



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**OS DESAFIOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

(INTRODUÇÃO DE UM TRABALHO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO PSF VILA COSMOS NA CIDADE DE COSMÓPOLIS – SP)

**KARLA AUGUSTA CAVAGNINI**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.**

**Orientador(a): Julie Silvia Martins**

**São Paulo**

**2016**

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	3
2 OBJETIVOS .....	5
2.1 Geral .....	5
2.2 Específico(s) .....	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	6
4 MÉTODO .....	10
4.1 Local .....	10
4.2 Participantes .....	10
4.3 Ações .....	10
4.4 Avaliação e Monitoramento .....	12
5 RESULTADOS ESPERADOS .....	14
6. CRONOGRAMA .....	15
7 REFERÊNCIAS .....	16
ANEXOS .....	18

# 1. INTRODUÇÃO

As ações de vigilância estão entre as mais antigas atividades conhecidas de saúde pública. No Brasil, registros de ações de prevenção e controle de doenças iniciam-se no século XVII com a febre amarela, evoluindo para o século XX sob forma de campanhas de Saúde Pública, de caráter temporário, o que dificultava a adoção de estratégias que levassem à estruturação de ações permanentes de controle.

Somente em meados dos anos 80 e 90, ainda no século XX, com a descentralização da saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), os sistemas se organizam em bases territoriais e a Vigilância Epidemiológica se torna prioritária. Portanto, o princípio da territorialização foi a base desse desenvolvimento. (TEIXEIRA, 2002). A organização por território permitiu a reflexão sobre a complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente, e assim a imersão do trabalho em saúde no contexto territorial, levando a mudanças significativas neste processo. O objetivo do processo de prestação de serviços se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes” para: “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais”, o que significa dar ênfase aos problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a atenção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” dos problemas, mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as “causas”, ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (PAIM, 1994; TEIXEIRA et al., 1998). E nesse contexto, surge o princípio da Vigilância em Saúde, reestruturando de forma mais abrangente a Vigilância epidemiológica, e que tem, no princípio de territorialidade, sua principal premissa, e portanto, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde da Atenção Primária. A integração entre ambas é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local (BRASIL 2010), sendo o subsídio para o planejamento das ações de saúde. No entanto, essa ainda não é a realidade da atuação dos profissionais da atenção básica. Suas ações de vigilância ainda permanecem fundamentadas na epidemiologia clássica, na qual a promoção à

saúde e a vigilância não são reconhecidas como instrumentos para organização do trabalho e gestão do cuidado (FARIA & BERTOLOZZI, 2010).

Este projeto se insere no Município de Cosmópolis, localizado na região Metropolitana de Campinas, interior do Estado de São Paulo. O município tem atualmente população estimada em 66.810 habitantes (IBGE, 2010), em uma área territorial de 154.665km<sup>2</sup>, e possui um IDH de 0,769. Possui 11 Unidades de Saúde, sendo seis destas participantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). É em uma destas unidades, o PSF Vila Cosmos, que o projeto será desenvolvido. A unidade tem apenas uma Equipe de Saúde da Família, cobrindo um território, predominantemente urbano, com 4.500 habitantes; e como já destacado por Faria (2010) em relação às Unidades de Atenção Básica em geral, nesta a Vigilância em Saúde também não é ainda realidade e não está inserida no cotidiano da organização do trabalho. Ou seja, não há um programa de Vigilância em Saúde que permita a incorporação desta no conjunto de atividades da equipe para assim traçar um perfil real da população assistida que permita um monitoramento contínuo do território, sendo necessária uma reestruturação do processo de trabalho.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Iniciar um programa de vigilância em saúde, procurando traçar um perfil real da população cadastrada na UBS Vila Cosmos na cidade de Cosmópolis – SP.

