

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

**QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL:
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Unidade 2

Compreendendo o Processo Saúde-Doença

GUIA DO ALUNO

Belo Horizonte, 2015

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Unidade Sede
Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto / Belo Horizonte/MG
CEP: 30190-002

Superintendência de Educação

Diretoria de Educação Permanente

Coordenadora Técnica do Curso
Sheilla Coutinho Ferreira

Equipe de Elaboração do Material
Adriana Alves de Andrade M. Franco
Danielle Costa Silveira
Dinalva Martins Irias
Juracy Xavier de Oliveira
Lavinne de Sousa Oliveira
Poliana Cabral de Assis

Revisão Técnico-Pedagógica

Adinéia de Oliveira Maduro
Juracy Xavier de Oliveira
Poliana Cabral de Assis
Juliana Fonseca de Oliveira Mesquita

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Rod. Prof. Américo Gianetti, s/nº - Ed. Minas
Bairro Serra Verde – Belo Horizonte/ MG

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
Departamento Gestão da Educação na Saúde

Coordenadoria Geral de Ações Técnicas em Saúde
Esplanada dos Ministério, bloco G, sala 725
Brasília/DF – CEP: 70058-900

Equipe ASCOM ESP-MG

Editor Responsável: Harrison Miranda
Núcleo de Produção: Juracy Xavier - Pedagoga
Revisão: ASCOM ESP-MG
Diagramação: Jéssica Pinho - Estagiaria
Clever Braga - Estagiário

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

Reprint em 2015

M663g Minas Gerais. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
Qualificação profissional: agente comunitário de saúde:
unidade 2: compreendendo o processo saúde-doença: guia do Aluno/
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte:
ESP-MG, 2012.

121 p.

ISBN: 978-85-62047-19-0

1. Agente comunitário de saúde 2. Saúde Pública 3. Qualificação
I. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. IV. Título

NLM WA 18

SUMÁRIO

Competências.....	09
Habilidades.....	09
Conhecimentos.....	09
Programação.....	10

Atividades de Concentração

1º Dia

Atividade I – Acolhimento.....	13
Atividade II – Renovação do Contrato de Convivência.....	15
Atividade III – Apresentação das Atividades de Dispersão / Prática Supervisionada a Unidade 1.....	15
Atividade IV – Conceito de Saúde.....	16
Atividade V – Estudo de Caso.....	21

2º Dia

Atividade VI – Integração do grupo.....	25
Atividade VII – Conhecendo as Redes de Atenção à Saúde.....	25
Atividade VIII – Redes de Atenção à Saúde.....	28
Atividade IX – Vigilância em Saúde.....	30
Atividade X – Meio Ambiente.....	34

3º Dia

Atividade XI – Reflexão sobre o Meio Ambiente.....	35
Atividade XII – Vigilância em Saúde Ambiental.....	35
Atividade XIII – Vigilância Epidemiológica.....	41
Atividade XIV – Trabalho em Equipe.....	48
Atividade XV – Estudo de Caso.....	48
Atividade XVI – Vigilância Sanitária.....	49

4º Dia

Atividade XVII – Dinâmica.....	53
Atividade XVIII – Estudo de Caso.....	53
Atividade XIX – Saúde do Trabalhador.....	54
Atividade XX – Documentário “Césio 137”.....	58
Atividade XXI – Promoção da Saúde.....	59

5º Dia

Atividade XXII – Construindo a Árvore da Promoção da Saúde.....	61
Atividade XXIII – Promoção da Saúde na ESF.....	62
Atividade XXIV – Conhecendo o Pacto pela Saúde.....	65
Atividade XXV – Orientação para as Atividades de Dispersão.....	71
Atividade XXVI – Avaliação e Encerramento da Unidade 2.....	71

Atividade de Dispersão/Prática Supervisionada

Atividade I – Processo Saúde Doença.....	76
Atividade II – Redes de Atenção.....	76
Atividade III – Visita Planejada.....	77
Atividade IV - Meio Ambiente.....	79
Atividade V - Reunião com a ESF.....	80

Anexos

Anexo I.....	82
Anexo II.....	86
Anexo III.....	87

UNIDADE 2

Compreendendo o Processo Saúde-Doença

MATRIZ CURRICULAR

Unidades de Estudo	Carga Horária		
	Teórica	Prática	Total
Unidade 1- O Agente Comunitário de Saúde e o SUS <ul style="list-style-type: none">• A História do SUS• Cidadania• Controle social• Processo de municipalização da saúde• Processo de trabalho na ESF• Atribuições do ACS• Trabalho em equipe• Acolhimento da Unidade de Saúde• Humanização e ética no trabalho do ACS	40	40	80
Unidade 2- Compreendendo o processo saúde - doença <ul style="list-style-type: none">• Conceito de saúde na perspectiva da promoção da saúde• Concepção do processo saúde-doença• Redes de Atenção a Saúde• Vigilância em saúde: Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador• Promoção da saúde• Pacto de Saúde	40	40	80
Unidade 3- A ação do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico e planejamento das ações de saúde <ul style="list-style-type: none">• Territorialização em saúde• Mapeamento da comunidade• Diagnóstico em saúde• Planejamento em saúde• Ética na visita domiciliar• Cadastramento familiar• Fichas de acompanhamento (HAS, DM, HAN, TBC, Criança e Gestante)• Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)• Abordagem familiar	40	60	100

Unidade de Estudo	Carga Horária		
	Teórica	Prática	Total
Unidade 4- Ação do Agente Comunitário de Saúde na educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos <ul style="list-style-type: none"> • Educação em Saúde; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde da mulher; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde da criança e do adolescente; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde do homem; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle da saúde do idoso; • A ação do Agente Comunitário de Saúde na saúde mental; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle das doenças crônico degenerativas; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle das doenças transmissíveis por vetores; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle do uso de álcool e outras drogas; • A ação do Agente Comunitário de Saúde no controle e prevenção da violência. 	80	60	140
Carga Horária total da Qualificação	200	200	400

Competências

Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde que visam a melhoria da qualidade de vida da população e a gestão social das Políticas Públicas de Saúde.

Desenvolver, em equipe, ações de prevenção e de monitoramento, dirigidas a situações de risco ambiental, epidemiológico, sanitário e saúde do trabalhador, para a população conforme plano de ação da Equipe de Saúde.

Habilidades

Discutir e conceituar Saúde;

Discutir e analisar o processo saúde doença e determinantes de saúde;

Conceituar riscos e agravos à saúde;

Relacionar o processo saúde-doença com as condições de vida da população e as políticas públicas de saúde;

Identificar, na micro- área, os agravos relacionados aos problemas ambientais, epidemiológicos sanitários e os que afetam a saúde do trabalhador;

Comunicar à Equipe de Saúde da Família sobre as condições ambientais, epidemiológicos e sanitários que constituem riscos à saúde do trabalhador e da população adscrita;

Orientar indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde;

Identificar e compreender a participação do Agente Comunitário de Saúde na Promoção da Saúde da população adscrita;

Identificar e compreender Redes de Atenção à Saúde;

Conceituar Vigilância em Saúde;

Conhecer o Pacto de Saúde.

Conhecimentos

Saúde, conceitos e determinantes;

Processo Saúde-Doença;

Redes de Atenção à Saúde;

Vigilância em Saúde, conceitos e aplicações;

Saneamento Ambiental;

Condições de risco ambiental: poluição sonora, do ar, da água e do solo;

Principais problemas de saúde da população relacionados ao meio ambiente;

Medidas de prevenção e controle de riscos ambientais e sanitários;

Promoção da Saúde.

PROGRAMAÇÃO

PRIMEIRO DIA		
TEMPO ESTIMADO	ATIVIDADE	METODOLOGIA
30 minutos	Atividade I – Acolhimento	Dinâmica de grupo
30 minutos	Atividade II – Renovação do Contrato de Convivência	Atividade em grupo
20 minutos	Intervalo	
2 horas e 40 minutos	Atividade III – Apresentação das Atividades de Dispersão da Unidade I	Estudo dirigido
1 hora e 30 minutos	Almoço	
2 horas	Atividade IV – Conceito de Saúde	Atividade em grupo e apresentação em plenária
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 40 minutos	Atividade V – Estudo de Caso	Atividade individual e exposição dialogada
SEGUNDO DIA		
30 minutos	Atividade VI – Integração de Grupo	Dinâmica de grupo
1 hora e 30 minutos	Atividade VII – Conhecendo as Redes de Atenção à Saúde	Atividade em grupo e apresentação em plenária
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 40 minutos	Atividade VIII – Redes de Atenção à Saúde	Roda de conversa
1 hora e 30 minutos	Almoço	
2 horas	Atividade IX – Vigilância em Saúde	Atividade em grupo
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 40 minutos	Atividade X – Meio Ambiente	Atividade em grupo

TERCEIRO DIA		
40 minutos	Atividade XI – Reflexão sobre Meio Ambiente	Exibição de vídeo e Exposição dialogada
1 hora e 30 minutos	Atividade XII – Vigilância em Saúde Ambiental	Exposição dialogada
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 30 minutos	Atividade XIII – Vigilância Epidemiológica	Atividade em grupo e apresentação em plenária
1 hora e 30 minutos	Almoço	
1 hora	Atividade XIV – Trabalho em Equipe	Dinâmica de grupo
1 hora e 20 minutos	Atividade XV – Estudo de Caso	Roda de Conversa
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 20 minutos	Atividade XVI – Vigilância Sanitária	Exposição dialogada
QUARTO DIA		
40 minutos	Atividade XVII– Dinâmica	Dinâmica de grupo
1 hora	Atividade XVIII – Estudo de Caso	Atividade em grupo e apresentação em plenária
20 minutos	Intervalo	
2 horas	Atividade XIX – Saúde do Trabalhador	Exposição dialogada
1 hora e 30 minutos	Almoço	
2 horas	Atividade XX – Documentário “Césio 137”	Atividade em grupo e apresentação em plenária
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 40 minutos	Atividade XXI – Promoção da Saúde	Atividade em dupla
QUINTO DIA		
2 horas	Atividade XXII – Construindo a árvore da Promoção da Saúde	Atividade em grupo
20 minutos	Intervalo	
1 hora e 40 minutos	Atividade XXIII – Promoção da Saúde na ESF	Exposição dialogada
1 hora e 30 minutos	Almoço	
2 horas	Atividade XXIV – Conhecendo o Pacto pela Saúde	Exibição de vídeo, Atividade em grupo e apresentação em plenária
20 minutos	Intervalo	
1 hora	Atividade XXV – Orientações para as Atividades de Dispersão	Estudo Dirigido
40 minutos	Atividade XXVI - Avaliação e Encerramento da Unidade 2	Atividade Individual

1º DIA



ATIVIDADE I

ACOLHIMENTO

.....
Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos

- Acolher os alunos;
- Fortalecer a integração do grupo.

Material

- Aparelho de som e CD com a música: Metamorfose Ambulante.

Desenvolvimento

- Forme um círculo com os colegas e reflita sobre a letra da música: Metamorfose Ambulante;
- Participe da Atividade proposta pelo Docente.



Curiosidades:

1. A mão direita simboliza nossa capacidade de ajuda e deve estar por cima da mão esquerda do colega da direita;
2. A mão esquerda simboliza nossos sentimentos, é a mão do coração;
3. Estar de mãos dadas em círculo simboliza que podemos ajudar e precisamos receber ajuda;
4. Nenhum de nós é tão forte para somente ajudar e tão fraco que só possa receber ajuda. O equilíbrio entre as pessoas está na nossa grandeza de pedir, dar e receber ajuda;
5. No círculo todos podem se olhar nos olhos, ficamos no mesmo plano, nos sentimos iguais, um não é mais importante que o outro;
6. No círculo não disputamos liderança, podemos contar uns com os outros e estamos protegidos;
7. A roda é a formação mais democrática que existe, nela temos oportunidades iguais de participação;



MÚSICA

METAMORFOSE AMBULANTE RAUL SEIXAS

.....

Prefiro ser essa metamorfose ambulante
Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo

Eu quero dizer agora o oposto do que eu disse antes
Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo

Sobre o que é o amor
Sobre o que eu nem sei quem sou
Se hoje eu sou estrela amanhã já se apagou
Se hoje eu te odeio amanhã lhe tenho amor
Lhe tenho amor
Lhe tenho horror
Lhe faço amor
Eu sou um ator

É chato chegar a um objetivo num instante
Eu quero viver essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo

Sobre o que é o amor
Sobre o que eu nem sei quem sou
Se hoje eu sou estrela amanhã já se apagou
Se hoje eu te odeio amanhã lhe tenho amor
Lhe tenho amor
Lhe tenho horror
Lhe faço amor
Eu sou um ator

Eu vou lhes dizer aquilo tudo que eu lhes disse antes
Prefiro ser essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo



ATIVIDADE II

RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE CONVIVÊNCIA

.....
Tempo estimado: 30 minutos

Objetivos

- Apresentar os temas a serem abordados durante a Unidade 2;
- Retomar e reafirmar o Contrato de Convivência estabelecido pelo grupo no início da Concentração da Unidade 1, a fim de viabilizar o bom desempenho das Atividades.

Material

- Matriz Curricular da Unidade 2;
- Contrato confeccionado no período de Concentração da Unidade 1.

Desenvolvimento

- Participe da atividade proposta pelo Docente;
- Reveja o Contrato de Convivência e verifique quais ítems devem permanecer ou quais deverão ser modificados;
- Participe da sistematização da Atividade proposta pelo Docente.



ATIVIDADE III

APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DE DISPERSÃO/ PRÁTICA SUPERVISIONADA DA UNIDADE 1

.....
Tempo estimado: 2 horas 40 minutos

Objetivo

- Apresentar as Atividades do período de Dispersão/Prática Supervisionada da Unidade 1.

Material

- Consolidado das Atividades desenvolvidas no período de Dispersão/Prática Supervisionada da Unidade 1.

Desenvolvimento

- Junte-se a sua Equipe de Saúde da Família e apresente em plenária as Atividades envolvidas na Dispersão/Prática Supervisionada:

- I. Os Serviços Públicos de Saúde do seu município;
- II. Minha Equipe de Saúde da Família;
- III. Os diferentes pontos de vista;
- IV. O Acolhimento que queremos;
- V. O SUS pela visão do usuário;
- VI. Reunião com a ESF;

- Participe da sistematização da Atividade.



ATIVIDADE IV

CONCEITO DE SAÚDE

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Compreender a amplitude do conceito de saúde.

Material

- Texto de Apoio: “Saúde e doença: dois fenômenos da vida”;
- Papel kraft, pincel atômico e fita crepe.

Desenvolvimento

- Participe da aula respondendo as questões propostas pelo Docente;
- Em grupo, participe das discussões sobre Promoção da Saúde;
- Reflita e responda as questões do quadro a seguir;
- Apresente em plenária a produção do grupo.
- Faça leitura individual do texto de Apoio: “Saúde e doença: dois fenômenos da vida”;

Concepções de Saúde e de Doença		
O que é saúde?	O que é doença?	Como resolver?

- Participe da sistematização promovida pelo Docente.

Para OMS, saúde é:

Um estado de completo bem estar físico, mental e social, não é simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades.

- Após a sistematização da atividade, transcreva o conceito de saúde construído pela turma para o quadro a seguir:

Para a turma, saúde é:



TEXTO DE APOIO

SAÚDE E DOENÇA: DOIS FENÔMENOS DA VIDA



1. Resgatando a historicidade do processo saúde-doença

Na maioria das vezes, quando perguntamos sobre a saúde de alguém, escutamos como resposta que tudo está bem se a pessoa a quem nos referimos não ficou doente, não precisou tomar medicamentos e nem utilizou os serviços de saúde. Caso contrário, a resposta será que não anda bem.

Frequentemente, temos definido saúde como oposto de doença, algo que somente percebemos quando sentimos a sua ausência. Por definirmos a saúde dessa maneira é que esquecemos que ela também significa nossa capacidade de enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda e entender o que está ocorrendo, como, ainda, os momentos da vida, nos quais somos capazes de pensar, sentir e assumir nossos atos e decisões.

Para a Organização Mundial de Saúde, essa noção traduziria “um estado de completo bem estar físico, mental e social”, mas será que esse estado existe mesmo?

Às vezes, tudo parece tão bem e... de repente, acontece um imprevisto... um acidente, por exemplo. Outras vezes, o corpo está bem, mas as preocupações com os problemas do dia-a-dia são tão grandes e se mostram tão complicados que não nos sentimos bem. Vem o desânimo, a falta de coragem, a tristeza... Outras vezes, ainda, estamos nos sentindo tão dispostos e alegres que resolvemos, por um ato solidário, doar sangue e, no exame que é feito rotineiramente nesses casos, encontramos um resultado que nos revela uma doença de que nem suspeitávamos e temos de passar por mais exames, tomar remédio e assumir cuidados.

Algumas situações nos fazem sentir doentes e, às vezes, logo identificamos qual foi a causa ou percebemos que alguma coisa agrediu nosso corpo. Outras vezes, algo não vai bem mas não nos sentimos doentes, aguardamos que passe, optamos por relaxar e pedir licença no trabalho, buscamos conselhos na família. Também existem fatores que perturbam nosso estado de saúde sobre os quais não temos consciência e nem podemos identificar fatores causais. Quando não percebemos nenhuma alteração na nossa vida, como no caso da doação de sangue, ou quando não associamos preocupações com filhos, família, casa, comida e trabalho com nossos estados de saúde ou doença, limitamos nossa compreensão da saúde à presença ou não dos processos fisiopatológicos.

Nem sempre é fácil localizar as causas de determinados problemas de saúde. Às vezes, são tantas as causas, que fica difícil dizer quem é quem, como no caso da desnutrição das crianças que está relacionada a fatores que vão desde a política econômica vigente na sociedade, determinando a má distribuição de renda, emprego, escola e alimentação, até a desorientação da mãe em relação aos cuidados na amamentação e o acesso às ações de pediatria e puericultura.

Essas situações nos fazem pensar que existe uma definição a respeito de saúde e de doença dada pelas pessoas, outra que é dada pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde e outra, ainda, pelo modo como a sociedade identifica os indivíduos que são “fortes e saudáveis” e aqueles que, não possuindo tais características, são considerados “não saudáveis” ou que vivem em risco de adoecer e morrer.

Para as pessoas, a ideia de doença e de saúde encontra-se muito próxima do que cada um considera “sentir-se bem”. Isto varia de pessoa para pessoa e depende de cada cultura, do meio em que está inserido e do modo como sua relação com o mundo define seu modo de viver. É o que chamamos de “andar a vida”.

Em algumas localidades pobres do país, onde, às vezes, o acesso à água potável é um problema, as diarreias infantis são consideradas somente como “desarranjos” e, por sua frequência constante, acabam sendo encaradas como “normais”. Outras vezes, observamos que, para os trabalhadores rurais diaristas, dores de cabeça e enxaquecas, por exemplo, não são consideradas doenças porquanto não os impedem de exercer o trabalho.

De certa forma, o que as pessoas consideram como doença ou não, se encontra em estreita relação com as estratégias de resolução do problema: a busca de profissionais de saúde ou de outros agentes, a utilização de recursos terapêuticos naturais ou a automedicação, a espera que o tempo resolva, etc.

Quando pensamos nas práticas e nas representações que os indivíduos, grupos e coletividades apresentam a respeito de saúde e doença, percebemos que existe uma multiplicidade de justificativas, explicações e discursos que se relacionam com saberes da tradição, terapias que não estão vinculadas ao conhecimento científico ocidental e até mesmo modelos de tratar como os que acontecem nos terreiros das religiões afro-brasileiras, nos sistemas de conhecimento indígena e no conhecimento popular.

Os profissionais de saúde, de maneira geral, desenvolvem suas práticas a partir de competências e habilidades adquiridas por meio de um processo de formação que tem por base o acúmulo e desenvolvimento de conhecimentos e de tecnologias que, por sua vez, são orientados pelos princípios de racionalidade científica que lhes confere estatuto de “verdade”.

Como o desenvolvimento do conhecimento humano é um processo histórico, também em relação à saúde/doença, a teoria e a prática que orientam o saber-fazer dos profissionais variam no tempo e no espaço. Na Grécia antiga, a saúde e a doença eram consideradas fenômenos naturais na vida de uma pessoa, pertenciam à natureza, tanto quanto uma árvore que nasce, cresce, dá frutos e com o tempo envelhece e morre. Não havia médicos, enfermeiros, nutricionistas, embora houvesse profissionais que cuidavam da estética e do vigor dos atletas. O estudo em saúde dirigia-se aos “ares, águas e lugares”, não ao cuidado, que era relegado aos escravos e às mulheres.

Na Europa do século XVIII, a doença, reconhecida como um estágio diferente da saúde ganhou duas importantes concepções que definiram as práticas e os sujeitos dessas práticas.

Em um primeiro momento, a doença era considerada resultado da maneira como se constituíam os aglomerados humanos, evidenciada quando do aparecimento de epidemias, sendo as ações daí decorrentes responsabilidade dos governos da época, fazendo com que surgissem profissionais e militantes políticos que, na França, por exemplo, diziam que as causas

das epidemias são sociais, econômicas e físicas e “o remédio recomendado” consistia em prosperidade, educação e liberdade, que só poderiam se desenvolver numa democracia plena e ilimitada.

Outras práticas eram desenvolvidas por agentes que atuavam como fiscais e guardas com o objetivo de livrar a sociedade das “condições” que colocavam em risco a saúde da população, queimando objetos pessoais daqueles que morriam, isolando os que apresentavam sinais de doença.

