de VS

Coordenador de VS:

Investigador:

Digitador:

Apoiadores:

ACE:

Ano _____

Monitoramento Anual	Jan	Fev	Març	Abr	Maio	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez
PNCD - Casas Visitadas												
PNCD - Casas Fechadas												
PNCD - Reservatórios tratados												
PNCD - Reservatórios com foco												
LiraA (Bimestral)												
Notificações Suspeitas Arboviroses												
Diarreias - Notificação Unidade Mista												
Diarreias - Notificação UBS Antonio Macena												
Diarreias - Notificação UBS Leopoldo Veloso												
Diarreias - Notificação UBS Beira Rio												
Diarreias - Notificação UBS Riacho Dantas												
Diarreias - Notificação UBS Melancias												
Amostras coletadas para análise da água												
Outras doenças de notificação obrigatória												
PNC - Suspeitas de triatomíneos envidas ao laboratório												
Óbitos infantis < ano e fetal												

APÊNDICE E – REGISTRO FOTOGRÁFICO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Imagem 1: Palestra no ponto de apoio da UBS Beira Rio, Sítio Miné. Temas: Hanseníase e Aedes aegypti. Equipe Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

Imagem 2: Palestras realizadas na UBS Beira Rio e UBS Melancias. Responsáveis: Ana Paula (enfermeira) e Jane (enfermeira); Adilson e Adeilton (ACE)

Imagem 3: Palestra realizada no Centro de Fisioterapia Municipal. Responsáveis: Helba (NASF) e Elias (ACE).

Imagem 4: Palestra com grupo de gestantes e entrega de repelentes. Responsáveis: Aline Carvalho (enfermeira), Jobson (ACE), Erlan (ACS).

Imagem 5: Palestras realizadas na UBS Leopoldo Veloso. Responsáveis: Aline Melo (enfermeira), Elias (ACE) e na Unidade Mista de Saúde Nossa Senhora de Lourdes. Responsáveis: Emanuela e Cristiane (NASF).

Imagem 6: Atividades de Educação em Saúde desenvolvidas nas Escolas pela equipe NASF.

Imagem 7: Reunião integrada envolvendo VS, AB, CAPS, NASF Coordenadoria da Mulher, CRAS, Mãe Coruja e Unidade Mista de Saúde. Objetivo: Construção de fluxograma de notificação de Violência interpessoal/autoprovocada, Hanseníase e Tuberculose.

ANEXO – CARTA DE ANUÊNCIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CALÇADO-PE

Fundo Municipal de Saúde de Calçado
Estado de Pernambuco

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins autorizar a construção do projeto de intervenção intitulado **PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL COMO FERRAMENTA PARA IMPULSIONAR A INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE CALÇADO/PE**, realizado por MIRTYS VIVIANNE PEDROZA LOPES, sob a orientação da profa. Msc. **MÉRCIA RODRIGUES**, à ser apresentado como critério para conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública, da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). E afirmo que esta instituição tem condições de apoiar a construção do referido trabalho.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que os envolvidos/as comprometam-se a utilizar os dados coletados e informações provenientes da intervenção exclusivamente para construção do Projeto de Intervenção.

Calçado, 12 de agosto de 2017.

Maria Eliziane Tavares de Melo
Secretária Municipal de Saúde
Portaria nº 142/2017

Rua João Alexandre da Silva, 84 – Centro, Calçado – PE CEP 55.575-000
CNPJ: 11.034.741/0001-60 – Fone/Fax: (87) 3793-1255

Scanned by CamScanner