### **2.2 Específico(s)**

- a. Iniciar busca ativa de doenças de alta prevalência e incidência, porém pouco diagnosticadas no território em questão;
- b. Introduzir controle e cadastro de pacientes com doenças crônicas no território para que sejam melhor acompanhados;
- c. Acesso mais regular aos dados do SIAB ou futuro E-SUS (ainda sem implementação no local) do número de casos notificados de doenças crônicas ou agudas no território.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

As ações de vigilância estão entre as mais antigas atividades conhecidas de saúde pública. Na história antiga, Hipócrates teria praticado o que conhecemos como vigilância sobre doenças, ao realizar observações sobre o comportamento destas, através do estabelecimento de relações com as variações do ambiente e diferenciando suas formas de ocorrência entre endemias e epidemias, configurando-se como os primórdios da vigilância epidemiológica (THACKER, 2000). No Antigo Testamento, podemos identificar referências à adoção de medidas de isolamento para separar os portadores de doenças dos sadios; práticas essas que estendem-se pela Idade Média (ROSEN, 1994), culminando no final da Idade Média – durante governos que se organizavam na Europa Ocidental, em medidas que podem ser consideradas como antecessoras diretas das modernas ações de vigilância: foram adotadas as primeiras iniciativas de monitoramento das doenças transmissíveis e dos aspectos da vida urbana, como os cemitérios e mercados, que poderiam se constituir em importantes fatores de risco para as doenças da época (THACKER, 2000).

No Brasil, o registro mais antigo de ações de prevenção e controle de doenças remonta à adoção de medidas no porto de Recife para conter uma epidemia de febre amarela ainda no século XVII (REZENDE, 2001). Em 1808, devido a vinda da Família Real Portuguesa, é estruturada uma política sanitária onde adota-se a quarentena. Em 1889, é estabelecida a Regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos, com o objetivo de prevenir a chegada de epidemias e possibilitar um intercâmbio seguro de mercadorias. Desde então, durante a maior parte do século XX, as ações realizadas pelo Estado Brasileiro para controle das doenças transmissíveis eram centralizadas no Governo Federal, e estruturadas sob forma de campanhas de Saúde Pública, as quais tem um caráter geralmente temporário e requerem uma grande mobilização de recursos, através da utilização de agentes de controle que percorrem os territórios onde as doenças são prevalentes, executando as ações de controle (ROUQUAYROL, 2003). Muitas vezes tais ações aparentam uma operação militar visando ao combate de uma epidemia ou de determinado agravo à saúde, como por exemplo as campanhas de vacinação. Eram como um trabalho de bombeiro, tentando sempre "apagar incêndios", como colocou Teixeira &

Paim, 1990. E assim, tais medidas dificultavam a adoção de estratégias que levassem à estruturação de ações permanentes de controle.

O processo de descentralização da Saúde se inicia em meados dos anos 80 do século passado, através das ações de prestação de serviços em saúde. Porém, é somente na década de 90, a partir da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a orientação dos sistemas de saúde se organizarem em bases territoriais, que a reforma alcança a área de vigilância epidemiológica, produzindo um reposicionamento das três esferas do governo – União, Estados e Municípios – no controle e prevenção de doenças. (TEIXEIRA, 2002).

Assim, esse processo de descentralização e reorganização da gestão do SUS, desenvolvido ao longo dos últimos vinte anos, tem como base de desenvolvimento o princípio da territorialização (TEIXEIRA, 2002). Para a saúde, a organização por território pressupõe uma distribuição dos serviços que atendam a áreas de abrangência delimitadas, facilitando o acesso da população aos serviços mais próximos de suas residências e criando uma responsabilização dos gestores pela população local, e assim, a criação de políticas voltadas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2010). O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. A organização em territórios ainda reflete a complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente – e suas características políticas, econômicas e culturais – significando mais do que uma população que vive dentro de determinados limites geográficos (BRASIL, 2010). Assim, consegue-se definir problemas e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica (CAMPOS, 2003).

Os desdobramentos do ponto de vista da reorganização das práticas de saúde em nível local/territorial exigiram a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde. O objetivo do processo de prestação de serviços se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes” para: “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais”, o que significa dar ênfase aos problemas de saúde e seus determinantes, organizando-se a atenção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” dos problemas, mas, sobretudo, as ações e serviços que incidem sobre as “causas”, ou seja, no modo de vida das pessoas

e dos diversos grupos sociais (PAIM, 1994; TEIXEIRA et al., 1998). É nesse contexto, de Reforma Sanitária brasileira, e do ideário que motivou a criação do SUS, que surge o princípio da Vigilância em Saúde, reestruturando de forma mais abrangente a Vigilância epidemiológica, e que tem, no princípio de territorialidade, sua principal premissa.