Num segundo momento, quando da descoberta do microscópio, as doenças passaram a ter uma causa visível - o micróbio - orientando o conhecimento e as práticas sobre a saúde/doença, que passaram a ter como prioridade a compreensão da dinâmica e das maneiras de se evitar os efeitos da presença desse agente.

Esses conhecimentos e práticas ainda hoje encontram-se presentes tanto em determinados fatos cotidianos como nas práticas profissionais. Podemos citar a proibição de enterrar os mortos em igrejas e a “regra” dos túmulos apresentarem “sete palmos” de profundidade, resultados da concepção de que a doença se transmitia pelos miasmas que fluíam dos cadáveres, devendo esses ser isolados em locais apropriados.

Outro exemplo clássico do pensamento microbiano encontra-se nos princípios das ações preventivas, nas campanhas de prevenção e erradicação de algumas doenças infecciosas e nas vacinas.

Passado o período de euforia em que a doença tinha um agente, um lugar para se instalar e medidas para controlar ou evitar seus efeitos e quando as sociedades humanas ficaram mais complexas, organizadas em grandes aglomerados como as cidades, em que a maioria da população, apesar do conhecimento e da tecnologia desenvolvidos ainda morria de doenças infecciosas, o pensamento microbiano e uni causal mostrou-se incapaz de responder a tais questões. Surgiram, então, outras teorias que buscavam explicar a situação de saúde/doença tendo como referência o modo como a sociedade se organizava e estabelecia as condições de vida das pessoas.

No nosso cotidiano, existem situações em que essas teorias de explicação social do processo saúde doença aplicam-se muito bem. É o caso da desnutrição infantil que apresenta muitos fatores envolvidos, de algumas doenças que são relacionadas ao trabalho, como é o caso dos cavadores de poços que apresentam doenças pulmonares e das doenças diarreicas que aparecem nas pessoas que não têm acesso a condições adequadas de moradia e ao saneamento básico.

Nos dias atuais, com o aparecimento dos cânceres, a doença passou a ter outra explicação, agora centrada não mais em um agente externo, mas dentro do próprio corpo (nas células), sendo as práticas de saúde desenvolvidas com o uso de tecnologias que invadem nosso organismo e tentam desfazer ou eliminar esses elementos que crescem e se reproduzem de maneira diferente.

Ultimamente, a ciência e a tecnologia foram mais longe. Permitiram “enxergar” dentro das células elementos que podem determinar o aparecimento de doenças - os genes - que estudados pela genética buscam identificar mensagens incorretas ou defeituosas, que são responsáveis pela maior ou menor possibilidade de as pessoas desenvolverem determinados tipos de doenças.

Nas sociedades contemporâneas, são constantemente produzidas e divulgadas pela mídia e pela indústria da saúde, padrões saudáveis de estética, de modos de viver, que acabam dominando até nosso inconsciente, e as pessoas que não se enquadram nesses padrões terminam por se sentirem excluídas e fora do contexto.

É interessante o que acontece com o chamado padrão de beleza. Se você tiver oportunidade de observar alguns quadros ou esculturas antigas, que mostram as pessoas que viveram nos séculos passados, verá que existe uma grande diferença entre homens e mulheres daquele tempo e aqueles que hoje são considerados exemplos de beleza.

E a predominância desse padrão ideal de saúde e beleza é tão forte que contribui para o crescimento de um imenso mercado de produtos que objetivam fazer com que as pessoas atinjam esse ideal. Existem revistas, jornais e programas de televisão que dão “dicas” para emagrecer, ter um corpo escultural, diminuir rugas e retardar o envelhecimento. Existem, à venda, vitaminas específicas, cremes, aparelhos para enrijecer os músculos, alimentos sintéticos, cirurgias plásticas e outros produtos que transformam as pessoas em consumidores implacáveis dessas mercadorias, na esperança de se aproximarem dos “modelos de beleza e saúde” que vemos nos cartazes, no cinema, na televisão e que povoam nosso imaginário.

2. Os determinantes da saúde

Em razão do que vimos até aqui, poderíamos deduzir que a saúde e a doença dos indivíduos e dos coletivos humanos apresentam várias causas e dependem de vários elementos que podemos chamar de determinantes de saúde e de doença.

Existem determinantes do estado de saúde que dizem respeito às condições que as coletividades, as cidades, as localidades ou o país apresentam, como nível de desenvolvimento social e econômico, como infraestrutura, como participação das pessoas nas decisões sociopolíticas e como grau de desigualdade de renda, entre outros fatores.

Por sua vez, esses determinantes contribuem para o aparecimento de condições que propiciam a saúde ou a doença. Podemos dizer que as condições de vida e trabalho, assim como a convivência com ambientes poluídos, determina a existência de fatores que condicionam o aumento de agentes transmissores de doenças infecciosas e/ou transmissíveis e alergias; a falta ou a alimentação inadequada que leva à desnutrição; a situação de miséria e exclusão social que pode levar à violência e ao mundo das drogas e outros problemas que fazem, às vezes, parecermos demandar um grande hospital para a própria sociedade.

A modificação desses determinantes por meio de intervenções voltadas para a melhoria da distribuição da renda e acesso aos benefícios das políticas públicas, como disponibilidade de serviços de saúde, escolas e creches, por exemplo, têm efeito positivo sobre as condições de vida e saúde das coletividades.

Um relatório realizado em 1974 pelo Ministério da Saúde do Canadá, conhecido como Relatório Lalonde, propunha o conceito de campo da saúde, no qual os determinantes do estado de saúde da população estariam em quatro níveis: a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção.

Na primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em 1978, a saúde foi reconhecida como fenômeno de determinação intersetorial e direito de todos. Foi acrescida, historicamente, no plano das determinações, sua interface com o ambiente, a transformação de relações sociais excludentes e a conciliação entre os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem estar para todos. Passaram a ser destacadas, a solidariedade e a equidade como condições indispensáveis para a saúde e para o desenvolvimento.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade é a provisão de um sistema de atenção à saúde universal e equânime, tendo como diretrizes a descentralização, a integralidade da atenção e a participação e o controle social.

No nosso país, a lei Orgânica da Saúde (lei 8.080), do ano de 1990, definiu no Artigo 3º que "...a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais".

A concepção ampliada de saúde e a compreensão de que ações realizadas por outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva deram origem a outras perspectivas de promoção e cuidado à saúde. Nesse sentido, promover a saúde é atuar para mudar positivamente os elementos considerados determinantes da situação de saúde doença.

A promoção e cuidado à saúde dependem do acesso à informação, de direitos sociais, da organização da vida em coletivos e da decisão política de praticar os princípios que caracterizam uma sociedade democrática, como a equidade, a solidariedade, o respeito aos direitos e a justiça social, definindo ações que objetivem a modificação dos determinantes e dos condicionantes da saúde nos ambientes de moradia, vida e trabalho.

Entretanto, para operar no sentido da integralidade, considerar a saúde das pessoas e da população e construir compromissos de gestão, é importante que as propostas organizativas, assistenciais e de promoção da saúde se aproximem mais das pessoas, respeitando aquilo que elas conhecem e valorizando sua cultura. É muito importante considerar a sabedoria popular na construção dos sistemas de informação, no cuidado aos problemas e na regulação da qualidade dos serviços. Também é importante o respeito à crença das pessoas, não banalizando sua espiritualidade e promovendo a autoestima e a autoconfiança, para que os usuários compareçam, com autonomia, ao encontro com os profissionais e sistemas de atenção à saúde e exerçam efetivamente seu direito de controle social.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Técnico de Agente Comunitário: módulo I: formação inicial do agente comunitário de saúde. Saúde e doença: dois fenômenos da vida. Belo Horizonte, 2008. p. 236-240.



ATIVIDADE V

ESTUDO DE CASO

Tempo estimado: 1 horas e 40 minutos

Objetivos

- Identificar as condições de risco à saúde de indivíduos e da população;
- Identificar as relações existentes entre o setor saúde e outros setores que também são responsáveis e contribuem para o estado de saúde da população (intersectorialidade).

Material

- Estudo de Caso: "O Caso da Cidade Maria Bonita";
- Texto de Apoio: "O Processo Saúde-Doença".

Desenvolvimento

- Faça a leitura do Estudo de Caso;
- Analise a situação descrita no Estudo de Caso e registre individualmente, as questões a seguir:
 1. Em sua opinião, o que está provocando os episódios de diarreia?
 2. Quais medidas deveriam ser adotadas para resolver o problema? (Relacionar as ações que poderiam ser tomadas, identificando os responsáveis por cada uma delas);
 3. A busca de tratamento médico resolve a questão? Esclareça.
 4. Além dos serviços de saúde quais outros órgãos as pessoas deveriam procurar para resolver o problema?
- Participe da discussão, socializando suas ideias
- Faça leitura do Texto de Apoio: "O processo saúde-doença";
- Participe da sistematização da Atividade.

O caso da Cidade Maria Bonita¹

Em uma região do bairro Moreno da cidade Maria Bonita ocorre episódios frequentes de diarreia.

Nesse território, quase todas as moradias têm o piso de chão batido, não existe água tratada e rede de esgoto, boa parte da população encontra-se desempregada e é bastante comum encontrar crianças magras, pálidas e barrigudas.

No bairro está localizada uma Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS, onde, comumente, a comunidade busca tratamento médico.

¹Texto adaptado do Guia Curricular do Curso Técnico em Higiene Dental. Módulo I. 2004. Belo Horizonte. ESP-MG.



TEXTO DE APOIO

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O conceito de saúde que temos nos dias atuais é muito mais abrangente e passa pelo atendimento às necessidades que o indivíduo ou a coletividade têm para viver dignamente. A saúde é muito mais do que não ter doença e pode ser considerada como um estado de bem-estar. No nível coletivo, populacional, a saúde e a doença, ou melhor, a saúde e os problemas de saúde, são construídos socialmente, mediante processos. Os fatores gerais que participam nestes processos são de várias origens e todos atuam em uma teia: a biologia humana, o ambiente, os modos de viver e o sistema de saúde.

Conforme o problema de saúde, um fator pode ser mais decisivo que outro. Por exemplo, nas doenças diretamente associadas a malformações congênitas, o peso da biologia é maior. Nas doenças sexualmente transmissíveis, os estilos de vida são mais importantes. Nas intoxicações por agrotóxicos os fatores ambientais são predominantes. Mas todos atuam sobre os problemas de saúde de forma integrada.

Em geral, considera-se que o ambiente e os modos de vida têm um maior peso na produção social dos problemas de saúde. No caso do ambiente, considera-se tanto o ambiente natural como o psicossocial. O ambiente natural é aquele que expressa às relações entre os seres vivos ou não vivos, por exemplo, entre rochas, relevos e vegetação e o mundo animal. Mas os homens transformaram os lugares onde vivem de forma permanente, e o desenvolvimento científico e tecnológico amplia a intensidade destas transformações. De modo geral, considera-se que nas áreas rurais as transformações são menores, e os homens estão mais próximos e com mais contatos com o ambiente natural. Ao contrário, nas áreas urbanas a relação com o ambiente natural é quase inexistente, e as densidades de população são mais elevadas.

No ambiente construído, além de participarem objetos (habitações, ruas, supermercados, etc.) criados pelas modificações e transformações humanas, estão expressas as mudanças qualitativas e quantitativas, muitas vezes com resultados negativos, dos componentes naturais.

Dentre os processos mais conhecidos que deterioram os componentes ambientais e a saúde da população, está a contaminação ou a poluição. Trata-se de adições ou subtrações de substâncias nestes componentes que mudam suas características naturais, na água, no ar, no solo e no mundo vivo.

As pessoas também vivem em um ambiente social e se relacionam através de redes entre indivíduos ou grupos sociais. Essas redes definem padrões culturais, produtivos e de consumo. Além disso, essas redes moldam os sentimentos, valores, reações e hábitos associados às diferentes situações. Por isso se fala em um ambiente psicossocial. O modo de vida é condicionado pela renda familiar proveniente de qualquer fonte (salário ou não), que, por sua vez, influencia os padrões de consumo de bens e serviços. O relacionamento entre as pessoas e com os lugares se constrói no cotidiano, e também influenciam esse relacionamento a história familiar ou registros de vida em lugares onde se viveu anteriormente.

Portanto, os homens vivem em um ambiente total, como um sistema que integra três subsistemas: o natural, o construído, o social ou psicossocial.

Estes ambientes mudam de forma permanente no espaço e no tempo, e muda também a percepção das pessoas sobre eles. Este é um aspecto muito importante para a saúde. Por vezes a percepção sobre a deterioração ocorre de diferentes formas e intensidades para cada indivíduo, em função de múltiplos fatores – sociais, econômicos, biológicos, psicológicos, etc. São exemplos de exposição a processos que produzam agravos à saúde: os vetores transmissores de doenças como a dengue, o ruído no ambiente de trabalho ou das ruas, ou o ar que respiramos nas grandes cidades.

As formas com que os homens se reproduzem e reproduzem suas relações com os outros homens e com seus ambientes definem suas condições de vida. Além da reprodução biológica da população, nas suas vidas intervêm a reprodução ecológica ou ambiental, a econômica e a da consciência conduta. Todas elas se articulam e expressam as dimensões das condições de vida, decisivas no perfil de problemas e necessidades de uma dada população em determinado território.

Assim, em espaços com intensa deterioração ambiental – seja do ar, da escassez ou má qualidade da água de consumo ou dos serviços de saneamento em geral – as condições de vida não podem ser satisfatórias, e, com certeza, o perfil de problemas e necessidades em saúde estará em íntima relação com estes problemas. Por sua vez, a situação econômica condiciona o salário ou ingresso familiar proveniente de qualquer fonte e praticamente decide os lugares onde se mora e os padrões de consumo de bens e serviços, incluindo o acesso aos serviços de saúde. No entanto, a reprodução da consciência-conduta individual ou de um grupo social está em íntima relação com as demais dimensões em decorrência

do relacionamento entre pessoas e com os lugares onde se constrói o cotidiano, valores, crenças e hábitos, mesmo que nelas também participem as heranças da história familiar, ou marcas da vida em lugares onde se viveu anteriormente.

É no dia-a-dia que as pessoas se expõem as situações que beneficiam ou prejudicam sua saúde. Na vida cotidiana, construímos nosso bem-estar e nossa saúde no território, as pessoas estudam, produzem e consomem. A exposição a situações que prejudicam a saúde não é, em geral, escolha de indivíduos nem das famílias, mas o resultado da falta de opção para evitar ou eliminar as situações de vulnerabilidade, do desconhecimento e, em algumas ocasiões, a exposição pode ser acidental.

Os lugares com condições de vida desfavoráveis são em geral marcados pelo saneamento precário, contaminação das águas, do ar, dos solos ou dos alimentos, por conflitos no relacionamento interpessoal, pela falta de recursos econômicos. São em geral lugares com enormes limitações para o consumo de bens e serviços, incluindo os mais elementares – beber água de qualidade, alimentar-se três vezes ao dia, as crianças irem à escola, o acesso aos serviços de saúde.

Assim, as condições de vida de grupos sociais nas comunidades definem um conjunto de problemas, necessidades e insatisfações que variam no tempo. Essas condições podem melhorar ou piorar, dependendo da efetiva participação de instituições e organizações formais, não formais e da própria população.

Diante disso, é possível concluir que os problemas de saúde de uma comunidade estão diretamente relacionados com os modos de viver e que a doença não se instala do dia pra noite e sim de um processo que é construído aos poucos e que um dia se manifesta de forma individual ou coletiva.

O processo saúde-doença é uma expressão que significa a possibilidade que as pessoas podem ter, ao viverem em um determinado lugar, de produzir saúde ou doença, desde que existam as condições necessárias – favoráveis ou desfavoráveis, para que um ou outro desses dois fatos (fenômenos) venham a acontecer. Saúde e doença estão intimamente relacionadas no cotidiano de nossas vidas e de nosso trabalho, e se constituem como um binômio, uma dupla inseparável.

Em geral a medição do estado de saúde de uma população se faz de forma negativa e indireta, ou seja, através da frequência de eventos que significam a “não saúde”, como por exemplo, as mortes (mortalidade) e as doenças (morbidade), ou ainda outros problemas de saúde como o baixo peso ao nascer ou os acidentes de trânsito. Por exemplo, a quantidade de pessoas que morrem, adoecem ou apresentam um determinado problema de saúde, em uma determinada população, durante um determinado período, são usadas como medida da saúde daquela população naquele período.

É claro que todos queremos ter saúde e não doença. Com saúde – tendo condições adequadas de moradia, alimentação, saneamento, emprego, lazer, educação e os demais direitos de cidadania, somos capazes de levar melhor a vida, com alegria e coragem para enfrentar as dificuldades do dia a dia.

REFERÊNCIA

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Guia Curricular do Curso Técnico em Saúde Bucal: módulo I: o contexto do trabalho em saúde no SUS / Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. O processo saúde-doença. Belo Horizonte, 2009. p. 39-41.

2º DIA



ATIVIDADE VI

INTEGRAÇÃO DO GRUPO

.....

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Promover o espírito de cooperação entre os alunos.

Materiais

- Rolo de barbante, tesoura, caneta e garrafa (pet).

Desenvolvimento

- Forme um círculo conforme orientações do Docente;
- Participe da dinâmica.



Para refletir:

“Eu sou parte de uma equipe. Então quando venço, não sou apenas eu quem vence. De certa forma, termino o trabalho de um grupo enorme de pessoas.”

Airton Senna



ATIVIDADE VII

CONHECENDO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

.....

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Conhecer as Redes de Atenção à Saúde.

Material

- Texto de Apoio: “Entendendo as Redes de Atenção à Saúde do SUS”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade em grupo;
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Entendendo a Rede de Atenção à Saúde do SUS”;
- Discuta sobre o texto e elabore 3 perguntas com respostas;
- Apresente em plenária a produção do grupo;
- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

ENTENDENDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS²

A constituição Federal de 1988 estabelece, no art. 198, que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988).

Mas, o que vem a ser uma rede? O que significa integrar ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada?

A noção de rede remete a várias concepções e significados, estando presente em quase todos os sentidos a ideia de conexão, entrelaçamento, comunicação. Assim, uma rede de ações e serviços de saúde também pressupõe conexões e comunicações. Quando se diz que um serviço de saúde está integrado numa rede, deve-se compreender que ele não conseguirá sozinho resolver as demandas que chegam a seu serviço e que terá que contar com outros serviços de saúde (de menor ou maior complexidade), bem como outras redes que se articulam com o setor saúde e que lhe dão suporte, como a educacional, a de ciência e tecnologia, a de transportes e de infraestrutura, entre outras.

O funcionamento de cada uma dessas redes é fundamental para o desempenho do sistema de saúde. Afinal, como prestar um bom atendimento em saúde sem profissionais qualificados? Sem a adequada manutenção dos equipamentos? Sem medicamentos e insumos suficientes e adequados para a atenção? Sem condições físicas de trabalho? Sem condições gerais de vida e subsistência na localidade? Sem políticas de desenvolvimento para as diferentes localidades?

Quando as variáveis econômicas e sociais não são consideradas no planejamento, os gestores enfrentam problemas diversos, como: a fixação dos profissionais nos serviços, a manutenção dos equipamentos, a garantia de medicamentos e insumos, etc.

Essas questões remetem a uma compreensão bem mais complexa da organização da rede de ações e serviços de saúde e pressupõem políticas casadas de desenvolvimento social e econômico.

Considerando que o Brasil é um país extremamente desigual, com grande discrepância entre as regiões e no interior delas, é preciso que os gestores considerem no planejamento local as diferenças na própria composição dessas redes e as desvantagens que algumas localidades apresentam.

A proposta de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde não é peculiar ao caso brasileiro. Essa é uma estratégia utilizada por todos os países que implantaram sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia.

A regionalização e a hierarquização também são diretrizes antigas para o Brasil, estando presente em várias experiências de reordenamento do sistema de saúde, mesmo antes da criação do SUS. No entanto, é somente no bojo do movimento sanitário, que desembocou na Constituição Federal de 1988, que essas diretrizes assumem papel estratégico na política nacional, tendo como objetivo garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde de forma integral e equânime.

A construção de redes de atenção à saúde representa um desafio de enorme complexidade. Envolve uma série de questões, que vão desde o “desenho” das próprias redes – incluindo a definição dos vários equipamentos sociais e serviços de saúde que a compõem, suas diferentes funções, finalidades e modos de organização e funcionamento, as formas de articulação e coordenação das ações desenvolvidas, entre outros – até os mecanismos de estruturação e gestão do cuidado à saúde.

Redes de atenção à saúde: conceitos fundamentais

Uma rede de atenção à saúde constitui-se de um conjunto de unidades de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população.

Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, na prática, funcionam como pontos de atenção ou lugares onde o cuidado à saúde é oferecido. Diferentes redes de atenção à saúde podem ser encontradas em decorrência das ações desenvolvidas, dos tipos de casos atendidos e das formas como estão articulados e são prestados os atendimentos.

²Texto adaptado pela Equipe da Diretoria de Educação Permanente.

Redes de perfil mais abrangente integram ações individuais e coletivas, voltadas para ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos principais problemas de saúde que acometem uma população de referência, admitindo, para isso, uma diversificação maior na composição das suas unidades.

Existe uma forte ligação entre a organização da atenção à saúde em rede e os objetivos da universalidade, equidade e integralidade. Em uma rede, os equipamentos e serviços não funcionam de forma isolada, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas.

A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Assim, a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuí-las geograficamente (regionalização).

Em um nível mais básico estariam as unidades dotadas de tecnologias e profissionais para realizar os atendimentos mais frequentemente necessários (por exemplo: vacinas, consultas com médicos generalistas, médicos das especialidades básicas, enfermeiros, dentistas, e com outros profissionais de saúde). Em um nível mais especializado, estariam situados os hospitais, os ambulatórios e as unidades de diagnóstico e terapia capazes de realizar procedimentos com menor frequência de necessidade (por exemplo: cirurgia cardíaca, neurocirurgia, ressonância nuclear magnética, transplante de medula óssea, etc).

Em geral, são mais frequentes doenças e agravos que necessitam de serviços de menor complexidade – ou de menor densidade tecnológica – para sua prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do que aqueles que necessitam de maior complexidade. Para utilizar exemplos extremos, felizmente, é possível verificar a ocorrência de mais casos de gripe, diarreia e hipertensão leve do que certos tumores malignos. Essa elevada frequência de casos resulta em uma maior demanda de atendimentos de atenção básica. Portanto, para que se possa atender às necessidades de saúde de uma dada população, as unidades de atenção básica devem ser distribuídas o mais amplamente possível no território.

Por outro lado, alguns serviços pressupõem equipamentos sofisticados e caros e recursos humanos altamente especializados. O número de situações atendidas deve ser suficiente para que as unidades especializadas e mais complexas não se tornem ociosas, impondo custos crescentes ao sistema de saúde.

Questões relacionadas à demanda, à otimização do uso de recursos disponíveis e à qualidade justificam a definição de bases populacionais e territoriais diferentes, na dependência das características e funções de uma dada unidade de saúde. Aquelas que prestam serviços de atenção básica podem possuir áreas e populações de referência mais restritas devido ao grande número de casos a serem atendidos. Além disso, áreas mais delimitadas podem facilitar a criação de determinados vínculos entre os profissionais e as pessoas atendidas que permitam o reconhecimento de suas necessidades de saúde e o desenvolvimento de práticas mais integradoras (de promoção, prevenção e assistência). Unidades mais complexas precisam de áreas e populações mais abrangentes, o que não diminui a responsabilidade dos profissionais que ali atuam em elaborar um plano de cuidados suficientemente abrangente para suprir as necessidades do usuário. Não se pode esquecer que a ideia de uma rede pressupõe responsabilização e articulação entre todos os seus componentes.

Outras variáveis também devem ser consideradas na organização das redes de atenção à saúde, como as distâncias e dificuldades de acesso da população.

Outra questão central para o estabelecimento de uma rede diz respeito à capacidade de resolução dos problemas de saúde atribuídos para cada nível do sistema. É comum a afirmação de que a atenção básica (muitas vezes considerada porta de entrada do sistema, primeiro nível da atenção à saúde ou atenção primária à saúde) é capaz de resolver cerca de 80% dos problemas de saúde de uma população (STARFIELD, 2002). Para isso, é preciso identificar e mensurar os problemas de saúde que se quer controlar no âmbito da atenção básica, definir as funções e tipos de ações a serem realizadas, selecionar, organizar e equipar as unidades e qualificar adequadamente os profissionais de saúde que nela atuam.

Uma alta capacidade de resposta da atenção básica é fundamental para o funcionamento das redes de atenção à saúde. Ela determina, ainda, a identificação de situações que necessitam de atendimento especializado e a garantia do acesso aos demais níveis de complexidade do sistema. Mas a capacidade de resposta da atenção básica também depende do desempenho dos serviços diretamente associados a ela nessa rede. Como exemplo, para um bom controle dos casos de câncer de colo do útero é preciso uma resposta rápida do laboratório de citopatologia. Se o laboratório tardar a responder, um caso que poderia ser tratado na atenção básica passa a necessitar de atenção especializada. O problema na lenta resposta do laboratório pode se dar por carência de profissional, por serviços indisponíveis ou por outras questões que extrapolam a organização da atenção básica e mesmo o setor saúde e precisam ser considerados no planejamento de uma rede.

O território também é uma dimensão fundamental no conceito de rede. A magnitude dos problemas de saúde varia significativamente de um lugar para outro, interferindo nas definições de composição de cada nível de atenção à saúde. Por outro lado, dinâmicas territoriais específicas exprimem determinados modos e ritmos de vida das pessoas, que podem influenciar decisões a serem tomadas quanto à localização dos serviços de saúde, suas área de cobertura, formas e horários de funcionamento.

Uma região de saúde, portanto, constitui-se como base territorial e populacional para o planejamento de redes de atenção à saúde.

A noção de base territorial usada no planejamento em saúde significa perceber a dinâmica de cada território, a mobilidade das pessoas, o que possibilita ou não a permanência das pessoas no território, dentre outras questões. Assim, uma cidade-dormitório traz questões específicas para a organização dos sistema de saúde, dificultando, por exemplo, a organização da atenção básica com horários de atendimento restritos à prática diurna. Outro exemplo são as localidades que não conseguem fixar seus profissionais na atenção por carências diversas na região. A falta de escolas, de saneamento e de vida produtiva torna-se um importante empecilho a considerar na organização de um sistema de atenção e indica a necessidade de políticas mais amplas de desenvolvimento regional para dar suporte às políticas públicas.

Vários fatores podem interferir na definição das regiões de saúde, entre eles: área total; distâncias geográficas a serem percorridas pelos usuários dos serviços de saúde; características viárias que repercutem no acesso às unidades de saúde; tamanho, perfil demográfico e epidemiológico e características culturais e socioeconômicas das populações; história e características de ocupação do território; infraestrutura de bens e serviços existentes; fluxos populacionais e relações de dependência e complementariedade entre os lugares.

Finalmente, em uma rede, a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação entre as unidades deve ser efetiva, para garantir não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado. Ela pressupõe que os usuários sejam encaminhados e atendidos em unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente ao nível básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou Estados.

REFERÊNCIA

KUSCHNIR, R.; Lima, L.D.; Baptista, T.W.F.; Machado, C.V. Configuração da rede regionalizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R (Org). Qualificação dos gestores do SUS. 2 ed. rev ampl. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 121-129



ATIVIDADE VIII

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivo

- Compreender os Sistemas de Atenção à Saúde.

Material

- Texto de Apoio: “Redes de Atenção à Saúde”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura global do Texto de Apoio: “Redes de Atenção à Saúde”;
- Participe da discussão, promovida pelo docente, sobre as seguintes questões:

1. Quais são as Redes de Atenção à Saúde existentes no SUS?
2. Qual a importância de cada uma dessas Redes de Atenção?
3. Como a APS se posiciona dentro da Rede do SUS?

- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE³

A proposta de organização de redes de atenção à saúde tem sido incluída no grande campo que possui em comum a busca por mecanismos e instrumentos de integração do cuidado. Foi concebida como uma resposta a questão de como garantir acesso com equidade a toda população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes.

Para cada dado território, propõe-se a organização de serviços para atenção integral à população com base formada por serviços "domiciliares" apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia, etc. Esta é a "porta de entrada" do sistema. Os centros primários, localizados em vilas, ficam ligados a serviços de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de serviços especializados, cuja localização deverá se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando "em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias".

Os casos que não são passíveis de resolução neste nível devem ser encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros se vinculam.

- **Atenção Primária à saúde:** Promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. São os Postos de Saúde. A Atenção Básica tem a ESF como estratégia prioritária para sua organização. Estudos demonstram que a atenção básica seria capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde.
- **Atenção Secundária à saúde (média complexidade):** Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. São os Centros de Consultas Especializadas, Ambulatórios de Especialidades, Centro de Especialidades Médicas, PAM's, etc.
- **Atenção Terciária à saúde (alta complexidade/ atenção hospitalar):** Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, tem como foco a atenção hospitalar que representa um conjunto de ações e serviços de cura e reabilitação da saúde realizado em ambiente hospitalar (ex: traumatologia-ortopedia, cirurgias, tratamento oncológico, entre outros).
- **Unidades de Pronto Atendimento:** São estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares onde, em conjunto com estas, compõe uma rede organizada de atenção às urgências. Fazem parte do atendimento pré hospitalar fixo e contam com a Classificação de Risco. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência – SAMU que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.
- **SAMU:** Realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar (residências, locais de trabalho e vias públicas), contando com as Centrais de Regulação, profissionais e veículos de salvamento. Faz parte do atendimento pré-hospitalar de urgência. As Centrais de Regulação tem um papel primeiro e indispensável para o resultado positivo do atendimento, sendo o socorro feito após a chamada gratuita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação, que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações. Ao mesmo tempo, o médico regulador avalia qual a melhor conduta: orientar a pessoa a procurar um posto de saúde; designar uma ambulância de suporte básico de vida, com auxiliar de enfermagem e socorrista para o atendimento no local; ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma UTI móvel, com médico e enfermeiro. Com poder de autoridade sanitária, o médico regulador comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e, dessa maneira, reserva leitos para que o atendimento de urgência tenha continuidade.

Nas redes de atenção à saúde, a concepção de hierarquia é substituída pela poliarquia e o sistema organiza-se sob uma forma horizontal de atenção à saúde, sem ordem e sem grau de importância entre eles, todos os pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde.

³ Texto adaptado pela Equipe da Diretoria de Educação Permanente.

REFERÊNCIA

KUSCHNIR, R, Chorny, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Rev. Ciência e saúde coletiva. Vol 15. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em: <www.scielo.br> Acesso em 13 jan. 2012.



ATIVIDADE IX

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Identificar o conhecimento prévio dos alunos sobre Vigilância em Saúde.

Material

- Texto de Apoio: “Vigilância em Saúde: conceitos básicos”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade Proposta pelo Docente;
- Forme grupo e respondam as seguintes questões:
 1. O que significa para você Vigilância em Saúde?
 2. Qual é o trabalho do vigilante em Saúde?
 3. Como é a relação da Vigilância com a Saúde?
 4. Como você percebe a relação de cuidado em Saúde com a Qualidade de Vida?
-
- Apresente em plenária a produção do grupo.
- Faça a leitura do Texto de Apoio: “Vigilância em Saúde: conceitos básicos”, construindo coletivamente o(s) conceito(s) de Vigilância em Saúde;
- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONCEITOS BÁSICOS

.....

As referências às epidemias e ao seu impacto sobre as sociedades são bastante antigas, como a descrição da chamada Praga de Atenas, doença desconhecida que ocorreu entre 430 a 427 a.C e dizimou aproximadamente um terço da população daquela cidade (NELSON et al., 2001).

No Antigo Testamento, já existiam referências à adoção de medidas de isolamento para separar os portadores de doenças, considerados impuros. As práticas de isolamento das pessoas doentes estendem-se por toda a Idade Média, utilizadas principalmente contra os leprosos e os acometidos pela peste. Essas ações são antecessoras da quarentena que viria a ser adotada, a partir de 1384, em Veneza, o principal porto de comércio com o Oriente, para tentar impedir que a epidemia de peste que alastrava na Ásia Central, conhecida como a Morte Negra, chegasse até a Europa. Naquele momento, foi instituída, pela primeira vez, a notificação obrigatória dessa doença e foram estabelecidas medidas de isolamento para as pessoas, as embarcações e as mercadorias, fazendo surgir a forma de vigilância exercida sobre as pessoas doentes (ROSEN, 1994; NELSON et al., 2001).

A invasão de epidemias nas cidades da Europa Ocidental, no período final da Idade Média, leva os governos a adotar medidas de monitoramento sobre as doenças transmissíveis e a aplicação de normas sobre cemitérios e mercados, áreas consideradas de alto risco para o surgimento e a propagação das doenças contagiosas (THACKER, 2000).

No Brasil, o registro mais antigo de ações de prevenção e controle de doenças é referente à adoção de medidas para conter uma epidemia de febre amarela, no século XVII, no porto de Recife (REZENDE, 2004). A partir da transferência da Coroa Portuguesa, estrutura-se, em 1808, uma política sanitária que adota, entre outras medidas, a quarentena. Em 1889, é promulgada a primeira Regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos para tentar, de maneira semelhante aos seus antecessores europeus, prevenir a chegada de epidemias e possibilitar um intercâmbio seguro de mercadorias.

A partir de 1903, quando Oswaldo Cruz assume a Direção Geral de Saúde Pública (DGSP) do então Ministério da Justiça e Negócios Interiores, inicia-se um conjunto profundo de mudanças que se consubstancia, em 1904, com a reorganização dos serviços de higiene que confere ao Governo Federal a responsabilidade de coordenar as ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis; cria o primeiro programa vertical, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela; e institui a obrigatoriedade de vacina antivariólica (Fiocruz, 2004).

Durante a maior parte do século XX, o Estado brasileiro organizou as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis como programas verticalizados, com a formulação, a coordenação e a execução das ações realizadas diretamente pelo Governo Federal. Esses programas, em 1941, estabeleceram-se como Serviços Nacionais encarregados de controlar as doenças mais prevalentes na época, como a malária, a febre amarela, a peste, a tuberculose e a lepra. Sua estrutura se dava sob a forma de campanhas, adaptando-se a uma época em que a população era majoritariamente rural, e com serviços de saúde escassos e concentrados, quase exclusivamente, nas áreas urbanas.

Em 1968, foi criado o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) na Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) que aplica os conceitos e as práticas da moderna vigilância, nascida nos Estados Unidos na década de 1950, no programa de erradicação da varíola. O CIE instituiu, a partir de 1969, o primeiro sistema de notificação regular para um conjunto de doenças com importância para monitoramento de sua situação epidemiológica, o qual se originava desde as unidades das Secretarias Estaduais de Saúde.

A V Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1975, propôs a criação de um sistema de Vigilância Epidemiológica no país (BRASIL, 1975). Essa recomendação foi imediatamente operacionalizada, com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que se estruturou nesse mesmo ano, por meio da promulgação da Lei n. 6.259 (BRASIL, 1975a), regulamentada pelo Decreto Presidencial n. 78.231 (BRASIL, 1976), no ano seguinte. Com base nesses instrumentos, o Ministério da Saúde, no mesmo ano de 1976, institui a “notificação compulsória de casos e/ou óbitos de 14 doenças para todo o território nacional” (BRASIL, 2003).

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), coerente com o momento em que foi criado, era baseado no Ministério da Saúde e nas Secretarias Estaduais de Saúde, excluindo os municípios que, naquela época, não exerciam o papel de gestores de sistema de saúde. Em resposta ao perfil epidemiológico do momento em que foi criado, o SNVE atuava exclusivamente sobre as doenças transmissíveis.

A incorporação de outros objetos, como a vigilância de fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis (Dant), ainda é muito incipiente, só tendo efetivamente passado a adquirir contornos de uma atividade institucionalizada no Sistema Único de Saúde a partir do final dos anos 1990.

1.2 Evolução do conceito de Vigilância em Saúde

Na definição original, proposta pelo pioneiro A. LANGMUIR (1963), a vigilância correspondia, essencialmente, à detecção, análise e disseminação de informação sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo. Esse novo termo, vigilância (*surveillance*), foi utilizado, pela primeira vez, em abril de 1955, na denominação do Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite, criado junto aos Centros de Controle de Doenças (CDC) para coletar, consolidar e disseminar informação epidemiológica sobre essa doença.

A vigilância pode ser definida como sendo a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la (LANGMUIR, 1963).

A característica essencial da atividade de vigilância é, portanto, a existência de uma “observação contínua” e da “coleta sistemática” de dados sobre doenças. Em todos os conceitos posteriormente utilizados para definir essa atividade de saúde pública, até os da atualidade, essa é uma característica que sempre está presente.

LANGMUIR não considerava apropriado adicionar a qualificação epidemiológica à vigilância, por considerar que esse acréscimo poderia levar a uma confusão com a própria disciplina Epidemiologia. O primeiro autor a utilizar o conceito Vigilância Epidemiológica foi o médico tcheco K. RASKA, que havia implantado sistemas de vigilância de doenças no

Instituto de Epidemiologia e Microbiologia de Praga, na década de 1960. RASKA define Vigilância Epidemiológica como “o estudo epidemiológico de uma enfermidade, considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre” (RASKA 1966).

O conceito elaborado por RASKA é menos preciso que o de LANGMUIR, mas a denominação que ele utilizou, Vigilância Epidemiológica, ganhou legitimidade internacional ao ser empregada para designar a unidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1966. Essa unidade foi responsável pela disseminação da atividade de vigilância como um instrumento fundamental para tornar viável a erradicação da varíola.

A prática de vigilância naqueles primeiros anos, e até recentemente, em países como os Estados Unidos da América (EUA), tinha como produto final a elaboração de recomendações, como fica evidenciado na definição de LANGMUIR (1963), “regular disseminação dessas informações (sobre o comportamento das doenças) a todos que necessitam conhecê-las”, resultantes da análise dos dados, a ser transformada em medidas por outros agentes, e não pelos próprios integrantes da vigilância.

Os elementos essenciais da atividade de vigilância, que servem para caracterizá-la e diferenciá-la de outras práticas de saúde pública, são: (1) o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, o que a diferencia de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional; (2) o foco dirigido para determinados resultados específicos, procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançadas; (3) a utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública, particularmente os referentes à morbidade e à mortalidade, ainda que outras informações possam subsidiar a análise da situação de determinadas doenças e seus fatores de risco; e (4) o sentido utilitário, pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre a mesma (TACKER & STROUP, 1997; FOEGE et al., 1976; SILVA JÚNIOR, 2004).

Em vários países, no entanto, inclusive no Brasil, desde o início, ocorreu um processo de atuação mais integrada entre as ações típicas de vigilância com a execução dos programas de prevenção e controle de doenças.

Outra questão importante foi o foco apresentado pelas ações de vigilância sobre as doenças transmissíveis. Apesar de nenhuma definição, técnica ou legal, restringir o objeto de ação da vigilância, na prática, só muito recentemente desenvolveram-se metodologias e técnicas adequadas a serem utilizadas para novos objetos, como a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis (Dant). É importante ressaltar que, nesse caso, o objetivo da vigilância, diferentemente da vigilância de doenças transmissíveis, não é conhecer cada caso individual para adotar medidas que evitem a propagação da doença, e sim, monitorar o comportamento de sua prevalência e de seus fatores de risco para propiciar a adoção de medidas de Promoção da Saúde (SILVA JÚNIOR et al., 2003).

Mais recentemente, pode ser percebida a utilização de denominações que buscam sintetizar de maneira mais apropriada essa necessidade de ampliação do objeto da Vigilância. O CDC e a OMS passam a utilizar o conceito de vigilância em saúde pública, da qual a vigilância de doenças transmissíveis seria apenas um dos componentes. Para o CDC, vigilância em saúde pública é a coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a eventos da saúde para uso na ação da saúde pública com o objetivo de reduzir a morbidade (doença) e a mortalidade (morte) e melhorar a saúde (CDC, 2004).

No Brasil, algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, a partir de meados dos anos 1990, passaram a utilizar a denominação vigilância à saúde ou vigilância da saúde para designar as novas unidades de suas estruturas organizacionais que promoveram a unificação administrativa entre a área de vigilância epidemiológica e as atividades a ela relacionadas, com as áreas de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador (PAIM, 2003).

Em 2003, o Ministério da Saúde reorganizou a área de epidemiologia e controle de doenças, com a extinção do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) e a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta passou a reunir todas as atribuições do Cenepi e dos programas que integraram a extinta Secretaria de Políticas de Saúde: tuberculose, hanseníase, hepatites virais e as doenças sexualmente transmissíveis e Aids (BRASIL, 2003a).

A alteração na denominação correspondeu a uma importante mudança institucional, de reunir todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura, e consolidar o processo de ampliação do objeto da Vigilância.

O objetivo foi buscar responder melhor aos desafios colocados pelo perfil epidemiológico complexo que se apresenta nos anos recentes. A adoção do conceito de Vigilância em Saúde procurou simbolizar essa nova abordagem, mais ampla do que a tradicional prática de Vigilância Epidemiológica, tal como foi efetivamente construída no país, desde a década de 1970.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, as ações de Vigilância Epidemiológica, restritas ao controle de doenças transmissíveis, eram conduzidas pelo Ministério da Saúde. Apenas os Estados integravam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criado em 1975 (Lei n. 6.529, 1976), e cabia-lhes executar as ações definidas pela União. Situação semelhante ocorria no desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária. Nessa época, as ações de vigilância ambiental eram praticamente inexistentes no âmbito do sistema público de saúde.

A efetiva descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica iniciou-se em dezembro de 1999, momento marcado pela publicação da Portaria Ministerial 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica 01/96 quanto às competências da União, Estados e Municípios na área de epidemiologia e controle de doenças, resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestores do SUS. Já na Vigilância Sanitária esse processo começou com a publicação da Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribuiu competência à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de Vigilância Sanitária.

Em 2004, novo instrumento normativo foi publicado, a Portaria Ministerial n. 1.172, indicativo dos esforços de aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância. Nesse instrumento, definem-se as atividades denominadas de Vigilância em Saúde, a saber: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde. No entanto, conforme já foi citado, vários estados e municípios incorporaram também a Vigilância Sanitária e a Vigilância à Saúde do Trabalhador como atividades precípua da Vigilância em Saúde.

A necessidade de potencializar o processo de descentralização das ações de vigilância tendo em vista o Pacto pela Saúde é traduzida na atualização dos atos normativos da Vigilância em Saúde através da Portaria Ministerial n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009, (BRASIL, 2009). Nessa portaria estados, Distrito Federal e municípios são fortalecidos no papel de gestores da vigilância, bem como se ampliam as ações denominadas de Vigilância em Saúde, abrangendo:

- Vigilância Epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- Promoção da Saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- Vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;
- Vigilância em Saúde Ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;
- Vigilância da Saúde do Trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos; e
- Vigilância Sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

REFERÊNCIA

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Coleção Para Entender a Gestão do SUS, Brasília, CONASS, 2011. p.320.