A Vigilância em Saúde, conforme definido pela Portaria nº 1.378 de 2013 é “um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle dos riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (BRASIL, 2013). Seu conceito inclui: a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária; e para que seja executada amplamente, a vigilância em saúde deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde (BRASIL, 2010), e exige um reconhecimento da dinâmica do território, das necessidades da população, assim como dos problemas e demandas que se apresentam mais prevalentes.

A Vigilância em Saúde, visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária. A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local (BRASIL 2010), e à medida que esse reconhecimento de território acontece, este pode ser o subsídio para o planejamento das ações de saúde. A organização deste contexto, ou seja, a organização da Atenção Primária à Saúde está entre os grandes desafios para a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde, e ainda sobre esse pilar, a vigilância em saúde deixa de ser um acessório e vira um importante instrumento da gestão e coordenação do cuidado (BRASIL, 2006).

No entanto, Faria (2010) realizou uma análise das perspectivas sob as quais os profissionais da Atenção Básica organizavam as ações de vigilância, e constatou o predomínio de ações fundamentadas e orientadas nos referenciais



da epidemiologia clássica, ou seja, a promoção da saúde não era reconhecida como diretriz para a organização do trabalho, e os profissionais não reconheciam a vigilância como um instrumento importante para a gestão do cuidado. Outra crítica recorrente a organização das práticas de saúde predominantes na atenção básica diz respeito ao predomínio do atendimento da doença e não da pessoa e, principalmente, a dificuldade de compreensão das necessidades de saúde colocadas pela população (OLIVEIRA e CASANOVA, 2009).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Local**

O projeto de pesquisa será desenvolvido no Município de Cosmópolis, Estado de São Paulo, na Unidade de Estratégia de Saúde da Família Vila Cosmos.

### **4.2 Participantes (público-alvo)**

O público alvo será a população cadastrada na Unidade de Saúde especificada. Conta-se com a participação no projeto dos gestores do sistema municipal de saúde local – através do fornecimento de dados notificados ou de controle, e suporte estrutural e financeiro para o desenvolvimento do projeto – e dos profissionais que atuam na Equipe de Saúde da Família Vila Cosmos, prioritariamente médicos, enfermeiros e agentes de saúde.

### **4.3 Ações**

Para chegar ao objetivo final deste projeto – que é a implementação de um trabalho de vigilância em saúde na Unidade melhorando o controle e seguimento de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, assim como de doenças infecto contagiosas – o planejamento traçado deverá se iniciar com a orientação da equipe que ajudará na realização do mesmo. Inicialmente as doenças abordadas serão a Hipertensão Arterial, Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, podendo se expandir para outras, após consolidação do projeto. Principalmente no que se refere à busca ativa dos pacientes com tuberculose, procedimento este que envolve coleta de material e fluxo laboratorial, com tratamento supervisionado dos casos diagnosticados, o planejamento deverá ser mais criterioso e ter seus fluxos e objetivos definidos conforme ANEXO 2. Deverão ser realizadas reuniões mensais para adequação e amenização das dúvidas da equipe, assim como distribuição das funções durante a execução, que deverá ser organizada, inicialmente, da seguinte forma:

- Médico: em todo atendimento preencher fichas de registro e acompanhamento dos agravos/doenças incluídos no projeto, buscando queixas ou histórias prévias; solicitar exames para comprovação diagnóstica; solicitar notificação de casos suspeitos ou confirmados; observação dos riscos do paciente exposto a tais agravos e da adesão ao tratamento; e orientação do paciente em relação à sua doença. Será responsável pelo preenchimento da Planilha de Seguimento dos Pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes (ANEXO 3). Estas medidas serão feitas inicialmente de acordo com a rotina da Unidade, durante os atendimentos.

- Enfermagem: acolhimento dos pacientes trazidos através da busca ativa ou que procurem a unidade de saúde espontaneamente – realizando a busca ativa nestes quando necessário; realização da visita domiciliar junto com a agente de saúde quando necessário; preenchimento de fichas específicas de registro e acompanhamento dos agravos/doenças, notificar casos suspeitos ou confirmados; alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde.