ATIVIDADE X

MEIO AMBIENTE

Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivo

- Identificar as informações que os alunos possuem sobre o tema “Meio Ambiente”.

Material

- Folha A4 para cada aluno.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade em grupo;
- Reflita e discuta as questões que seu grupo ficar encarregado;
- Responda individualmente as questões.
- Siga as orientações do Docente;

Questões:

1. Para o grupo, o que é Meio Ambiente?
 2. De que forma o homem se relaciona e modifica o Meio Ambiente?
 3. O que você entende por risco ambiental?
 4. Qual é o maior problema ambiental, para o grupo?
 5. Como é o Meio Ambiente no seu município?
 6. A região é poluída? Cite os tipos de poluição.
 7. O que você faz para colaborar com o Meio Ambiente?
 8. As ações humanas e as implicações no Meio Ambiente?
 9. Condições ambientais que causam efeitos indesejáveis à saúde (condições geradoras de doenças)?
- Participe da sistematização da Atividade proposta pelo docente.

3º DIA



ATIVIDADE XI

REFLEXÃO SOBRE MEIO AMBIENTE

.....
Tempo estimado: 40 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o conceito de Meio Ambiente.

Material

- Vídeo: "Repensando nossas ações: Reconstruindo atitudes".

Desenvolvimento

- Assistir ao Vídeo: "Repensando nossas ações. Reconstruindo atitudes";
- Participe da discussão sobre as questões apresentadas no vídeo, incluindo:
 1. Os aspectos ambientais, o modo de produzir, distribuir e consumir produtos/mercadorias;
 2. A produção de lixo como problemas de saúde pública (exemplos: acúmulo de materiais descartáveis representam foco de proliferação das larvas do mosquito transmissor da dengue; o acúmulo de lixo representa abrigo para roedores, veiculador da leptospirose, etc.);
 3. Em Belo Horizonte e São Paulo está em vigor uma Lei que proíbe a distribuição, pelo comércio, das tradicionais sacolas plásticas. Vocês concordam ou não com essa medida? A Lei deveria ser aplicada em outras cidades brasileiras? Por quê?
 4. Como a Equipe de Saúde pode contribuir para diminuir ou eliminar os problemas ambientais na comunidade?
- Sistematizar a Atividade esclarecendo as dúvidas.



ATIVIDADE XII

VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

.....
Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivos

- Conceituar Vigilância em Saúde Ambiental;
- Identificar suas principais ações e área de atuação;
- Relacionar problemas ambientais com a Saúde Pública.

Material

- Texto de Apoio: "Vigilância em Saúde Ambiental".

Desenvolvimento

- Participe da Atividade promovida pelo Docente;
- Faça a leitura do Texto de Apoio "Vigilância em Saúde Ambiental";
- Participe da sistematização da Atividade, esclareça suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

.....

A relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma população define um campo de conhecimento referido como “Saúde Ambiental” ou “Saúde e Ambiente”.

Este compreende que a área da saúde pública, está habituado ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas e às correspondentes intervenções (ações) relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano sob o ponto de vista da sustentabilidade.

Trata-se de um campo de práticas intersetoriais e transdisciplinares voltadas aos reflexos, na saúde humana, das relações ecogeossociais do homem com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade, a fim de orientar políticas públicas formuladas com utilização do conhecimento disponível e com participação e Controle Social.

A temática saúde e ambiente vem sendo amplamente discutida através de disciplinas tanto da área da saúde quanto das ciências ambientais. Nos últimos, anos existe um maior número de estudos relacionando estes temas (PALÁCIOS et al., 2004).

Entretanto, “a existência de relações entre a saúde das populações humanas e ambiente já está presente nos primórdios da civilização humana, através dos escritos hipocráticos” (PIGNATTI, 2004, p. 133).

O pensamento hegemônico de que todos os recursos naturais seriam infinitos e renováveis fez com que as sociedades, após a exploração dos mesmos, abandonassem esse habitat. “Esse processo afetou profundamente a qualidade do ambiente e de vida das suas populações” (AUGUSTO, 2003, p. 178).

Por várias décadas, após a Segunda Guerra Mundial, várias partes do mundo uniram esforços para erradicar doenças através da aplicação de ciências biomédicas e promoção da saúde através de programas públicos, fomentando equidade social e econômica. Estas ações pareciam surgir efeito, mas, nos últimos anos do século XX os esforços para promoção da saúde foram largamente abandonados em favor do aumento da atividade econômica, ao custo de um aumento rápido das disparidades de renda dentro e entre os países. Isto ocorreu em um contexto de mudança ambiental global, a uma velocidade e escala sem precedentes na história humana recente (WALTNER-TOEWS, 2001).

De acordo com Sabroza e Waltner-Toews (2001) o estabelecimento de uma nova ordem mundial, com a integração de economias de diversos países e o subsequente aumento da circulação de pessoas e mercadorias, tem levado a uma perda da unidade dos modos de vida tradicionais e degradação ambiental.

Segundo Forget e Lebel (2001) no século vinte houve um considerável progresso no desenvolvimento de modelos para ilustrar e conceituar as relações entre o ambiente e a saúde humana. A modelagem da saúde humana baseada na relação humana com o ambiente foi inicialmente desenvolvida pela experiência do mundo biomédico e a luta para controlar doenças infecciosas. Apesar de oferecer abordagens reducionistas, este enfoque, dominado pelo clássico modelo biomédico de saúde permitiu que pesquisadores dessem passos importantes na direção da compreensão das causas das doenças que afetam seres humanos. Temos agora uma compreensão muito maior dos mecanismos basais das doenças e podemos observar que houve progressos espetaculares na medicina clínica.

Contudo, torna-se importante ressaltar que a saúde de uma população depende intimamente da complexa relação que esta estabelece com o seu meio. Forget e Lebel (2001), citando Nielsen (1998), apontam que o mundo está sujeito à influência de muitos fatores complexos que minam a saúde de todos os seres vivos, e esta questão não pode ser resolvida exclusivamente através do enfoque médico reducionista, a despeito de toda sua sofisticação.

Entretanto, segundo Minayo et al. (2006), embora seja óbvia a relação desses dois termos na prática concreta e empírica, ela não é um dado. Portanto, torna-se necessária uma maior reflexão acerca dessa relação.

A questão ambiental foi tratada pela primeira vez, na agenda dos grandes temas internacionais, na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, realizada em 1972, em Estocolmo, Suécia. Foi a primeira iniciativa

das Nações Unidas no sentido de examinar a questão do meio ambiente de maneira global e coordenada, buscando respostas aos problemas existentes e procurando definir futuras linhas de ação. Em 1983, em resposta às resoluções da Assembleia Geral da ONU, foi constituída a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, tendo por objetivo o reexame da questão ambiental de forma inter-relacionada com o desenvolvimento e a formulação de estratégias de ação com vistas a uma Agenda Global para Mudança. Em 1987, a Comissão apresentou seu relatório final, intitulado “Nosso Futuro Comum”, que se constituiu em referência básica, no âmbito internacional, para a organização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992. (COPASAD, 1995).

Na década de 1990, vários trabalhos sobre o impacto humano no ambiente e as consequências à saúde humana foram realizados por grupos de pesquisadores ingleses, norte-americanos e canadenses. Relações como crescimento populacional e perfil de mortalidade (morte), desigualdade social e qualidade de vida, aumento do buraco na camada de ozônio e crescimento da radiação ultravioleta, urbanização e poluição do ar, poluição da água e consequências à saúde, etc, têm sido abordados em vários encontros e conferências temas que demonstraram a conservação e proteção da saúde e do ambiente, como o centro da preocupação do novo modelo de desenvolvimento denominado “desenvolvimento humano sustentável”, com ênfase especial na dimensão humana, ou seja, centrado na população.

No Brasil, a Saúde Ambiental encontra-se expressa nos seguintes artigos da Constituição Federal de 1988:

- » Art. 23, incisos II, VI, VII e IX, que estabelece a competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios de cuidar da saúde, proteger o meio ambiente, promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico, além de combater a poluição em qualquer de suas formas e preservar as florestas, a fauna e a flora;
- » Art. 200, incisos II e VIII, que define, como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras, a execução de “ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988).
- » Art. 225, no qual está assegurado que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (BRASIL, 1988).

A Lei n. 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), incluiu as ações inerentes à vigilância sanitária; à vigilância epidemiológica; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho; o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, entre outros (art. 6º, Lei n. 8.080/90).

Esse preceito constitucional foi sendo implementado aos poucos: em 1997, o Ministério da Saúde formulou o projeto Vigisus com o objetivo, entre outros, de estruturar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental de acordo com as diretrizes do SUS, definindo com maior clareza o papel da Vigilância em Saúde Ambiental no que toca aos fatores que podem acarretar riscos à saúde humana; e, em maio de 2000, o Decreto n. 3.450 inicia a estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental, assegurando a sua implantação em todo o território nacional.

Em 2003 a Lei n. 10.683, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, atribui como uma das competências do Ministério da Saúde a “saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e índios” (BRASIL, 2003) e o Decreto n. 4.726/2003, que trata da estrutura regimental do Ministério da Saúde, definiu que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo o ambiente de trabalho (BRASIL, 2003).

Em 2005 a Instrução Normativa SVS/MS n. 1 estabeleceu o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (Sinvisa), definiu os níveis de competência das três esferas de governo na área de Vigilância em Saúde Ambiental e definiu o ambiente de trabalho como objeto de vigilância, de forma complementar à Instrução Normativa de Vigilância à Saúde do Trabalhador, aprovada pela Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998.

A Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), insere as ações de vigilância em saúde ambiental no escopo das atribuições da área de Vigilância em Saúde, definindo a Vigilância em Saúde Ambiental como “conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde”.

Saúde Ambiental e Saneamento

No Brasil, as questões ambientais tradicionalmente relacionadas à saúde foram, durante muitos anos, uma preocupação quase que exclusiva de instituições voltadas ao saneamento básico (água, esgoto, lixo etc.), estando presentes nas propostas governamentais e vinculadas a diversos espaços dentro do aparelho de Estado, notadamente em alguns ministérios como os da Saúde e do Interior, secretarias estaduais e municipais, além de algumas universidades (TAMBELLINI, A. T. & CÂMARA, V. M, 1998).

Segundo os mesmos autores, a ideia de ambiente, como elemento importante para o campo da saúde pode ser considerada antiga, porém “sua caracterização em termos técnicos científicos tem sido considerada suficientemente vaga e imprecisa para admitir variadas formas e concepções na elaboração da sua (do ambiente) possível relação com a saúde propriamente dita” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 48). Este ambiente tem sido percebido como meio externo ou o cenário onde os processos de doença se desenrolam.

Para estes autores a epidemiologia teve papel decisivo na elaboração de questões que abriram espaço para a incorporação da relação saúde e ambiente no campo da Saúde Coletiva. Entretanto, em um primeiro momento, ainda prevalecia a ideia de ambiente como externalidade ao sujeito. “Algumas concepções de ambiente ficaram fora do foco central de preocupações de uma Saúde Coletiva emergente, como, por exemplo, aquela que o compreendia no âmbito de um espaço definido geograficamente” (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 49), recuperada mais tarde por trabalhos recentes.

Subsistiu, em um primeiro momento, à margem da Saúde Coletiva, uma concepção de saúde ambiental no formato de modelos epidemiológicos tradicionais. Essa talvez tenha sido uma possibilidade para a área da Saúde Ambiental se desenvolver cientificamente, sem considerar as questões da subjetividade e as explicações das Ciências Sociais que justifique seu afastamento e quase exclusão do âmbito da Saúde Coletiva, nesse período. A reincorporação de uma “nova Saúde Ambiental”, integrando o campo da Saúde Coletiva torna-se possível quando a Saúde do Trabalhador, estabelecida como disciplina deste campo, aponta e se declara parte de uma relação mais ampla que envolve a produção, o ambiente e a saúde. Desde então, a área da Saúde Ambiental tem fornecido um significativo aporte de conhecimentos e técnicas ao campo da Saúde Coletiva. Entretanto, no setor da saúde parece haver maior dificuldade para sua efetiva implantação e desenvolvimento (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Este enfoque apresenta-se como “umas das possibilidades de construção teórico-prática das relações entre saúde e ambiente nos níveis microssociais, dialeticamente articulados a uma visão ampliada de ambos os componentes” (MINAYO et al., 2006, p. 173). Trata-se de um modelo teórico-metodológico que vem sendo construído nos Estados Unidos e no Canadá e se configura como uma proposta de desconstrução do paradigma antropocêntrico e de dominação. Na busca de respostas a problemas concretos de qualidade de vida, reúne a reflexão de cientistas, sociedade civil e gestores públicos (MINAYO et al., 2006).

Apesar da não aceitação da saúde como simples ausência de saúde na definição da OMS, quase todos os esforços para melhorar a saúde humana no século passado têm sido destinados a livrar o mundo de várias doenças. De fato, a erradicação de doenças contagiosas é uma grande conquista da área, mas os programas de controle de doenças não têm sido muito efetivos nos últimos tempos. O surgimento de inúmeros organismos multirresistentes e insetos vetores resistentes a pesticidas indicam resultados involuntários de terapias que utilizamos para controlá-los ou eliminá-los. Assim torna-se necessário encontrar soluções mais criativas para alcançar a saúde (WALTNER-TOEWS, 2001).

O autor ainda afirma que o sucesso de programas que se propõem a promover saúde em algumas dimensões, como por exemplo, através da reestruturação ambiental para melhoria do suprimento de alimento, energia e água, têm tido resultados negativos sobre a saúde, expandindo ou criando novos habitats para fauna e flora que causam doenças, e removendo fontes de renovação natural da terra. Programas de controle de doenças podem, por si, prejudicar a saúde, de pelo menos duas maneiras. Primeiramente, perturbando sistemas ecológicos que tornam a saúde possível, como no caso do uso da DDT para controle do vetor da Malária, mas que põe em perigo a integridade de interações entre insetos polinizadores, pássaros e a produção de alimento. Em segundo lugar, suplementação alimentar, vacinação e programas de tratamento com drogas baseados no modelo biomédico podem comprometer a capacidade das pessoas se adaptarem ao seu meio, com seus próprios recursos. Além disso, profissionais da assistência à saúde, que são bem preparados para diagnosticar e tratar doenças são, em geral, pobremente treinados para promover a saúde. De acordo com ele, os atuais esforços dos programas de controle de saúde e doença estão focados em encontrar determinantes individuais de doenças e as amplas condições sistêmicas têm sido ignoradas.

Problemas resolvidos individualmente originam problemas maiores nos níveis regional ou global. Assim, salvando crianças através de campanhas de vacinação, sem programas concomitantes de educação, nutrição, agricultura e sustentabilidade

ambiental, compromete-se a saúde de todas as comunidades (WALTNER-TOEWS, 2001). Esse fato se deve ao não desenvolvimento de uma imunidade natural frente aos patógenos presentes no nosso meio.

Para este autor, de fato, a tensão entre uma saúde populacional sustentável, que requer certa taxa de morte e reposição, e saúde individual para a qual morte é o último resultado negativo, não pode ser resolvida dentro do modelo biomédico atual. As atuais abordagens disciplinares ligadas à saúde, focadas em questões biomédicas e de comportamento pessoal, inibem pesquisas que abordem as reais causas, que refletem interações entre economia, política e ecossistema.

Waltner-Toews (2001) ainda afirma que os problemas de saúde não estão somente relacionados à falta de investimentos em saúde pública e infraestrutura científica. Esta é muito importante, mas o não investimento no bem público, generalizado sob as condições da globalização, é um produto da falta de apreciação da natureza e complexidade destes problemas.

O desenvolvimento de sistemas e enfoques que buscam a compreensão de interações ecossistêmicas aponta uma alternativa à busca não somente de saúde, mas de preservação ambiental e qualidade de vida (WALTNER-TOEWS, 2001). Diante das discussões ampliadas acerca do conceito de saúde, os estudos devem estar direcionados para um pensamento em termos de sistemas complexos.

Para além das ações de saneamento é fundamental que os gestores da saúde avaliem como podem planejar ações e desenvolver a articulação intersetorial necessárias para atuar no campo da Saúde Ambiental, a fim de impactar positivamente na saúde da população.

É consenso na literatura que para promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos e doenças, as ações de saneamento básico são fundamentais, constituindo-se também como fator importante no desenvolvimento socioeconômico dos países e na qualidade de vida das pessoas (BANCO MUNDIAL, 2000; FERRANTI, 2003).

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) vem alertando para a grave situação do saneamento no mundo, destacando o fato de que no começo do século XXI mais de 1 bilhão de pessoas não tinham acesso à água potável. Dos 130 milhões de habitantes da região da América Latina e Caribe, mais de 70 milhões não têm acesso a redes de abastecimento de água; mais de 95 milhões de pessoas não recebem serviços de coleta de lixo e destino dos dejetos; e 194 milhões de pessoas vivem em locais em que os sistemas de esgotamento sanitário não têm nenhum tipo de tratamento.

Estudo publicado pelo Ministério da Saúde sobre a evolução do saneamento básico no Brasil no período de 1980 a 2000 demonstrou que o país apresenta insuficiências e desigualdades na distribuição dos serviços de saneamento básico, tanto entre populações urbanas e rurais quanto entre populações urbanizadas.

Para o SUS é importante considerar as relações entre ações de saneamento e a saúde da população. Torna-se fundamental a análise sobre as doenças cuja transmissão está vinculada às ações de saneamento ou à falta de estrutura adequada deste.

A título de exemplo, listamos doenças que estão associadas à situação do saneamento:

- a. Inadequação ou falta de esgotamento sanitário: diarreias; verminoses; teníase; esquistossomose e cisticercose.
- b. Acondicionamento inadequado ou destino final do lixo: dengue, febre amarela, leishmaniose, salmonelose, leptospirose, peste, toxoplasmose, cisticercose, teníase e rickettsioses.
- c. Inadequação do abastecimento de água: dengue, febre amarela, hepatite, poliomielite, cólera; febre tifoide e paratifoide; diarreia; tracoma; conjuntivites, escabiose; leptospirose; esquistossomose e malária.
- d. Inadequação da habitação: doença de Chagas.
- e. Ausência de drenagem: malária.
- f. Condições sanitárias inadequadas ou inexistentes: esquistossomose, diarreias, escabiose, tracoma, conjuntivite e outras verminoses.

Diante dessa situação, urge a necessidade de aproximar as políticas setoriais e construir e implantar instrumentos adequados de planejamento que possibilitem a construção de programas comuns e multisetoriais nesse campo e, nesse sentido, o Ministério das Cidades, criado em 2003, tem a missão de combater as desigualdades sociais, transformando as cidades em espaços mais humanizados e ampliando o acesso da população à moradia, ao saneamento e ao transporte. Compete a esse ministério tratar da Política de Desenvolvimento Urbano e das políticas setoriais de habitação, saneamento ambiental, transporte urbano e trânsito, de forma articulada com estados, municípios e organizações não governamentais, além dos movimentos sociais.

Já as ações de engenharia de saúde pública e de saneamento vinculadas ao Ministério da Saúde são de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde – Funasa, que tem as seguintes atribuições e responsabilidades, desenvolvidas por meio do Departamento de Engenharia de Saúde Pública:

1. abastecimento de água;
2. esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos;
3. tratamento e destinação dos resíduos sólidos;
4. serviços de drenagem para controle da malária;
5. melhoria habitacional para controle da doença de Chagas e
6. construção para melhoria de condições sanitárias domiciliares.

Essas ações estão voltadas para atender os pequenos municípios e povoados com população de até 30 mil habitantes e as populações diferenciadas, tais como as comunidades indígenas, comunidades remanescentes de quilombos, os assentamentos da reforma agrária, assentamentos rurais e vilas de seringueiros, além de vilas e povoados localizados no Polígono das Secas.

Nota de rodapé(O Polígono das Secas é um território reconhecido pela legislação como sujeito a períodos críticos de prolongadas estiagens. Compreende os estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia e Norte de Minas Gerais).

Riscos Ambientais

O modelo de desenvolvimento adotado no Brasil tem dado origem a uma rede de relações negativas entre saúde e meio ambiente, principalmente por se constituir numa fonte de riscos ambientais que podem vir a impactar a situação de saúde da população.

Desse modo, tratar da questão ambiental assume relevância fundamental na atualidade, principalmente para os trabalhadores de saúde, pois o viver saudável depende diretamente da qualidade de vida humana e ambiental.

O meio ambiente é uma produção social que pode influenciar a saúde humana positiva ou negativamente, de maneira individual ou coletiva, direta ou indiretamente, o que torna a relação entre saúde e meio ambiente uma complexa relação entre Estado, natureza e sociedade. É dessa relação marcada por grandes contradições que surgem os riscos ambientais, considerados entre os grandes problemas da saúde coletiva hoje, já que afetam a qualidade de vida da população e, conseqüentemente, sua saúde.

Nesse sentido, tornam-se incontestáveis as relações entre meio ambiente e saúde, na medida que essas duas categorias apresentam interfaces que ampliam o escopo da discussão e do entendimento da complexidade da ocorrência do processo saúde/ doença numa sociedade que adotou um modelo de desenvolvimento predatório e excludente, o que tem impactado quantitativa e qualitativamente a condição de saúde da população.

O enfrentamento da questão ambiental pressupõe uma intervenção intersetorial e interdisciplinar, o que significa dizer plural e participativa, onde todos os setores da sociedade sejam co-responsáveis no processo, na tomada de decisões e nos resultados da dita intervenção.

Por sua vez, exige mais sensibilidade e responsabilidade em relação à degradação ambiental e seus efeitos sobre os seres vivos, o que deve envolver, além do cumprimento da legislação em vigor, uma ampla discussão e conscientização através de ações de educação ambiental em todos os níveis.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Coleção Para Entender a Gestão do SUS, Brasília, 2011. p. 320 p.

ANGEL, L. Vargas, FONSECA, T. Veloso de Oliveira. Saúde, meio ambiente e risco ambiental: um desafio para a prática profissional do enfermeiro. Rev. Enferm EURJ. Rio de Janeiro, 2007, abr / jun.

AUGUSTO, L. G. S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, vol.12, n.4, p.177-187, dez. 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br>>. Acesso em: 10 mai. 2009.

FORGET, G.; LEBEL, J. An ecosystem approach to human health. International Journal of Occupational and Environmental Health, Philadelphia, v. 7, n. 2, p. 3-38, apr./jun. 2001. Supplement.

MINAYO, M. C. S. et al. (orgs). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 344
NIELSEN, N. O. The meaning of health. Ecosystem Health. v. 5, p. 65-66, 1998.

PALACIOS, M.; CAMARA, V. M.; JESUS, I.

M. Considerações sobre a epidemiologia no campo de práticas de saúde ambiental. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 13, n. 2, jun.

PIGNATTI, M. G. Saúde e Ambiente: As doenças emergentes no Brasil. Ambient. soc., Campinas, vol. 7, n.1, p. 132-147, jan. /jun. 2004.

SABROZA, P. C.; WALTNER-TOEWS, D. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, p. 1-3, 2001. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 24 jan. 2010.

TAMBELLINI, A. T.; CAMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998 . Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>> Acesso em: 03 set. 2010.

WALTNER-TOEWS, D. An ecosystem approach to health and its implications to tropical and emerging diseases. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, p. 7-36, 2001. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 24 jan. 2010.

	<p>ATIVIDADE XIII</p> <p>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</p> <p>.....</p> <p>Tempo estimado: 1 horas e 30 minutos</p>
--	---

Objetivos

- Conceituar Vigilância Epidemiológica;
- Identificar as principais ações e áreas de atuação.

Material

- Textos de Apoio: “Vigilância Epidemiológica”.

Desenvolvimento

- Forme grupos;
- Leia o texto e siga as orientações do docente;
- Participe da sistematização da Atividade.



TEXTO DE APOIO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA⁴

Durante muitos séculos, vários países tiveram suas populações atingidas por doenças transmissíveis que levam à morte. A ideia sobre esse acontecimento baseava-se na teoria miasmática, que entendia que as doenças eram causadas pela movimentação do ar, pois este carregaria gases pestilenciais originados da matéria orgânica apodrecida, resultado de águas pantanosas, “contaminando” o meio ambiente.

Mesmo não tendo noção da existência de microrganismos patogênicos, nem tampouco de suas formas de transmissão, os profissionais de saúde daquelas épocas implementavam medidas empíricas (conhecimento popular) de isolamento social e confinamento em instituições, as Santas Casas, bem como limpeza das ruas e casas, aterro de águas paradas, controle das instalações de cemitérios e de estabelecimentos para comércio do pão, vinho e carne e proibição da entrada de indivíduos contaminados pela peste – particularmente pelos portos.

A partir da primeira metade do século XX, com o desenvolvimento de métodos de combate – como as vacinas – e o surgimento da noção de agente infeccioso, iniciou-se uma prática científica de controle das doenças dando-se maior importância ao indivíduo portador e ao microrganismo. Anteriormente, acreditava-se que a doença era uma consequência natural da interação agente infeccioso-hospedeiro. Nesse contexto, as medidas de controle voltavam-se prioritariamente para essa interação, ou seja, objetivavam exterminar o agente infeccioso e isolar o hospedeiro, sem considerar qualquer outro fator que pudesse influenciar o processo.

A partir desse quadro, em que havia grave acometimento de grandes parcelas populacionais por doenças transmissíveis, criou-se a necessidade de analisar as manifestações dessas doenças – o que proporcionou o surgimento e desenvolvimento da ciência epidemiológica, que possibilitou o estudo da distribuição dos determinantes da frequência das doenças no homem. Tornou-se, então, possível conhecer melhor as condições e fatores que favoreciam a ocorrência das moléstias – faixa etária (infância, velhice), sexo, lugares (meio urbano, proximidade com florestas), épocas do ano (estações, meses), ocupações (profissionais do sexo, operários da construção civil) e outras condições de interesse.

Como saber então que tipos de enfermidades transmissíveis estavam surgindo e quantos eram os casos? Que doenças estariam sendo controladas com os procedimentos adotados?

Para que as informações necessárias à adoção de medidas pertinentes relacionadas ao controle e prevenção de doenças pudessem ser atualizadas constantemente, surgiram os serviços de vigilância epidemiológica, cujo objetivo era desenvolver atividades de coleta e análise de dados, determinando, assim, as medidas a serem aplicadas ao ambiente e aos doentes ou às pessoas em risco de adoecer.

As ações epidemiológicas direcionavam-se para o controle da transmissão do agente infeccioso, centradas no isolamento do hospedeiro e no extermínio do agente do ambiente. Tais medidas melhoraram a assistência à população, mas ainda relacionavam-se a uma visão restrita da epidemiologia.

Assim, tanto no Brasil como no mundo, a aplicação de medidas epidemiológicas visava a reduzir o número de casos de doenças transmissíveis, chegando-se mesmo a eliminar algumas, como a poliomielite, e a erradicar (eliminar totalmente) outras, como a varíola – a partir do momento em que são controladas, perdem um pouco de sua importância anterior.

A partir da obtenção de um controle relativo sobre as doenças transmissíveis, ocorreram importantes mudanças sociais, geradas pelo processo de industrialização, êxodo rural e crescimento das cidades. Começaram, então, a aumentar o número de casos de doenças não transmissíveis (crônico-degenerativas como diabetes e hipertensão arterial) e de indivíduos acometidos por agravos, fortemente influenciados por fatores externos relacionados a um estilo de vida pouco saudável, tais como dieta inadequada, excesso de trabalho, vida sedentária, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estresse, abuso de drogas, violência urbana e no trânsito, dentre outros.

O aumento da ocorrência dessas disfunções e agravos passou a despertar a atenção das autoridades sanitárias pelo impacto promovido na população economicamente ativa (PEA). O alto índice de pessoas afastadas do trabalho por longos períodos, bem como a ocorrência de pedidos de aposentadoria precoce por invalidez parcial ou total

⁴Texto adaptado pela Equipe da Diretoria de Educação Permanente.

e aumento do número de óbitos a elas relacionados fizeram com que os profissionais de saúde começassem a questionar se também não seria necessária a elaboração de medidas de prevenção e controle das doenças não-transmissíveis e agravos.

Como nessas situações não havia um agente etiológico (causador), iniciou-se a discussão e valorização dos determinantes sociais como potenciais causadores de doenças não-transmissíveis e agravos. O estilo de vida e as condições sociais, influenciando a existência desses acometimentos populacionais, levaram os profissionais de saúde a constatarem sua inter-relação com outros setores públicos – o que fez com que o planejamento das ações na promoção de condições que favorecessem a prevenção e o controle dessas doenças passasse a ser elaborado em conjunto com os órgãos responsáveis pelo saneamento, transporte, segurança, trabalho, agricultura, habitação e educação⁶.

Essa nova forma de encarar as doenças, organização dos profissionais em torno da discussão acerca desses temas e a emergência de uma reforma do setor saúde influenciam diretamente a reformulação do conceito de epidemiologia – a qual não mais irá somente considerar a distribuição das frequências das doenças, mas também incorporará a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença, redirecionando as ações relacionadas à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis, bem como das doenças não-transmissíveis e agravos. A atuação isolada ou em conjunto de cada um desses determinantes pode gerar um estímulo responsável pela ocorrência das doenças.

A partir daí, o Brasil passa a apresentar duas realidades de saúde que determinam seu perfil epidemiológico: por um lado, o baixo investimento nas ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis permitiu que estas voltassem a se manifestar, mesmo onde parecia já estarem eliminadas; por outro, a cada dia aumenta o número de pessoas afetadas por doenças não-transmissíveis e agravos – o que faz com que tenhamos o fenômeno da confluência de riscos, que expõe a população a várias possibilidades de adoecimento.

Dessa forma, para os setores de política pública e serviços de saúde que desenvolvem ações considerando o perfil epidemiológico da população assistida, surgem dois desafios:

- voltar a intensificar ou até mesmo criar novas ações de vigilância epidemiológica que atinjam as doenças transmissíveis; e
- voltar a atenção da vigilância epidemiológica para as doenças não-transmissíveis (câncer, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e outras) e agravos (mortes no trânsito, acidentes de trabalho, violência), cuja ocorrência aumenta diariamente, principalmente nas grandes cidades.

E quanto aos profissionais de saúde envolvidos nesse processo de redirecionamento das práticas assistenciais?

Cada vez mais é requisitado que o desenvolvimento das atividades junto à população assistida volte-se à identificação de grupos suscetíveis (grupo com comportamento ou condições de vida que causem maior exposição a determinadas doenças) expostos a sofrer alterações nas suas condições de saúde. Dessa maneira, realça-se a importância de se estar atento aos determinantes que atuam favorecendo o surgimento de doenças transmissíveis, não-transmissíveis e agravos. Somente mediante a intervenção sobre os mesmos poderemos contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, modificando seu perfil epidemiológico.

Por que estar atento às doenças e aos agravos? Que instrumentos possuímos para mantê-los sob vigilância?

Quando nos sentimos saudáveis, não temos o hábito de procurar assistência, recorrendo apenas quando há algum sintoma ou sinal preocupante. E essa demanda serve como parâmetro aos serviços de saúde para a avaliação do perfil epidemiológico da população, procurando, assim, manter uma vigilância constante. Portanto vigiar as doenças e agravos é importante para conhecermos o seu modo de manifestação, que indivíduos tem maior facilidade para contrai-las, qual a faixa etária mais atingida, em que época do ano ocorrem com mais frequência, que localidades apresentam maior número de casos de determinada doença e sobre quais determinantes faz-se necessário intervir para atender às necessidades de saúde da população.

A **vigilância epidemiológica (VE)** é um serviço que reúne um conjunto de ações que permite acompanhar a evolução das doenças na população. Funciona como um “termômetro”, um indicador de que ações devem ser priorizadas no planejamento da assistência à saúde. Se, por exemplo, for detectado o aparecimento de muitos casos de sífilis congênita em uma maternidade localizada na área X, tal fato indica ser necessário que os gestores realizem maiores investimentos em assistência pré-natal naquela área, visando a controlar a incidência de casos.

Entretanto, para que a vigilância epidemiológica possa propor ações de prevenção e controle a partir do estudo do comportamento das doenças e agravos à população, é importante seguir algumas etapas:

- 1. coleta de dados** – consiste em buscar junto às fontes de dados (população, imprensa, serviços de saúde, escolas, creches, presídios e indústrias) as informações relevantes que possam colaborar na identificação de situações de riscos. Os dados podem ser agrupados como demográficos e ambientais, de morbidade e mortalidade. As informações obtidas sobre casos de doenças, agravos e epidemias devem ser consideradas somente após prévia investigação para confirmar ou descartar o caso, pois muitas vezes sua divulgação, além de assustar a população, tem origem duvidosa;
- 2. processamento dos dados** – significa reunir todos os dados coletados e agrupá-los de acordo com seu grau de importância e relevância. As informações são organizadas em gráficos, quadros e tabelas, para permitirem melhor visualização dos problemas e seus determinantes. Geralmente, são ordenadas em ordem de ocorrência e separadas por mês, bairro de moradia do doente, unidade que notificou a suspeita do caso e região do município, estado e país;
- 3. análise dos dados** – busca interpretar as informações coletadas, procurando estabelecer as relações causais. Sua realização permite que os responsáveis pela vigilância epidemiológica relacionem os determinantes de doenças e agravos. Por exemplo, ao se estudar o período de maior registro de doentes com câncer de pele, estabeleceu-se relação com o verão, época em que as pessoas permanecem mais tempo expostas ao sol, e com as profissões que, para seu desempenho, exigem exposição ao sol forte: lavradores e vendedores ambulantes na praia, entre outras;
- 4. recomendação de medidas de controle e prevenção** – aponta que precauções podem ser recomendadas no controle e prevenção da ocorrência da doença. As campanhas de vacinação, as campanhas educativas disseminadas pela televisão e na escola, a campanha de controle do diabetes são exemplos de medidas empregadas com esse fim;
- 5. promoção das ações de controle e prevenção** – consiste em planejar e executar ações como vacinações, tratamento dos doentes, controle do ambiente, divulgação de informações sobre precauções para transmissão de doenças;
- 6. avaliação da eficácia das medidas** – é a análise dos resultados das ações, visando identificar se as metas propostas foram alcançadas e avaliar seu impacto na saúde coletiva, por meio dos indicadores de saúde. Por exemplo: o Programa Saúde da Família planeja atender um quantitativo de famílias em determinado território e em um dado período. Ao final do prazo estipulado, a equipe do PSF deve avaliar se conseguiu ou não atingir a meta proposta e que fatores foram responsáveis pelo alcance ou não da meta;
- 7. divulgação das informações** – objetiva mostrar os resultados alcançados de forma simples e clara, de modo que todos os interessados possam compreendê-los. Após a realização de uma campanha de vacinação, é comum que as secretarias de saúde divulguem o número de doses de vacinas aplicadas e de pessoas vacinadas, para que se tenha a noção do impacto das medidas adotadas.

Os ambulatórios, unidades básicas de saúde e hospitais representam importantes fontes de informação para a realização da vigilância epidemiológica, em virtude de prestarem assistência direta à maioria da população.

Por esse motivo, realizam com maior frequência a **notificação**, entendida como “a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão (...)”.

A notificação é essencial para o efetivo conhecimento da realidade vivida pela população assistida, bem como para a adoção de medidas de intervenção pertinentes, sendo importante seu registro e divulgação. Apesar desse fato, muitos profissionais desprezam a importância dessa prática na determinação das condições sanitárias populacionais, provocando, assim, uma **subnotificação** – quando o número de registros de ocorrência de casos de doenças é menor do que o realmente ocorrido -, o que impede o poder público atuar no atendimento as reais necessidades da população.

Visando a acompanhar a notificação de doenças de grande impacto coletivo, foi criada uma lista de doenças de notificação obrigatória em todo o território nacional, a qual deve ser periodicamente atualizada. Denominada lista de doenças de notificação compulsória, é atualmente constituída apenas por doenças transmissíveis, o que é bastante questionável, haja vista o crescente aumento do número de pessoas acometidas por doenças crônicas não-transmissíveis e provocadas por causas externas, gerando doença e morte. No entanto, estados e municípios podem incluir novas doenças na lista, desde que sejam claramente definidos o objetivo da notificação, os instrumentos e o fluxo da informação.

Outras importantes fontes de dados e de notificação são os sistemas nacionais de informação. Quando os profissionais ou a população não notificam as doenças ou agravos aos serviços de saúde (centros ou postos de saúde), o banco de dados pode ser alimentado por outras fontes e documentos como boletins de produção ambulatorial, atestados de óbito, declarações de nascidos vivos, prontuários dos clientes ou autorização para internação hospitalar, por exemplo. Tais documentos irão contribuir para a avaliação de alguns indicadores de saúde da população, sendo fundamentais para a determinação das prioridades assistenciais.

No Brasil, além do **Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)** – que reúne todas as informações relativas aos agravos de notificação, alimentado pelas notificações compulsórias existem outros sistemas de informações de interesse para a vigilância epidemiológica, dentre os quais se destacam:

- **Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)** – reúne os dados relativos aos óbitos ocorridos. Alimentado pelos atestados de óbito emitidos, possibilita o conhecimento da distribuição dos óbitos por faixa etária, sexo, causa e outras informações – variáveis de acordo com o interesse da consulta;
- **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)** – permite conhecer quantas crianças nascem por ano e por região, bem como as características ligadas à saúde da mãe (idade gestacional, por exemplo) e do recém-nascido (presença de malformações congênitas ao nascer), apontando que necessidades assistenciais devem ser atendidas na região do nascimento para melhorar a qualidade da assistência pré-natal e à criança;
- **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)** – reúne informações sobre a assistência prestada pelos hospitais. É alimentado principalmente pelos dados contidos nas autorizações de internações hospitalares e pelos relatos contidos nos prontuários dos pacientes. Possui grande importância para a definição do perfil epidemiológico da população assistida, pois muitos doentes hospitalizados não chegam a ser assistidos nas unidades básicas de saúde, principal fonte de notificação dos serviços de epidemiologia locais;
- **Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)** – reúne as informações obtidas com os atendimentos ambulatoriais, seja em unidades básicas de saúde, seja em hospitais. Permite, entre outros dados, verificar se todos os atendimentos em um ambulatório são moradores da região, indicando a falta de serviços voltados para o atendimento das necessidades dos moradores que se deslocam de muito longe para obter serviços de saúde;
- **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)** – permite conhecer o perfil das condições nutricionais. As informações disponíveis possibilitam constatar a ocorrência de desnutrição e sua distribuição, permitindo, assim, a determinação de medidas que controlem e previnam sua ocorrência. Com o aumento dos casos de doenças não-transmissíveis, assume importância na vigilância sobre a obesidade, fator determinante de risco cardiovascular;
- **Sistema de Informação sobre Ações Básicas (SIAB)** – criado mais recentemente, esse sistema destina-se a reunir informações acerca das atividades desempenhadas em nível de atenção básica. É utilizado para medir o impacto das ações básicas desenvolvidas, auxiliando na determinação das prioridades e avaliação do que já foi feito pelas equipes dos Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS).

Medidas de Controle e prevenção em vigilância epidemiológica

As ações de vigilância epidemiológica são hierarquizadas, ou seja, cada nível assume responsabilidades para com o planejamento e execução das medidas e ações a serem empreendidas.

O nível central (Governo Federal/Ministério da Saúde) é o grande responsável pela determinação e regulamentação nacional das ações de Vigilância Epidemiológica. Nele, as ações são discutidas para, somente após, serem recomendadas a todos os Estados da Federação. Detém as bases de dados dos sistemas de informação da Vigilância Epidemiológica – que reúnem todas as informações referentes à saúde e às doenças no Brasil.

Ao plano regional, correspondente aos Estados da Federação (Secretarias de Estado de Saúde), cabe coordenar as ações de vigilância desenvolvidas pelos municípios, procurando estabelecer prioridades de acordo com as informações obtidas, prestando consultoria.

As centrais estaduais de regulação de transplante de órgãos são exemplo de ação de vigilância diretamente desenvolvida pelo nível de gestão regional. Por seu intermédio as Secretarias Estaduais de Saúde controlam o número de doadores, os pacientes para os quais o transplante é prioritário, a localização dos possíveis doadores e que hospitais dispõem de estrutura para realizar a intervenção cirúrgica necessária. Assim, é possível conhecer as necessidades relacionadas a um problema de saúde específico e intervir diretamente sobre ele, estabelecendo uma rede de comunicação entre as unidades locais coordenadas pelas centrais.

Ao **nível local**, traduzido na figura do município (Secretarias Municipais de Saúde) e sua região administrativa (Distritos Sanitários), cabe executar as práticas de vigilância, desenvolvendo as ações mais diretamente relacionadas aos indivíduos, por meio dos serviços assistenciais oferecidos. Neste nível, principalmente, faz-se necessário que os serviços de saúde estejam informados da ocorrência das doenças de notificação compulsória para que possam, assim, planejar e implementar as medidas de promoção, prevenção e controle adequadas às necessidades da população local – o que chamamos “**informação para a ação**”.

As ações de Vigilância Epidemiológica variam de acordo com os objetivos pretendidos, contribuindo para o controle e prevenção de determinada doença ou agravo – entretanto é sempre importante considerar em seu planejamento e adoção que o sucesso dependerá diretamente da proximidade com os determinantes causadores da doença ou agravo sobre os quais se pretende intervir.

Algumas medidas de Vigilância Epidemiológica são mais conhecidas pelos profissionais devido à frequência com que são recomendadas e executadas, o que se explica pelo fato de, atualmente, as ações de vigilância epidemiológica estarem centradas no controle e prevenção de doenças transmissíveis. Dentre as mais frequentemente recomendadas, destacamos:

- **a investigação epidemiológica** – processo que permite acompanhar a ocorrência de uma doença ou agravo nos indivíduos, operacionalizada mediante um **inquérito epidemiológico** – ou seja, pelo preenchimento de ficha de investigação que reúne as informações sobre as condições relacionadas ao adoecimento do indivíduo, com vistas a implementar o máximo de medidas necessárias para garantir a prevenção e controle. Nessa ficha, o profissional de saúde relata a conduta adotada em relação ao indivíduo acometido ou a seus comunicantes – em muitas localidades, é comum o auxiliar de enfermagem também ajudar nesta investigação. A investigação epidemiológica deve ocorrer sempre que for notificado um caso suspeito de alguma doença. Significa que mesmo que o diagnóstico não esteja confirmado deve-se realizar a investigação e executar as medidas de controle e prevenção da transmissão, recomendadas pelos serviços de epidemiologia e padronizadas pelo nível central (Ministério da Saúde);
- **a busca de casos e visita domiciliar** – quando os serviços locais de epidemiologia, ao receberem notificações de doenças de clientes atendidos, procuram localizá-los por meio de aerograma, telefonema ou visita ao domicílio para realizar a investigação epidemiológica;
- **o apoio a procedimentos diagnósticos** – quando da definição de suspeita ou confirmação de uma doença, a coleta de material biológico, realização de testes específicos e interpretação de seus resultados são procedimentos frequentemente desenvolvidos pelo auxiliar de enfermagem.