- Agentes de Saúde: visitas domiciliares à população cadastrada, realizando a busca ativa de novos casos de hanseníase e tuberculose, orientação aos pacientes de realizar aferições de pressão arterial e exames rotineiramente, coleta de escarro para os sintomáticos respiratórios e orientação para que qualquer pessoa que apresente qualquer tipo de lesão cutânea que possa ser suspeita de hanseníase comparecer a locais de atendimento de saúde para esclarecimento; abordagem adequada do paciente; preenchimento de fichas específicas de registro das visitas realizadas; participar ativamente com a comunidade de ações educativas e de controle das doenças/agravos.

- Gestores do sistema municipal de saúde: fornecimento de insumos para exame bacteriológico, fluxo laboratorial, acompanhamento dos comunicantes pela vigilância sanitária, e capacitação profissional.

Todos os profissionais envolvidos na atividade do projeto deverão passar por capacitação profissional para que não haja debilidades relacionadas à

organização e execução do mesmo, e esta deverá orientá-los quanto às doenças, tratamentos, sobre como criar uma rotina sistematizada para a busca do sintomático respiratório no caso da tuberculose, na busca do sintomático dermatológico no caso da Hanseníase, organização do material para exame bacteriológico, e como realizar a coleta do escarro. Esta capacitação será realizada em conjunto pelo médico na unidade, por profissionais de outras unidades que já desenvolvem este serviço de busca ativa – se possível –, e pelos profissionais do laboratório responsáveis pela manipulação e coleta do material bacteriológico; idealmente deverá se repetir semestralmente.

A busca ativa da tuberculose, em todos os níveis de atendimento, ocorrerá através de uma entrevista guiada pela ficha estruturada no ANEXO 1, e a busca ativa da hanseníase através da ficha de auto imagem, baseada em material disponibilizado pelo Ministério da Saúde, descrita no ANEXO 3.

Em relação à tuberculose, única das doenças que exigirá coleta de material, será necessário ainda assegurar-se de que o material coletado chegará a Unidade de Saúde e que o serviço tenha condições de armazenamento do material coletado e fluxo ao laboratório.

#### **4.4 Avaliação e Monitoramento**

Após a introdução do projeto de pesquisa espera-se que a Unidade precise de um tempo para melhorar a organização dos seus serviços e incorporar a busca ativa por hipertensos, diabéticos, sintomáticos respiratórios e dermatológicos na sua rotina de trabalho, assim como o seguimento adequado dos dois primeiros. A avaliação dessa organização deverá ocorrer no primeiro mês após a implantação, buscando verificar se há abordagem adequada durante a visita da busca ativa, e se o profissional desencadeia uma atividade educativa com o paciente – identificar o sintomático respiratório e dermatológico não significa apenas perguntar ao paciente se ele tem tosse há mais de 4 semanas ou manchas na pele, já que ambas são doenças carregadas de estigma social. Verificar se os escarros estão sendo coletados adequadamente, a conduta com esse material na unidade de saúde, armazenamento e fluxo ao laboratório. Em relação aos sintomáticos dermatológicos, avaliar se eles estão procurando a unidade conforme orientados, e os que não foram como está sendo realizada a

convocação novamente. Estes pacientes deverão ser acompanhados em todas as fases da doença, inclusive no pós-alta.

Espera-se que serão frustradas as tentativas de coleta do escarro no domicílio, se não trabalhadas as dúvidas, receios e temores do SR e SD. Pretende-se ainda acompanhar e verificar as notificações dos casos suspeitos, acompanhando cada caso suspeito até confirmação ou afastamento do diagnóstico. No critério da gestão deverá ser avaliado principalmente o envio dos insumos e o fluxo laboratorial dos materiais colhidos.

Por fim, avaliar o seguimento de hipertensos e diabéticos, quantos pacientes foram recentemente diagnosticados após orientação de procurar a ESF pelo agente de saúde, adesão ao tratamento e frequência de consultas através da anotação em tabelas dos pacientes cadastrados (ANEXO 4).