Por sua vez, as medidas de precaução em relação à transmissão de doenças podem incluir:

- **vacinação de bloqueio** – é a intensificação da administração de uma vacina, visando a impedir a transmissão de uma doença de um indivíduo doente para aqueles que com ele convivem em espaço restrito, como no trabalho, escola, creche ou quartéis. Essa medida é usualmente utilizada quando há o acometimento por uma doença de transmissão fácil e contra a qual se dispõe de vacina, como a coqueluche ou sarampo A febre amarela, por exemplo, teve vacinação de bloqueio para evitar que novos casos atingissem outras regiões do país;
- **intensificação de vacina** – é uma estratégia utilizada para aumentar o número de pessoas protegidas contra uma doença. Para tanto, podem ser modificados os critérios normalmente utilizados para a aplicação da vacina, aumentando-se o número de doses ou a faixa etária da população alvo;
- **indicação de restrição de circulação** – o objetivo não é isolar o cliente, mas sim garantir que outras pessoas de seu convívio não corram o risco de contrair a doença por ainda não estarem protegidas;
- **quimioprofilaxia** – algumas vezes, o uso de vacinas para prevenir a transmissão de determinada doença não está disponível ou recomendado – casos em que são utilizados medicamentos para diminuir o risco de transmissão. A adoção desta conduta é chamada quimioprofilaxia, geralmente adotada para os comunicantes de casos suspeitos ou confirmados de meningite meningocócica, tuberculose ou leptospirose, e ainda frente à exposição acidental envolvendo objetos perfurocortantes potencialmente contaminados com o material biológico.

REFERÊNCIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed. rev., 1.a reimpr. - Brasília, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003. p. 24-33.

Lista de doenças de notificação compulsória, em todo o território nacional:

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e Outras Meningites;
11. Doença de Chagas (casos agudos);
12. Esquistossomose;
13. Eventos adversos pós-vacinação;
14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária (em área não endêmica);
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Meningite por *Haemophilus influenzae*;
30. Peste;
31. Poliomielite;
32. Raiva Humana;
33. Rubéola;
34. Sarampo;
35. Sífilis adquirida;
36. Sífilis congênita;
37. Sífilis em gestante;
38. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids);
39. Síndrome da Rubéola Congênita;
40. Síndrome do corrimento uretral masculino;
41. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
42. Tétano;
43. Tuberculose;
44. Tularemia;
45. Varíola e
46. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

REFERÊNCIA

Diário Oficial da União, nº 18, 26 de janeiro de 2011.



ATIVIDADE XIV
TRABALHO EM EQUIPE

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Refletir sobre a importância do trabalho em Equipe.

Materiais

- Papel kraft, pincel atômico, fita crepe e tesoura.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do Docente;
- Participe da dinâmica com entusiasmo.



ATIVIDADE XV
ESTUDO DE CASO

.....

Tempo estimado: 1 horas e 20 minutos

Objetivo

- Identificar a partir do olhar do ACS as ações da Vigilância Sanitária.

Material

- Estudo de caso “Depósito à espera da morte”.

Desenvolvimento

- Forme um semicírculo e faça a leitura do estudo de caso “O depósito à espera da morte”;
- Participe da roda de conversa, abordando dentre outras as seguintes questões:

- 1-O que chamou mais atenção de vocês nesse caso?
- 2-Quais os riscos que os pacientes estavam expostos?
- 3-Comentem sobre a postura dos profissionais de saúde envolvidos;
- 4-Para vocês este caso é fictício ou verdadeiro?

- Participe da sistematização da Atividade, esclarecendo suas dúvidas.



TEXTO DE APOIO

DEPÓSITO À ESPERA DA MORTE⁵

Uma clínica para tratamento médico, situada no Rio de Janeiro, mais parecia com depósito para pacientes à espera da morte, do que uma clínica propriamente dita. Ali, muitos pacientes morreram por falta de higiene ou tratamento adequado.

Estas vítimas, a maioria idosos abandonados pela família, não recebiam um mínimo sequer de cuidados ou higiene. A cozinha e as enfermarias foram flagradas imundas, pacientes tinham suas roupas de cama sujas de fezes, ninguém possuía dieta especial e muitos recebiam ração de cachorro misturada à comida.

O problema mais grave, no entanto, foi a péssima qualidade da água servida. Um exame descobriu que estava cheia de coliformes fecais e bactérias shigella e salmonella.

Foi a ação da Shigella que agravou o estado de saúde de um paciente internado. A diarreia roubou-lhe dez quilos e o desleixo do atendimento, a vida. O paciente começou a perder sangue no começo da manhã de uma terça-feira e a médica responsável por aquela enfermaria só chegou à clínica à tarde. Ele morreu sozinho nas primeiras horas da manhã.

A comida servida aos pacientes era de péssima qualidade, repleta de gordura, açúcar e comum a todos os pacientes, incluindo diabéticos e cardíacos.

As poucas enfermeiras vistas pelos corredores faziam curativos usando as mesmas luvas que minutos antes haviam sido usadas na assepsia de outros pacientes. Era comum os pacientes passarem dias sem tomar banho.



ATIVIDADE XVI

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Tempo estimado: 1 hora e 20 minutos

Objetivo

- Conceituar Vigilância Sanitária;
- Identificar suas principais ações e áreas de atuação.

Material

- Texto de Apoio: “Vigilância Sanitária”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura do texto;
- Participe da discussão com os colegas e docente;
- Participe da sistematização da Atividade.

⁵Texto adaptado pela Equipe da Diretoria de Educação Permanente da ESP-MG. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/imprensa/istoe.doc>> Acesso em 10 fev 2012.



TEXTO DE APOIO

VIGILÂNCIA SANITÁRIA⁶

.....

A ideia de vigilância sanitária origina-se na Europa dos séculos XVII e XVIII e no Brasil dos séculos XVIII e XIX, com o surgimento da noção de polícia sanitária.

Essa polícia sanitária tinha, dentre outras, as funções de exercer o saneamento da cidade, fiscalizar as embarcações e o comércio de alimentos e vigiar a cidade, com vistas a evitar a propagação de doenças.

Ao longo da história brasileira, a noção de controle e vigilância da saúde vem incorporando outros conhecimentos mais compatíveis com a realidade política econômica e social do país, como as ideias de meio ambiente, ecologia e qualidade de vida; a questão do planejamento urbano e do lixo; o direito do consumidor.

Assim, estudaremos o atual conceito de Vigilância Sanitária, constante na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 6º, parágrafo 1º – Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I. O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;
- II. O controle da prestação de serviços que se relaciona direta ou indiretamente com a saúde”.

Os profissionais de saúde utilizam o instrumental da vigilância sanitária para o alcance de seus objetivos; portanto, devem ter amplo conhecimento, dominar as ferramentas do exercício de vigilância, os manuais específicos e os roteiros de inspeção, haja vista sua atuação em setores os mais diversos.

A Vigilância Sanitária, ao incluir a condição de prática capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e a prestação de serviços de interesse da saúde, torna-se uma prática com poder de interferir em toda a reprodução das condições econômicas, sociais e de vida, isto é, em todos os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Nessa nova realidade, é possível compreender a Vigilância Sanitária como parte que integra e se articula com todo o planejamento de saúde dentro do Sistema Único de Saúde.

Vigilância Sanitária: um trabalho para muitas mãos

Considerando o exposto, pode-se perceber a importância que assumem os setores de vigilância em nossas secretarias, e as dificuldades relativas à implementação de suas atividades, bem como a necessidade para as pessoas que neles atuam – de dominar conhecimentos que não pertencem exclusivamente ao setor saúde.

Cada um desses órgãos tem um papel e forma de agir e podem ser acionados sempre que houver interesse ou necessidade. Além de uma ação integrada, devem compreender que, bem mais que inspecionar, conceder licenças para funcionamento ou não, vigiar, autuar, faz-se necessário repensar a vigilância em sua dimensão educativa, de busca de um padrão de qualidade e incorporação da ideia de que todo o dano deve ser reparado.

Não basta à Vigilância Sanitária cumprir seu papel burocrático. Ela deve construir um planejamento voltado para a realidade local e solidamente fundamentado na ética, justiça e educação.

Atuando em órgãos de coordenação da Vigilância Sanitária, seja em âmbito municipal, estadual ou federal, os profissionais devem estar atentos à necessidade de que o seu planejamento contemple tanto os aspectos técnicos quanto os éticos e jurídicos – o que gera a necessidade de que conheçam princípios do Direito, especialmente nas áreas do Direito Penal e Civil.

⁶Texto adaptado pela Equipe da Diretoria de Educação Permanente da ESP-MG.

O papel do município

A partir da municipalização da saúde e com base no que preconiza o Sistema Único de Saúde, o município é o elemento indispensável à nova concepção de Vigilância Sanitária.

Entretanto, não restam dúvidas de que muitas intervenções da Vigilância Sanitária extrapolam seus limites territoriais e políticos, exigindo planejamento e ações conjuntas. Essa necessidade não decorre apenas da complexidade inerente a determinadas situações, mas pode estar ligada às dificuldades de cada município em suprir recursos financeiros, humanos e, até mesmo, materiais.

Em relação aos níveis de competência, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) do Ministério da Saúde assume o papel de coordenação, visando regulamentar e executar as ações em todo o país. No nível estadual, os órgãos de coordenação central, regionais e municipais possuem estruturas organizacionais que variam de acordo com as diferentes unidades da Federação.

Atuação da vigilância sanitária

A Vigilância Sanitária possui extenso campo de atuação. Afinal, quase tudo, de algum modo, apresenta ligação com a saúde das pessoas. Portanto, sujeito à atuação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: da pilha, que não deve ser desprezada no lixo comum, ao restaurante, que deve controlar o combate de insetos e roedores; da fábrica organizada segundo um modelo de trabalho que estressa seus empregados, etc.

Seja na área de produção, seja na de prestação de serviços ou de controle do meio ambiente, a vigilância encontra espaço para sua atuação. Rouquayrol, organiza as funções da Vigilância Sanitária de forma bastante abrangente, lembrando que, no Brasil, ela é responsável pela normatização e controle de:

- bens, da produção, armazenamento, guarda, circulação, transporte, comercialização e consumo de substâncias e produtos de interesse da saúde, suas matérias-primas, coadjuvantes de tecnologia, processos e equipamentos;
- tecnologias médicas, procedimentos e equipamentos e aspectos da pesquisa em saúde;
- serviços, direta ou indiretamente relacionados com a saúde, prestados pelo Estado e modalidades do setor privado;
- de portos, aeroportos e fronteiras, contemplando veículos, cargas e pessoas;
- aspectos do ambiente, processos de trabalho e saúde do trabalhador.

Todos os que atuam na área de saúde deveriam ter um conhecimento básico de como funciona o setor de Vigilância Sanitária de seu município, procurando saber como agem e se as medidas que adotam para alcançar os resultados esperados.

REFERÊNCIA

EDUARDO, M. B. P. Vigilância Sanitária, volume 8 / São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde & Cidadania).

4º DIA



ATIVIDADE XVII
DINÂMICA

.....

Tempo estimado: 40 minutos

Objetivo

- Promover momentos de descontração do grupo.

Material

- Dinâmica

Desenvolvimento

- Participe da dinâmica promovida pelo Docente.



ATIVIDADE XVIII
ESTUDO DE CASO

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Reconhecer as contribuições do ACS no cuidado à saúde do trabalhador.

Material

- Papel kraft, pincel atômico;
- Estudo de Caso: “Agricultores do Município de Tomatolândia”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade em grupo;
- Faça a leitura do Estudo de Caso “Agricultores do Município de Tomatolândia”;
- Reflita e responda as seguintes questões:

1. Qual(is) o(s) problema de saúde identificado(s) pelo grupo?
2. O que poderia ser feito para evitar tal(is) problema(s)?

- Apresente em plenária a produção do grupo.



TEXTO DE APOIO

AGRICULTORES DO MUNICÍPIO DE TOMATOLÂNDIA⁷

O Município de Tomatolândia, localizado ao norte do Estado de Jandaí, possui população aproximada de 15.000 habitantes. Nesse município, 30% da população trabalha na agricultura, com plantação de tomates. Nas últimas semanas do mês de fevereiro de 2011 observou-se, na Unidade Básica de Saúde Sol Poente, aumento considerável na procura por atendimento pelos agricultores do município, com queixas de cefaléia, irritação ocular (conjuntivite), dermatite de contato irritativa (irritação nos braços), náusea e discreta tontura. Alguns trabalhadores apresentaram ainda quadro de faringite e bronquite. Quando observada a história desses trabalhadores, foi constatado que todos utilizaram o mesmo tipo de agrotóxico usado na lavoura de tomates.



ATIVIDADE XIX

SAÚDE DO TRABALHADOR

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Conhecer a Política de Saúde do Trabalhador.

Material

- Papel kraft e pincel atômico;
- Texto de Apoio “Saúde do Trabalhador no SUS”.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade promovida pelo Docente;
- Faça a leitura individual do Texto de Apoio “Saúde do Trabalhador no SUS”;
- Elabore um Plano de Ação, conforme orientações do Docente.
- Utilize o modelo do quadro a baixo para orientar a elaboração do Plano de Ação;
- Transcreva o quadro para o papel kraft e apresente em plenária;
- Participe da sistematização da Atividade, esclarecendo suas dúvidas.

Levantar os problemas	Estratégias	Ações	Responsáveis

⁷Equipe da Diretoria de Educação Permanente ESP/MG.



TEXTO DE APOIO

SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS⁸

A Política de Saúde do Trabalhador, em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde. Suas diretrizes compreendem: atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a participação popular, o apoio a estudos e a capacitação de recursos humanos.

A atenção à saúde do trabalhador é recente no sistema público de saúde brasileiro e, mesmo com a implantação do SUS, ainda não houve extensão de cobertura capaz de garantir acesso a maioria dos trabalhadores acometidos por agravos relacionados ao trabalho.

A principal estratégia para atenção à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) é a implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) que deve ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e, as ações que se referem a essa parceria, deverão ser organizadas e implantadas na rede de Atenção Básica e no Programa de Saúde da Família (PSF), na Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS.

A implementação da RENAST requer a estruturação da rede dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) cuja implantação (na abrangência municipal) está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes, mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Estes Centros de Referência não poderão substituir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similar, tanto do setor público quanto do privado.

Nesse contexto, a saúde do trabalhador é entendida como “um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, assim como à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:... assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho, seja ele inserido no trabalho formal ou informal”.

É importante ressaltar ainda que a execução de atividades de trabalho no espaço familiar tem acarretado a transferência de riscos/fatores de riscos ocupacionais para os fundos dos quintais, ou mesmo para dentro das casas, num processo conhecido como domiciliação do risco.

O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Chamamos de doença relacionadas ao trabalho aquelas que se referem a um conjunto de danos ou agravos que refletem sobre a saúde dos trabalhadores, e provocam prejuízos ou agravos por fatores de riscos presentes no local de trabalho.

Cabe ao trabalhador a corresponsabilidade junto ao empregador no reconhecimento, avaliação, monitoramento e controle de risco com base em requisitos mínimos, das normas que regulamentam sobre as áreas de risco e seus agentes a que estão submetidos em suas atividades laborais, com o objetivo de garantir de forma permanente a segurança e saúde dos trabalhadores que coabitam (habitam) esses espaços.

No entanto, quando envolvido em alguma situação de risco, o trabalhador deve buscar orientação quanto aos seus direitos tais como:

- Ter à disposição equipamentos de proteção individual (EPI);
- Realizar exames de saúde na contratação, durante a permanência no emprego e na demissão, com custos pagos pela empresa;
- Ter conhecimento dos riscos existentes em seu ambiente de trabalho;
- Auxílio-doença previdenciária (INSS);
- Auxílio acidente e amparo ao idoso e ao deficiente.

⁸Equipe da Diretoria de Educação Permanente ESP/MG.

Importante: os benefícios acidentários ou previdenciários nos casos de afastamento por mais de 15 dias, incapacidades e sequelas, terão estabilidade no emprego durante o tratamento e garantia de 12 meses de contrato de trabalho após a alta do INSS, quando se tratar de acidente de trabalho.

Com base na portaria GM/MS Nº 104 de 25 de janeiro de 2011, as doenças relacionadas ao trabalho devem ser notificadas em fichas específicas, segundo protocolo de anamnese ocupacional e de trabalho infantil sendo elas:

- Acidente de Trabalho GRAVE - FATAL / MUTILAÇÃO / COM CRIANÇA E ADOLESCENTE como aborto, fraturas, desmaios, aceleração do parto, amputações, luxações, queimaduras graves.
- Acidente de Trabalho com EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO como contato com sangue podendo transmitir vírus HIV e da Hepatite.
- Doença Relacionada ao Trabalho (DERMATOSE OCUPACIONAL) como agentes e produtos físicos e químicos que causam alergia e irritação.
- Doença Relacionada ao Trabalho (INTOXICAÇÕES EXÓGENAS) como substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados.
- Doença Relacionada ao Trabalho (LER / DORT) como tendinite, tenossinovite e a bursite (mais conhecidas).
- Doença Relacionada ao Trabalho (PNEUMOCONIOSES) as mais comuns são: Silicose (inalação de pó de sílica), Asbestose (inalação de pó e partícula de amianto) e Pneumoconiose do Minério do carvão (“pulmão negro”).
- Doença Relacionada ao Trabalho (PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO - PAIR).
- Doença Relacionada ao Trabalho (TRANSTORNOS MENTAIS) como neuro intoxicações ocupacionais desencadeadas por mercúrio, chumbo, etc. Alcoolismo crônico produzindo lesões; estresse ocupacional e conflitos emocionais vinculados à organização do trabalho como transtornos depressivos e do estresse pós-traumáticos, etc; e aqueles com sintomas fóbicos, ansiosos, depressivos, psicossomáticos (cardiovasculares, gastrointestinais, etc).
- Doença Relacionada ao Trabalho (CÂNCER OCUPACIONAL) como agentes químicos (agrotóxicos, amianto, sílica, benzeno, xileno, tolueno), agentes físicos (radiação não ionizante: ex luz solar).

Entendemos que seja imprescindível um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas, que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência.

Para que se possa entender o campo de atuação nestas áreas segue abaixo as ações em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas no nível local de saúde.

Atribuições gerais

Para o território a equipe de saúde deve identificar e registrar:

- A população economicamente ativa, sexo e faixa etária;
- As atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente;
- Os integrantes da família que são trabalhadores (ativos do mercado formal ou informal, no domicílio, rural ou urbano e desempregado), por sexo e faixa etária.
- A existência de trabalho precoce (crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independente de remuneração, que frequentem ou não as escolas).
- A ocorrência de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, que acometam trabalhadores inseridos tanto no mercado formal como no mercado informal de trabalho.

Para o serviço de saúde:

- Organizar e analisar os dados obtidos em visitas domiciliares realizadas pelos agentes e membros das equipes de Saúde da Família.
- Desenvolver programas de educação em saúde do trabalhador.
- Incluir o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de criança acima de cinco anos, adolescentes e adultos.
- Em caso de acidente ou doença relacionada com o trabalho, deverá ser adotada a seguinte conduta:

1. Condução clínica (diagnóstico, tratamento e alta) para situações de menor complexidade, estabelecendo os mecanismos de referência e contra referência necessários.
2. Encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços especializados em saúde do trabalhador, mantendo o acompanhamento dos mesmos até a sua resolução.

3. Notificação dos casos, mediante instrumentos do setor saúde: sistema de informações de mortalidade-SIM; Sistema de Informação hospitalares do SUS -SIH; Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.
4. Solicitar à empresa a emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), em se tratando de trabalhador inserido no mercado formal de trabalho. Ao médico que esta assistindo o trabalhador caberá preencher o item 2 da CAT , referente a diagnóstico, laudo e atendimento .
5. Investigação do local de trabalho , visando estabelecer relações entre situações de risco observadas e o agravo que está sendo investigado.
6. Realizar orientações trabalhistas e previdenciárias, de acordo com cada caso.

Informar e discutir com o trabalhador as causas de seu adoecimento:

- Planejar e executar ações de vigilância nos locais de trabalho, considerando as informações colhidas em visitas, os dados epidemiológicos e as demandas da sociedade civil organizada.
- Desenvolver juntamente com a comunidade e instituições públicas (centro de referência em saúde do trabalhador, fundacentro, Ministério Público, laboratórios de toxicologia, universidades, etc), ações direcionadas para a solução dos problemas encontrados , para a resolução de casos clínicos e/ou para as ações de vigilância.
- Considerar o trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta epidemiológica (evento – sentinela) .

Atribuições específica da equipe

ACS- Agente Comunitário de Saúde

- Notificar a equipe de saúde a existência de trabalhadores em situações de risco, trabalho precoce e trabalhadores acidentados ou adoentados;
- Informar à família e ao trabalhador o dia e o local onde procurar assistência;
- Planejar e participar das atividades educativas em saúde do trabalhador .

Auxiliar de Enfermagem:

- Acompanhar por meio de visita domiciliar, os trabalhadores que sofrem acidentes graves e /ou os portadores de doenças relacionada ao trabalho que estejam ou não afastados do trabalho ou desempregados;
- Preencher e organizar arquivos das fichas de acompanhamento de saúde do trabalhador;
- Participar do planejamento das atividades educativas em saúde do trabalhador;
- Coletar material biológico para exames laboratoriais.

Enfermeiro:

- Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à saúde do trabalhador;
- Realizar investigações em ambientes de trabalho e junto ao trabalhador em seu domicílio;
- Realizar entrevista com ênfase em saúde do trabalhador;
- Notificar acidentes e doenças do trabalho, por meio de instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde;
- Planejar e participar de atividades educativas no campo da saúde do trabalhador .

Médico:

- Prover assistência médica ao trabalhador com suspeita de agravos à saúde causado pelo trabalho, encaminhando-o a especialistas, ou para a rede assistencial de referência (distrito/município/referência regional ou Estadual), quando necessário;
- Realizar entrevista laboral e análise clínica (anamnese clínico – ocupacional) para estabelecer relação entre o trabalho e o agravo que está sendo investigado;
- Programar e realizar ações de assistência básica e de vigilância à saúde do trabalhador;
- Realizar inquéritos epidemiológicos em ambientes de trabalho;
- Realizar vigilância nos ambientes de trabalho com outros membros da equipe ou com a equipe municipal e de órgão que atuam no campo da saúde do trabalhador (DRT/MTE, INSS, etc);
- Notificar acidentes e doenças do trabalho, mediante instrumentos de notificação utilizados pelo setor saúde. Para os trabalhadores do setor formal preencher a ficha para registro de atividades procedimentos e notificação do SIAB;
- Colaborar e participar de atividades educativas com trabalhadores , entidades sindicais e empresas.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

NAVARRO, V.L. Saúde do Trabalhador no SUS: aprender com o passado, trabalhar o presente, construir o futuro. MAENO, M. CARMO, J.C. São Paulo: Editora Hucitec; 2005. 372 pp.

RIBEIRO, E.M; PIRES, D; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- a b r, 2004.



ATIVIDADE XX

DOCUMENTÁRIO - CÉSIO 137

Tempo estimado: 2 horas

Objetivos

- Consolidar os conceitos e refletir sobre as ações das Vigilâncias em Saúde;
- Refletir sobre os fatores que interferem na saúde da população.

Material

- Documentário “Césio 137 – 23 anos sem solução”.

Desenvolvimento

- Assista ao documentário; “Césio 137 - 23 anos sem solução.”
- Siga as orientações do Docente;
- Forme um círculo e participe da discussão promovida pelo Docente sobre os impactos do acidente para a população incluindo no debate as seguintes questões:

1. Os procedimentos da Vigilância Sanitária foram adequados? Na opinião de vocês quais seriam os procedimentos corretos?
2. Os profissionais envolvidos no processo de atendimento às vítimas estavam preparados para tomar as devidas providências?
3. Os profissionais de saúde sabiam da gravidade do acidente? Prestaram assistência adequada às vítimas e aos demais profissionais envolvidos?
4. O atendimento e acompanhamento das vítimas, ocorreram segundo os princípios de Humanização?
5. Esse acidente causou danos ambientais? Quais? Comente a respeito do manuseio e descarte do lixo radioativo;
6. Atualmente se tal incidente ocorresse quais órgãos (públicos) seriam acionados? Quais serviços e atendimentos seriam prestados à comunidade atingida pelo incidente?

- Participe da sistematização da Atividade e esclareça suas dúvidas.



ATIVIDADE XXI
PROMOÇÃO DA SAÚDE

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Refletir sobre o tema Promoção da Saúde a partir dos conhecimentos prévios dos alunos.

Material

- Revistas, tesoura, papel kraft e fita adesiva.

Desenvolvimento

- Forme um semi-círculo e trabalhe em dupla, seguindo as orientações do Docente;
- Participe da discussão, junto com os colegas, a respeito das questões abordadas pelo Docente;
- Faça um mural com as frases e gravuras;
- Participe da sistematização da Atividade.

5º DIA



ATIVIDADE XXII
**CONSTRUINDO A ÁRVORE DA
PROMOÇÃO DA SAÚDE**

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Identificar ações de Promoção da Saúde a serem desenvolvidas no processo do Trabalho em Saúde.

Material

- Papel Kraft ou cartolina – Desenhar um tronco de árvore e recortar;
- Papel sulfite (A4 colorido) na cor verde;
- Papel sulfite (A4 colorido), para cortar em forma de frutos;
- Hidrocor e fita crepe.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade proposta pelo Docente;
- Reflita e discuta sobre os conceitos de Promoção da Saúde listado nos quadros abaixo:

• Promoção da Saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuarem na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo no maior controle do processo (Carta de Ottawa, 1986).

Atuação da promoção da saúde:

- na elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- na criação de ambientes favoráveis à saúde;
- no reforço da ação comunitária;
- no desenvolvimento de habilidades pessoais;
- na reorientação dos sistemas e serviços de saúde

“A Promoção da Saúde está relacionada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida” (Sucupira e Mendes, 2003)¹⁰

- Construa, junto com seus colegas, a árvore da Promoção da Saúde;
- Participe da Sistematização da Atividade e em seguida transcreva para o quadro os determinantes de Saúde, a ação da ESF e a Ação Interdisciplinar:

Determinantes de Saúde (folhas)	Ação da ESF (frutos)	Ação Interdisciplinar (a quem recorrer)

- Sistematizar a Atividade esclarecendo as possíveis dúvidas.



ATIVIDADE XXIII

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESF

Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivos

- Compreender a Promoção da Saúde como objetivo da ESF;
- Refletir sobre o processo de trabalho da ESF.

Material

- Texto de Apoio: “Marco Conceitual da Promoção da Saúde no PSF”.

Desenvolvimento

- Faça a leitura do Texto de Apoio “Marco Conceitual da Promoção da Saúde no PSF”;
- Participe da discussão, promovida pelo Docente, socializando suas ideias;
- Participe da Sistematização da Atividade.

¹⁰SUCUPIRA e MENDES. Promoção da Saúde: conceitos e definições. SANARE. Revista de Políticas Públicas de Sobral. Ano III, n.2 (2002) Sobral. Ceará . Escola de Formação em Saúde da Família. P 7-10.



TEXTO DE APOIO

MARCO CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PSF

A promoção da saúde deve ser o objetivo principal no trabalho dos profissionais do PSF. Isso implica ir além da resolubilidade imediata da queixa trazida pelo indivíduo e a necessidade de construir um novo processo de trabalho que permita à população identificar os problemas e potencialidades, reconhecendo as condições e os fatores envolvidos na produção da queixa, do sofrimento e da saúde.

O novo modelo de Atenção à Saúde

A aprovação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988 forneceu os princípios para a reorganização da atenção à saúde no Brasil, mas tem sido o Programa de Saúde da Família (PSF) a estratégia estruturante que viabiliza a construção de um novo modelo de atenção à saúde. O modelo que se pretende com a implantação do PSF, pode ser visto como novo, porque implica uma mudança no modelo existente, que se torna passado, antigo. Isto não significa dizer que as ideias que fundamentam o modelo do PSF sejam todas novas. Algumas dessas ideias já estavam presentes, há algumas décadas, mas obtiveram pouco sucesso, uma vez que eram introduzidas sem que houvesse uma mudança substancial na orientação do modelo. Vale ressaltar que o PSF pode ser considerado como um novo modelo, porém sua prática ainda não é nova e reproduz em muitos casos o paradigma biomédico.

A afirmação de que a promoção da saúde deve ser o objetivo principal da Equipe de Saúde da Família é consequente ao ideário de princípios que norteiam a implantação do PSF e que estão contidos na formulação do SUS. Assim, revendo esses princípios vamos encontrar os elementos necessários para justificar essa assertiva.

A marca principal do PSF, fundamentada na promoção da saúde, é a mudança de foco que passa a ser a saúde e não mais a doença. Pensar a saúde, não com a simples ausência da doença, mas como produto da qualidade de vida, socialmente determinada, implica necessariamente, a superação do paradigma da biomedicina, organicista e a incorporação de um novo referencial que considere os aspectos históricos, culturais e sociais que interferem no modo como deve ser prestada a atenção à saúde. Nesse novo olhar, o indivíduo só pode ser compreendido na sua totalidade se entendermos esse olhar para a família com a qual ele convive, a moradia como núcleo de elementos favoráveis ou desfavoráveis a sua saúde e o cenário da comunidade e da sociedade que, influenciam do ponto de vista social e cultural a adoção de determinados modos de vida.

Programa Saúde da Família e Promoção da Saúde

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como cliente a família, inserida numa comunidade e a saúde dessa família não pode ser objeto de trabalho apenas da equipe, mas é também, objeto de um conjunto de intervenções da comunidade e do Estado, enquanto instâncias de governo. Insere-se, assim, obrigatoriamente a noção da intersetorialidade no PSF.

Ao ter como objeto principal de trabalho a saúde do indivíduo, da família e da coletividade, a proposta do PSF é necessariamente centrada na promoção da saúde. Mas o que se entende por promoção da saúde? Resumidamente, pode-se dizer que é a atuação nos determinantes da saúde, ou seja, um conjunto de ações assumidas pelos indivíduos, a comunidade e o Estado com o objetivo de criar condições favoráveis ao pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. Isso implica intervir coletivamente visando a qualidade de vida. As condições favoráveis são criadas individualmente por meio de atitudes e modos de vida saudáveis na promoção da saúde. É preciso ter cuidado para não se responsabilizar apenas o indivíduo pela sua própria saúde, portanto, tem que se colocar a participação da comunidade no desenvolvimento de uma política saudável, ou seja, discutir os aspectos individuais dos modos de viver a saúde e a doença. Deduz-se que os atores da promoção da saúde são vários, ou seja, a promoção da saúde é uma responsabilidade de toda a sociedade.

Obviamente, a prevenção das doenças está inserida na promoção da saúde. A prevenção atua sobre os determinantes da doença. Assim, as medidas de redução do número de veículos circulantes nas grandes cidades, nos períodos em que a qualidade do ar se torna crítica, tem como objetivo reduzir a incidência de doenças respiratórias. Já a proibição da circulação de veículos nos fins de semana, em algumas ruas, tornando-as áreas de lazer, tem como objetivo maior possibilitar às pessoas um espaço para atividades ao ar livre, melhorando a qualidade de vida da população. Além disso,

é uma medida também preventiva que serve para reduzir doenças ligadas à qualidade de vida da população (qualidade do ar, sedentarismo, etc).

No dizer de Andrade (2002): “...no PSF a promoção é gênero e a prevenção é espécie”. A assistência está contida na promoção da saúde, que é uma ação mais ampla que a assistência. Mas é fundamental entender que ao assumir a promoção da saúde como objetivo principal, ela vai direcionar a assistência que é prestada na atenção, uma vez que se concebe o PSF como estratégia estruturante de todo o sistema.

Em última instância o PSF tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida para se ter como produto a saúde. Ora, a pergunta que se segue é o que se deve entender por qualidade de vida? Que qualidade de vida se pretende e para quem? São questões cuja resposta deve ser encontrada a partir de discussões que considerem os aspectos históricos, culturais e sociais de uma determinada comunidade.

Uma consequência lógica do que foi exposto acima e que constitui uma ideia-força contida na assertiva inicial é a necessidade de mudança do processo de trabalho dos profissionais na unidade de saúde. A doença, ou melhor, a queixa, tem sido a principal linguagem de comunicação entre a unidade de saúde e a população. A demanda trazida é sempre a queixa de um sofrimento, visto sempre na sua manifestação somática, orgânica. O idoso, em busca de uma escuta, é atendido pela sua queixa de dores recorrentes. As manifestações alérgicas são inibidas pela prescrição contínua da medicação, sem que os alérgenos (causadores da alergia) sejam identificados, a doença sexualmente transmitida é medicada, sem que os profissionais avaliem as suas repercussões no relacionamento do casal, o sofrimento psíquico não é percebido e a depressão, a angústia, o alcoolismo são vistos como doenças orgânicas, portanto, passíveis de tratamento medicamentoso.

Universalidade, Equidade e Integralidade.

Essa visão medicalizante do sofrimento foi impondo um modo específico de funcionamento dos serviços de saúde que se traduziu no modelo de atenção, definido por Ricardo Bruno (1994), de demanda na forma do pronto-atendimento, caracterizando o que Mendes (2001) chama de modelo agudocêntrico. A atenção à saúde encerra-se com a prescrição da receita, a solicitação de exames e o encaminhamento para serviços mais especializados. Reforça-se assim a imagem de ineficiência da atenção básica.

A pressão política pelo acesso ao atendimento nos serviços de saúde expressa a ideia de que a assistência médica traz saúde aos indivíduos. O médico, visto como alguém que cura, é o centro que direciona o modelo de atenção. Os demais profissionais são acessórios, para os quais são encaminhados os casos que o modelo biomédico não consegue resolver, transformados quase sempre em mazelas sociais.

Os princípios do SUS são reinterpretados: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção são entendidas como o direito de todos à tomografia, à ressonância. O hospital representa o acesso diferenciado de atenção à saúde. O modelo concentra no hospital os investimentos sob a pressão da indústria de equipamentos e farmacêutica. A atenção básica ou primária é vista como um apêndice do nível terciário.

O esgotamento desse modelo é inevitável. Os países mais desenvolvidos já redirecionaram a atenção à saúde, fortalecendo a promoção da saúde. A mudança no perfil epidemiológico, no qual as doenças infecto-contagiosas vão sendo substituídas pelas doenças crônicas, degenerativas ou não, e pelos agravos externos exige mudanças no modelo. Agravos que demandam um outro enfoque, pois não é a cura o objetivo, mas a prevenção das complicações e a manutenção da qualidade de vida.

A superação do modelo antigo não invalida os diferentes níveis de atenção, o hospital, os serviços especializados e as unidades básicas, mas integra-os no sistema hierarquizado e regionalizado, tendo como porta de entrada a unidade básica de saúde, tal como previsto no SUS. O PSF na construção do novo modelo radicaliza ao priorizar a promoção da saúde e reconhecer a unidade básica de saúde como a instância de excelência para dar conta de mais de 80% da demanda. O hospital passa a ser visto como uma instância de atenção não primária, assumindo sua vocação de atendimento de alta complexidade, destinado a uma pequena minoria de casos que irá necessitar dessa modalidade de atenção.

A questão que se coloca é como construir um novo processo de trabalho, centrado na perspectiva prioritária da promoção da saúde. Teoricamente, a construção do PSF tem na sua essência a filosofia da promoção da saúde ao ter como objeto de atenção a saúde, e não a doença. Entretanto, ao se tratar de um processo de trabalho em construção é preciso definir o marco teórico e metodológico para a promoção da saúde nos contornos do PSF. É importante ainda, discutir o papel dos gestores nesse novo processo de trabalho.

Não se limitar a simples resolução imediata da queixa significa antes de tudo entender a dimensão dessa queixa, para além do que ela explicita. E mais, significa a compreensão de que a saúde só poderá ser alcançada se a queixa, o sofrimento,

a doença forem compreendidos nos seus determinantes. É preciso identificar os condicionantes do sofrimento que se expressam naquele sintoma manifestado pelo paciente e pensar o problema no espaço do território, para que possam ser identificadas soluções coletivas. Os casos de diarreia não podem ser vistos de forma isolada. É necessário avaliar a ocorrência de outros casos e analisar com a população o porquê desses casos, discutindo as características dos modos de vida da comunidade e as condições ambientais que estejam favorecendo o aparecimento de tantos casos de diarreia. As soluções encontradas nas discussões dos conselhos locais de saúde têm mais efetividade que as orientações que possam ser dadas pela equipe de saúde. Um outro aspecto importante desse modo de trabalhar é evitar que visões preconceituosas da equipe de saúde tendam a culpar a própria família ou a comunidade pelos casos de diarreia. Essa postura é frequente e pode ser exemplificada em frases do tipo “a mãe é irresponsável” “o povo é relaxado mesmo”.

Algumas ferramentas são fundamentais na construção desse novo processo de trabalho da equipe de saúde. Inicialmente, o trabalho tem de ser visto na perspectiva da cogestão com a comunidade. Para isso, é preciso pensar a saúde tanto do ponto de vista individual quanto coletivo e o desenvolvimento de um conhecimento específico para trabalhar essas questões. Porém o fundamental é a mudança de atitude por parte dos trabalhadores em saúde.

O instrumental epidemiológico dá visibilidade à população do processo saúde/doença. Entretanto, os conhecimentos epidemiológicos têm de ser socializados coletivamente. A comunidade deve participar ativamente da investigação epidemiológica. Experiências nas quais os conselhos locais de saúde têm também a função de investigar as mortes por causas externas, mostram que as informações sobre as causas dessas mortes são muito mais próximas da realidade, pois são obtidas por quem está no bairro e conhece a vida do bairro. Além disso, é possível trabalhar a epidemiologia tradicional ligada à doença e de propriedade dos médicos e enfermeiros, abrindo-se para a participação das pessoas da comunidade. Essa é uma forma concreta da população se apropriar das informações sobre o processo saúde/doença na sua comunidade e construir um diagnóstico das condições de saúde que permita trabalhar na direção da promoção da saúde.

Obviamente, duas outras ferramentas estão necessariamente, incorporadas nesse processo: a territorialização e ação intersetorial.

A atenção básica territorializada é fundamental e está instrumentalizada pela adscrição da clientela, prevista no modelo do PSF. A construção do diagnóstico de saúde da comunidade implica o conhecimento do território enquanto um espaço vivo de relações, que produz a saúde e a doença. O processo de elaboração do diagnóstico epidemiológico, com base territorial possibilita articular os serviços de saúde com a comunidade e outros setores da sociedade, principalmente aqueles relacionados ao ambiente e ao desenvolvimento urbano. A identificação das condições e fatores envolvidos no processo saúde/doença requer a ação intersetorial, tanto no conhecimento do modo da atuação desses fatores como na sua superação. Os diferentes olhares da equipe contribuem para trazer uma diversidade maior de elementos que vão compor o cenário e o processo que levou a um determinado problema de saúde vivenciado por uma família, por um grupo de famílias ou por uma comunidade. Essa produção coletiva do diagnóstico do problema e da discussão em busca de suas soluções requer uma organização interna da estrutura de trabalho da unidade que democratiza as competências e ajuda a construir o trabalho em equipe.

Considerações Finais

Na construção do nosso processo de trabalho é necessária a formação de novos atores, novos no sentido de terem condições de fazerem a crítica ao paradigma da biomedicina.

Resumindo, a assertiva enunciada no início do texto tem três ideias-forças:

- 1ª- A promoção da saúde deve ser o objetivo principal dos profissionais do PSF;
- 2ª- É necessário construir um novo processo de trabalho;
- 3ª- O atendimento deve ir além da queixa, ou seja, discutir os fatores envolvidos na queixa e no sofrimento.

A ideia é que o novo modelo garanta a universalidade, a equidade, a integralidade, mas com um salto de qualidade, porque deve estar centrado na comunidade, considerando os aspectos antropológicos, sociais e culturais da população e tendo sempre presente o direito à saúde. A participação da população nos conselhos municipais de saúde e nas instâncias de decisão das políticas públicas relacionadas à saúde deve ser estimulada enquanto um exercício da cidadania.

REFERÊNCIA

SUCUPIRA, A. C. In.: SANARE. Revista de Políticas Públicas de Sobral. Ano III, n. 2 (2002) Sobral. Ceará . Escola de Formação em Saúde da Família. p.11-14.



ATIVIDADE XXIV

CONHECENDO O PACTO PELA SAÚDE

.....

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Conhecer as prioridades do Pacto pela Saúde 2006.

Material

- Texto de Apoio: “O pacto pela Saúde”;
- Papel kraft, pincel atômico e fita crepe;
- Vídeo: Pacto pela Saúde.

Desenvolvimento

- Participe da Atividade em grupos, de preferência por ESF;
- Faça a leitura e discuta sobre os principais pontos do Texto de Apoio: “ O Pacto pela Saúde”;
- Reflita a respeito das ações realizadas pela sua Equipe do ESF, na sua área de abrangência de cada ACS, descritas no Pacto pela Vida e complete o quadro a baixo, respondendo as questões referentes ao Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS:

1. Quais são os objetivos e metas do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão do SUS?
2. Qual diretriz operacional do Pacto pela Vida trata da elaboração e divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS?

- Apresente a produção do grupo em plenária.

ÁREAS	AÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE	AÇÕES NÃO REALIZADAS PELA EQUIPE
Saúde do Idoso		
Controle do câncer de colo de útero e de mama		
Redução da mortalidade materna e infantil		

Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças Emergentes e Endemias, Com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza		
Malária e Influenza		
Promoção da Saúde		
Fortalecimento da Atenção Básica		

1. Quais são os objetivos e metas do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão do SUS?
2. Qual diretriz operacional do Pacto pela Vida trata da elaboração e divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS? Solicitar a apresentação do quadro em plenária.



TEXTO DE APOIO

O PACTO PELA SAÚDE¹⁰



O Pacto pela Saúde, elaborado em 2006, é um acordo assumido entre os gestores responsáveis pela implementação do Sistema Único de Saúde, ou seja, os secretários municipais, estaduais, do Distrito Federal e o ministro da Saúde, como objetivo de estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema, de forma a avançar na consolidação do SUS. O Pacto envolve ainda o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS. É resultado de um processo que vem sendo construído desde 2003, ou seja, desde o início deste governo.