Espera-se que, com o projeto implementado dentro da rotina da Unidade, possam ser desenvolvidas ações educativas e de mobilização de comunidade, distribuindo palestras em escolas, empresas e Igrejas, orientando sobre a doença, e sobre medidas simples de manejo ambiental para proteção coletiva.

## **5. RESULTADOS ESPERADOS**

Um dos principais desafios da vigilância em saúde é a definição do seu objeto e a especificidade de suas ações. Entre as dificuldades encontradas para sua real efetivação no Sistema Único de Saúde estão a necessidade de reestruturação das ações de vigilância em saúde dentro das Unidades Básicas e Programas de Saúde da Família, e a formação de equipes multidisciplinares. O presente estudo e projeto tem o objetivo de uma reestruturação de trabalho, através da reorganização das ações de vigilância, procurando introduzir no cotidiano dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família Vila Cosmos um programa de Vigilância e ações fundamentadas na promoção da saúde como instrumentos para a gestão do cuidado.

Este estudo irá permitir, assim, a implementação de mudanças no processo de trabalho em saúde, permitindo um real reconhecimento da população adscrita nesse território, a alimentação e análise de dados dos Sistemas de Informação em Saúde permitindo no futuro além do planejamento e programação das ações de vigilância em saúde, o desenvolvimento de ações educativas e a mobilização da comunidade no controle de doenças e agravos.

## 6. CRONOGRAMA

<b>Atividades</b>	<b>Jun 2016</b>	<b>Jul 2016</b>	<b>Ago 2016</b>	<b>Set 2016</b>	<b>Out 2016</b>	<b>Nov 2016</b>	<b>Dez 2016</b>	<b>Jan 2017</b>	<b>Fev 2017</b>
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Adequação e orientação da equipe	x	x							
Implantação das Ações			x	x	x	x	x		
Realizar visitas domiciliares à população adscrita, realizando busca ativa de novos casos;			x	x	x	x			
Preencher fichas específicas de registro e acompanhamento dos agravos/doenças crônicas de acordo com a rotina da unidade de saúde;			x	x	x	x			
Notificar casos suspeitos ou confirmados, de acordo com as fichas de notificação;			x	x	x	x			
Alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde					x	x	x		
Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos em sua área de abrangência;						x	x	x	x
Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental no controle de vetores e outras ações de proteção coletiva;						x	x	x	x
Monitoramento e ajustes						x			
Análise dos dados						x	x	x	
Apresentação dos resultados								x	
Acompanhamento do Projeto								x	x

## 7. REFERÊNCIAS

1. TACHKER, S. B. Historical Development. In: TEUTSCH, S. M.; CHURCHILL, R. E. (ed.) **Principles and Practice of Public Health Surveillance**. Oxford University Press, 2000. 406p.
2. ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo: Editora Unesp – Hucitec – Abrasco, 1994. 423p.
3. REZENDE, J. M. Caminhos da Medicina – O Desafio da Febre Amarela. Disponível em: < <http://jmr.medstudents.com.br/febreamarela.htm> > . Acesso em 17 dez. 2015.
4. ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro, MEDSI, 2003, 6 ed, p. 567-71
5. PAIM, J.S. **A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários**. Salvador, 1990. [Texto produzido para a Organização Panamericana de Saúde (OPS) como contribuição ao desenvolvimento do tema "Teoria de Organização da Assistência em Sistemas Locais de Saúde"]
6. TEIXEIRA, C.F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, (33):27-32, 1991.
7. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais dos pactos da vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).
8. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015**. Brasília: DF, 2013.
9. FARIA, L.S.; BERTOLOZZI, M.R. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 789-795, Sept. 2010.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
11. CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**: 8(2), 569-584, 2003.



12. TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S153-S162, 2002.
13. PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol, M.Z. (org). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDS, 1994, p. 455-466.
14. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 7, 1998.
15. OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14(3): 929-936, 2009.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1

EQUIPE _____		ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA COSMOS		DATA:
<b>BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS</b>				
NOME:		IDADE:		REGISTRO:
Tosse há:		Vulnerável? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>		
<b>ANTECEDENTES</b>				
TB prévia <input type="checkbox"/> → Tratada		Contato TB há < 2 anos		
{ Não <input type="checkbox"/>		{ Não <input type="checkbox"/>		
{ Sim <input type="checkbox"/>		{ Sim <input type="checkbox"/> Há?		
<b>CONDUTA</b>				
<b>EXAMES</b>	<b>DATA DA COLETA</b>	<b>RESULTADO</b>		
TRM-TB				
TRM-TB + Cultura + TSA				
TRM-TB + Cultura + TSA + Baciloscopia				
<b>CONTACTANTES</b>				
Nome:		Idade:	SR? <input type="checkbox"/>	
Nome:		Idade:	SR? <input type="checkbox"/>	
Nome:		Idade:	SR? <input type="checkbox"/>	
Nome:		Idade:	SR? <input type="checkbox"/>	

## ANEXO 2

PLANO DE AÇÃO	
PSF VILA COSMOS – COSMÓPOLIS - SP	
<b><u>BUSCA ATIVA SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS</u></b>	
1	Definir responsável:
2	Definir local do interrogatório:
3	Definir local da coleta:
4	Material necessário:
	Potes
	Gelox
	Isopor
5	Impressos
	Pedido de baciloscopia
	Pedido de cultura
	Livro de sintomático respiratório
	Consolidado de interrogados
6	Definir fluxo para o laboratório:
7	Definir metas – ex: examinar 10% da população do território
8	Realizar avaliação mensal da atividade
<b><u>TRATAMENTO SUPERVISIONADO</u></b>	
9	Definir responsável:
10	Definir local para a tomada do medicamento
11	Providenciar incentivos? (ex: vale transporte?)
12	Definir estratégia com trabalhadores
13	Definir estratégia de reabilitação profissional ou inclusão social:
<b><u>CAPACITAÇÃO</u></b>	
14	Definir público alvo
15	Material de treinamento

**ANEXO 3**

**PSF VILA COSMOS – Cosmópolis - SP**

**F I C H A D E A U T O I M A G E M**

Se você tem um dos sinais e sintomas abaixo, pode ser Hanseníase.



Sinais e sintomas da Hanseníase: manchas ou placas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas, caroços e áreas do corpo com diminuição ou perda de sensibilidade.

**IDENTIFICAÇÃO:**

Nome:

Idade:

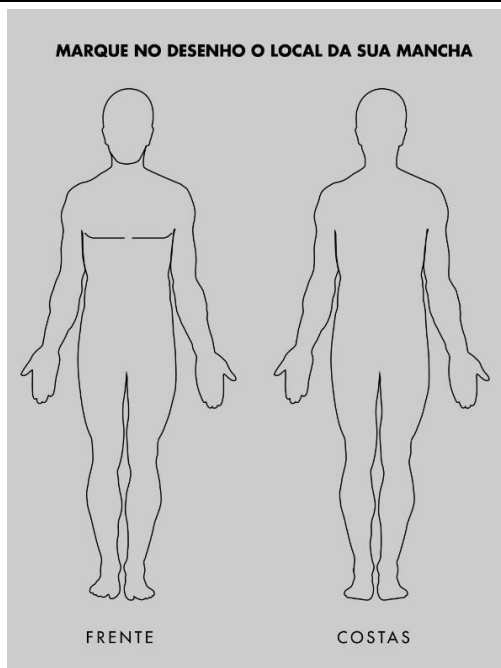
Sexo:  Masc  Fem

Endereço:

Município:

Telefone:

Ponto de Referência:



1- Tem alguma mancha na pele?  
Sim  Não

2- A mancha é de nascença?  
Sim  Não

3- A mancha coça?  
Sim  Não

4- A mancha dói?  
Sim  Não

5- A mancha é dormente?  
Sim  Não

6- Existe ou existiu alguém com hanseníase na família?  
Sim  Não   
Quem? \_\_\_\_\_

ACS:

ESF:

Encaminhado para dermatologista?

\*fonte: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/formulario\\_auto\\_imagem\\_campanha\\_hanseníase.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/formulario_auto_imagem_campanha_hanseníase.pdf)

## ANEXO 4

EQUIPE	N PRONT	NOME	DATA NASC	HAS	DM	INSULINA	NEFROPATIA	Ult microalb 24h	RETINOPATIA	Ultimo FO	NEUROPATIA	ULT. CONSULTA	RETORNO