Na intenção de construir uma forma solidária de relação com os Estados e Municípios, o Ministério da Saúde apostou e investiu no diálogo com os gestores por meio das entidades de representação dos secretários estaduais de saúde (Conass) e dos secretários municipais (Conasems). Esse processo respeitou os acordos e propostas do conjunto dos gestores envolvidos, entendendo o compromisso público de construção do “SUS que queremos” com o fortalecimento da participação popular e do controle social. São basicamente três as razões que motivaram a mobilização dos gestores:

- A primeira é que, apesar dos avanços na implantação do SUS que hoje podem ser contabilizados, ainda persistem graves problemas de saúde pública a serem enfrentados para melhorar o nível de saúde da população brasileira. Para isso, o Pacto estabelece compromissos e metas sanitárias a serem cumpridas, tanto no controle de doenças quanto no cuidado mais qualificado para grupos da população que requerem atendimento diferenciado no sentido do compromisso com a equidade.
- A segunda, como já foi dito antes, é que as NOBs (Norma Operacional Básica de Saúde) e NOAs (Norma Operacional de Assistência à Saúde), criadas na década de 1990 para orientar o processo de gestão do SUS, já não dão conta de sua atual complexidade. Os municípios estão sobrecarregados com a modalidade de financiamento administrado em múltiplas contas com recursos predestinados, que somente podem ser usados para determinada atividade ou programa. Podem ser identificados outros problemas de gestão presentes em todas as esferas de governo que, por sua vez, precisam ser superados. Para isso, foram estabelecidos e negociados processos que criam inovações no modelo de gestão para o sistema, mudando as suas formas de financiamento e de repasse dos recursos. Por outro lado, esse modelo de gestão valoriza o processo do controle social nas tomadas de decisões estratégicas para o SUS.
- E a terceira é o consenso de que não é possível fazer mudanças na saúde sem ter uma grande mobilização da sociedade em defesa do direito à saúde e do SUS frente à permanente ofensiva dos interesses de mercado e do lucro que operam também no campo da saúde.

Por isso é que, desse processo de diálogo e construção de consenso, resultou o que se chama de Pacto pela Saúde, que na verdade é formado por três Pactos: o Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

- **O PACTO PELA VIDA** estabelece o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

1. SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais. O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Ações estratégicas:

¹⁰Texto adaptado pela Equipe da Diretoria de Educação Permanente.

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.
- Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.
- Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.
- Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

2. CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:

- Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.
- Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

Metas para o Controle do Câncer de mama:

- Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.
- Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

3. REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil:

- Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.
- Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.
- Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes.
- Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna:

- Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

4. FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA.

Objetivos e metas para o Controle da Dengue:

- Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;
- Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006.

Meta para a Eliminação da Hanseníase:

- Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

Metas para o Controle da Tuberculose:

- Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.

Meta para o Controle da Malária:

- Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.

Objetivo para o controle da Influenza

- Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

5. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Objetivos:

- Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006.

6. FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Objetivos:

- Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais;
- Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios;
- Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos;
- Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços;
- Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

O PACTO EM DEFESA DO SUS estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado, ou seja, o governo e a sociedade civil, a fim de consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária Brasileira, nos moldes em que foi inscrito na Constituição Federal. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são de implementação um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:

- Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;
- Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;
- Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
- Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.
- Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

O PACTO DE GESTÃO estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças

e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

O Pacto de Gestão radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e para os Municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

- Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.
- Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Essa discussão também levou em conta as expectativas e o resultados que o Pacto pela Saúde traz para o SUS e para a saúde da população, tais como:

- Condições para que os municípios assumam maior compromisso e tenham autonomia para implantar o Sistema Único de Saúde, de acordo com as necessidades de sua população, a partir de uma visão ampliada de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado.
- Instrumentos para consolidar uma gestão do SUS cooperativa e articulada, respeitando as diferenças regionais, fortalecendo o papel de articulação e negociação dos gestores municipais, estaduais e federal, mobilizados para elaborar metas, desenvolver ações e assumir responsabilidades no processo de implementação do SUS.
- Reorganização do financiamento da saúde, possibilitando ao gestor programar com maior autonomia os níveis e modalidades de atenção, contando com blocos de recursos financeiros, de acordo com as necessidades das pessoas e da coletividade.
- Racionalização do processo burocrático de habilitação de gestão dos municípios e estabelecimento do Termo de Compromisso de Gestão, que define a relação entre os gestores e os conselhos para que realizem o processo do controle social do SUS. Não haverá mais a perversa divisão entre municípios ou estados habilitados e não-habilitados. Todos passam a ser gestores das ações de saúde do município ou do conjunto de municípios que compõem a região de saúde, com responsabilidades e atribuições sanitárias definidas e com metas específicas a cumprir.
- Possibilidade de participação mais direta da sociedade no processo do controle social em saúde, pois oferece indicadores mais próximos da realidade para o acompanhamento da gestão e define sua avaliação anual pelos conselhos de saúde e pelos gestores da execução dos planos de saúde, tendo como base o que foi acordado no documento Termo de Compromisso de Gestão. Com isso, o Pacto contribui para fortalecer os conselhos de saúde como espaços de debate, qualificação e deliberação das políticas de saúde.
- Coerência com as necessidades de saúde e com a capacidade de gestão de cada lugar, pois pode ser reformulado nos próximos anos de acordo com os novos desafios que se apresentarem na saúde, tendo como base a pactuação feita de forma dialogada.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Dialogando sobre o Pacto pela Saúde. Brasília. 2006. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em <www.bvsms.saude.gov.br>. Acesso em 17 jan 2012.



ATIVIDADE XXV

**ORIENTAÇÕES PARA ATIVIDADES DE
DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA**

.....

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Compreender as Atividades teórico-práticas a serem realizadas durante o período de Dispersão/Prática Supervisionada.

Material

- Roteiro para Atividades teórico-práticas a serem realizadas no local de trabalho do ACS (págs: 75 à 80)

Desenvolvimento

- Preste atenção nas orientações do Docente em relação as Atividades a serem realizadas durante o período de Dispersão/Prática Supervisionada;
- Esclareça suas dúvidas.



ATIVIDADE XXVI

**AVALIAÇÃO E ENCERRAMENTO
DA UNIDADE 2**

.....

Tempo estimado: 40 minutos

Objetivos

- Avaliar o processo de ensino aprendizagem e as dificuldades apresentadas;
- Promover o encerramento das Atividades de Concentração da Unidade 2.

Material

- Formulário de Avaliação.

Desenvolvimento

- Siga as orientações do docente;
- Esclareça suas dúvidas.

AVALIAÇÃO

Marcar com um X a(s) resposta(s) desejada(s)

1 – Quanto aos conteúdos abordados você considera que:

- São essenciais para melhorar sua prática como ACS.
- São importantes, mas muito teóricos.
- Não são importantes para sua prática como ACS.
- São importantes, mas, insuficientes, para a sua prática docente.

Justifique sua(s) resposta(s): _____

2 – Quanto à metodologia utilizada (exposição participativa, atividades em grupos, dinâmicas, etc.), o que você achou?

- Foi adequada, instigante, permitindo a participação de todos.
- Foi cansativa, inadequada, dificultando a participação.
- Outra resposta.

Qual: _____

3 – Quanto ao seu aproveitamento e participação no Curso, qual a sua auto-avaliação?

- Tive facilidade em aprender os conteúdos.
- Não compreendi bem os conteúdos.
- Participei ativamente dos trabalhos dos grupos.
- Fui frequente e pontual.
- Não me senti à vontade no grupo.
- Relacionei-me bem com os colegas.

4 - Indique aquele que foi, em sua opinião, o aspecto mais positivo desse momento.

5 – Indique aquele que foi, em sua opinião, o aspecto mais negativo desse momento.

6 – Quanto ao desempenho do Docente, o que você considera:

- Foi claro e objetivo em suas exposições.
- Não tinha domínio sobre os temas propostos.
- Levava em consideração o grau de compreensão da turma.
- Relacionava bem com a equipe.
- Outra resposta.

ATIVIDADES DE DISPERSÃO/PRÁTICA SUPERVISIONADA

Atividades Supervisionadas pelo Docente da Dispersão/Prática Supervisionada

No Curso de Qualificação para o Agente Comunitário de Saúde estão previstas várias Atividades que deverão ser realizadas no local de trabalho do ACS, acompanhadas pelo Docente de Dispersão/Prática Supervisionada (enfermeiro da ESF).

Vale destacar que para o processo de trabalho do ACS aconteça de forma significativa e efetiva é imprescindível o envolvimento de todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Cabe aos docentes esclarecer e motivar a qualificação do ACS que visa avançar na consolidação das ações efetivas da Equipe de Saúde da Família.

Apresentamos a seguir, as Atividades que serão realizadas nesta Unidade Didática.



ATIVIDADE I

PROCESSO SAÚDE DOENÇA

.....

Objetivo

- Compreender como a população de sua comunidade entende e enfrenta os problemas de saúde.

Desenvolvimento

- Reflita e discuta com seus colegas e Docente sobre as seguintes questões:
 1. Quais as principais causas de adoecimento e morte na comunidade?
 2. Como são resolvidos os problemas de saúde da comunidade?
 3. Como os profissionais de saúde interferem no processo saúde-doença?
 4. Como o acesso as UBS (localização, espaço físico) interferem no processo saúde-doença?
 5. De que forma o acolhimento e a resolutividade interferem no processo saúde-doença?
- Elabore um roteiro de perguntas relacionadas ao processo saúde doença e entreviste alguns membros da comunidade próxima a UBS, segundo as orientações do Docente;
- Faça um compilado com as informações obtidas.



ATIVIDADE II

REDES DE ATENÇÃO

.....

Objetivo

- Reconhecer a Rede de Atenção à Saúde Municipal.

Desenvolvimento

- Tome como referência a primeira Atividade realizada no período de Dispersão da Unidade 1: "OS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO", reflita sobre as seguintes questões:
 1. Como é organizada a Atenção à Saúde no seu município?
 2. O Sistema de Serviços de Saúde de seu município está organizado em Rede de Atenção à Saúde?
- Faça um esquema mostrando como estão inseridos os Serviços de Atenção à Saúde existentes de acordo com o nível de complexidade (baixa, média e alta), destacando a atuação do Município.



ATIVIDADE III
VISITA PLANEJADA

Objetivo

- Conhecer os serviços de Vigilância em Saúde do município.

Desenvolvimento

- Discuta com seus colegas e Docente a dos setores da Secretaria Municipal de Saúde que realizam as ações de Vigilância em Saúde;
- Faça uma visita aos setores de: Vigilância Epidemiológica, Controle da Zoonoses e Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde do município, atende-se para identificar as principais práticas de cada setor.
- Ao final, reunir os grupos e Docente para socializar aos demais as informações obtidas durante a visita;
- Faça uma síntese englobando as informações obtidas durante a visita;
- Use o quadro, a baixo como modelo para coletar as informações.

PRINCIPAIS PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

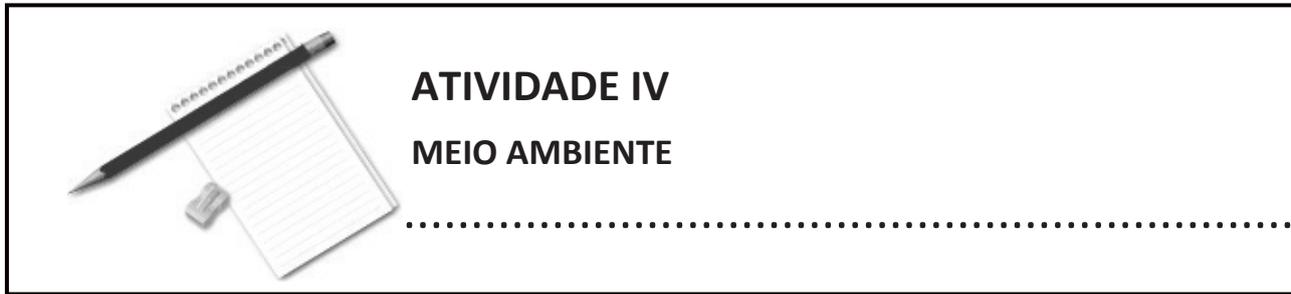
QUAIS SÃO AS AÇÕES	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	QUEM REALIZA	PÚBLICO ALVO
Vacinação	registro no caderno de vacina; registro no cartão de vacina; realização da vacina; informações a respeito da vacina caso seja necessário	Técnico de enfermagem Enfermeiro	População em geral

PRINCIPAIS PRÁTICAS DE CONTROLE DA ZONÓSES

QUAIS SÃO AS AÇÕES	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	QUEM REALIZA	PÚBLICO ALVO

PRINCIPAIS PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

QUAIS SÃO AS AÇÕES	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	QUEM REALIZA	PÚBLICO ALVO



Objetivo

- Desenvolver a capacidade de observação e análise de fatores ambientais e condições de trabalho que interferem na saúde da comunidade .

Desenvolvimento

- Realize a Atividade em grupos, conforme a proposta do Docente;

Grupo 01 – Meio Ambiente

Grupo 02 – Saúde do Trabalhador

- **O grupo 01**, observará a interação da população do Município com o Meio Ambiente nos seguintes aspectos:
 1. A população tem o hábito de jogar lixo nas ruas, em lotes vagos e rios.
 2. Existe coleta seletiva ou locais que recebem papéis, plásticos, vidros e metal.
 3. A população costuma reaproveitar materiais descartáveis, sobras de alimentos, reutilização do óleo de cozinha, etc.
 4. Em relação a poluição visual: os murros são pichados, há cartazes e faixas afixados de forma desordenada?
 5. Em relação a poluição sonora: nas festas e finais de semanas, o barulho incomoda? Os motoristas fazem uso constante da buzina dos veículos?
 6. Em relação a poluição atmosférica: as fábricas em sua cidade emitem muito “gases, odores e fumaças” que incomodam os moradores?
 7. As calçadas/passeios das casas são varridas/lavadas com mangueira d’água?
 8. As praças, parques e matas são preservados?
 9. Os agricultores e pecuaristas provocam queimadas?
- **O Grupo 2**, observará as atividades que os profissionais desempenham quando realizam certas atividades:
 1. Os agentes físicos (ruídos, vibrações, temperatura, ventilação, iluminação) interferem na saúde do trabalhador?
 2. Os agentes químicos (inseticidas, pesticidas, fertilizantes) interferem na saúde do trabalhador que manuseia o produto? Tais trabalhadores fazem uso de equipamentos de proteção individual?
 3. Os Trabalhadores sabem da importância da uso de equipamentos de segurança? Os trabalhadores receberam treinamentos?
 4. O ambiente de trabalho é limpo e organizado?
 5. Existem fábricas que funcionam de forma irregular, colocando em risco a saúde do trabalhador e da população?
- Participe da Sistematização da Atividade , socializando as informações.



ATIVIDADE V

REUNIÃO COM A ESF

.....

Objetivo

- Elaborar um consolidado/síntese com as Atividades do período de Dispersão/Prática Supervisionada para apresentar no próximo período de Concentração.

Desenvolvimento

- Elabore um consolidado/relatório sobre as Atividades desenvolvidas durante o período de Dispersão/Prática Supervisionada para ser apresentado no período de Concentração da unidade 3;
- Reúna com os demais ACS, e prepare uma apresentação desse Consolidado aos demais integrantes da Unidade Básica de Saúde, conforme orientações do Docente.

ANEXOS

Caro Aluno / Docente

Com intuito de enriquecer ainda mais o material didático deste Guia, sugerimos alguns textos para leitura complementar.

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho pode criar um mundo próprio, seu eu e as suas circunstâncias.”
(PAULO FREIRE, 1979).

Anexo I

A PROMOÇÃO DA SAÚDE A CARTA DE OTTAWA

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de Novembro de 1986, aprovou a presente Carta, que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes.

Esta Conferência foi, essencialmente, uma primeira resposta às crescentes expectativas no sentido de se conseguir um novo movimento de Saúde Pública, a nível mundial.

As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, mas tomaram também em consideração preocupações semelhantes em todas as outras regiões.

Esta Carta foi baseada nos progressos decorrentes da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata e no documento As Metas da Saúde para Todos da Organização Mundial de Saúde bem como no recente debate sobre a ação intersectorial para a saúde, realizado na Assembleia Mundial de Saúde.

CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 Novembro de 1986

Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde é o processo que visa a aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida;

A saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.

Pré-requisitos para a Saúde

As condições e recursos fundamentais para a saúde são:

- paz,
- abrigo,
- educação,
- alimentação,
- recursos económicos,
- ecossistema estável,
- recursos sustentáveis,
- justiça social e
- equidade.

A melhoria da saúde decorre da garantia destas condições básicas

- Advogar

A saúde é um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida. No seu conjunto, os fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem ser favoráveis ou nocivos à saúde. A promoção da saúde visa a tornar estes fatores favoráveis à saúde, por meio da advocacia da saúde.

- Capacitar

A promoção da saúde centra-se na procura da equidade em saúde. A promoção da saúde pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde. Para atingir este objectivo, torna-se necessária uma sólida

implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que a determinam. Este princípio deve aplicar-se igualmente às mulheres e aos homens.

- Mediar

As condições básicas e as expectativas face à saúde não podem ser asseguradas unicamente pelo setor da saúde. Acima de tudo, a promoção da saúde exige uma ação coordenada de todos os intervenientes: governos, setores da saúde, social e económico, organizações não governamentais e de voluntários, autarquias, empresas, comunicação social. As populações de todos os meios devem ser envolvidas enquanto indivíduos, famílias e comunidades.

Aos grupos profissionais e sociais e aos profissionais da saúde incumbe a maior responsabilidade na mediação dos diferentes interesses da sociedade na promoção da saúde.

As estratégias e programas de promoção da saúde deverão ser adaptados às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.

Intervir em Promoção da Saúde significa:

- Construir Políticas Saudáveis

A promoção da saúde está para além da prestação de cuidados de saúde. Inscreve a saúde na agenda dos decisores políticos, em todos os sectores e a todos os níveis, consciencializando-os das consequências para a saúde das suas decisões e levando-os a assumir as responsabilidades neste campo.

Uma política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, incluindo a legislação, as medidas fiscais, os impostos e as mudanças organizacionais.

A ação coordenada que leva à saúde, ao rendimento e às políticas sociais, cria maior equidade. A ação conjunta contribui para garantir bens e serviços mais seguros e saudáveis, instituições públicas mais saudáveis, ambientes limpos e mais agradáveis.

Uma política de promoção da saúde exige a identificação de obstáculos para a adoção de políticas públicas em sectores não estritamente de saúde, e propostas para os ultrapassar. O objetivo é que as opções saudáveis se tornem as mais fáceis para os responsáveis políticos.

- Construir Ambientes Favoráveis

As nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas. Não se pode isolar a saúde de outros interesses. Os elos indissolúveis entre a população e o seu meio constituem a base para uma abordagem sócio-ecológica da saúde.

O princípio orientador a nível mundial, das nações, das regiões e das comunidades é a necessidade de encorajar os cuidados mútuos – cuidar uns dos outros, das comunidades e do ambiente natural. É preciso assegurar a conservação dos recursos naturais do planeta, numa perspectiva de responsabilidade global.

A alteração dos padrões de vida, do trabalho e dos tempos livres tem tido um impacto significativo na saúde. O trabalho e os tempos livres deveriam ser uma fonte de saúde para as populações. A maneira como a sociedade organiza o trabalho deveria ajudar a criar uma sociedade saudável.

A promoção da saúde gera condições de vida e de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

É essencial avaliar sistematicamente o impacto que o ambiente, em rápida evolução, tem na saúde – particularmente nas áreas da tecnologia, do trabalho, da produção de energia e da urbanização. Desta avaliação deverão decorrer ações que assegurem benefícios positivos para a saúde pública. A proteção dos ambientes naturais ou criados pelo Homem e a conservação dos recursos naturais devem ser tidos em conta em qualquer estratégia de promoção da saúde.

Reforçar a Ação Comunitária

A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planejando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde.

No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controle dos seus próprios esforços e destinos.

O desenvolvimento das comunidades cria-se a partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na auto-ajuda e no suporte social, no desenvolvimento de sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e orientem para a resolução dos problemas de saúde. Tudo isto exige um acesso pleno e contínuo à informação, oportunidades de aprendizagem sobre saúde, para além de suporte financeiro.

- Desenvolver Competências Pessoais

A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde.

É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crônicas e as incapacidades. Estas intervenções devem ter lugar na escola, em casa, no trabalho e nas organizações comunitárias e ser realizadas por organismos educacionais, empresariais e de voluntariado, e dentro das próprias instituições.

- Reorientar os Serviços de Saúde

No que se refere ao setor da saúde, a responsabilidade da promoção da saúde deve ser partilhada com os indivíduos, grupos comunitários, profissionais e instituições de saúde e com os governos. Todos devem trabalhar em conjunto pela criação de um sistema de cuidados de saúde que contribua para a promoção da saúde.

Para além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, os serviços de saúde devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde. Estes serviços têm de adotar um amplo mandato que seja sensível e que respeite as especificidades culturais. Devem apoiar os indivíduos e as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável e abrir canais de comunicação entre o setor da saúde e os setores social, político, económico e ambiental.

Reorientar os serviços de saúde exige também que se dedique uma atenção especial à investigação em saúde e às alterações a introduzir na educação e formação dos profissionais. Tal perspectiva deve conduzir a uma mudança de atitudes e de organização dos serviços de saúde, focalizando-os nas necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, compreendido na sua globalidade.

- Em direção ao Futuro

A saúde é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama. A saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde.

Solidariedade, prestação de cuidados, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Em consequência, quem está envolvido neste processo deve considerar como princípio orientador que as mulheres e os homens têm de ser tratados como parceiros iguais em todas as fases de planeamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde.

Compromisso para a Promoção da Saúde

Os participantes nesta Conferência comprometem-se a:

- Intervir no domínio das políticas públicas saudáveis e advogar, em todos os setores, um claro compromisso político para a saúde e a equidade;
- Contrariar as pressões a favor dos produtos nocivos e da diminuição de recursos, das más condições de vida, dos meios insalubres e da má nutrição; e centrar a atenção em temas de saúde pública, tais como a poluição, os riscos ocupacionais, as condições de habitação e os aglomerados populacionais;
- Combater as desigualdades em saúde, dentro e entre diferentes grupos sociais e comunidades;

- Reconhecer as pessoas e as populações como o principal recurso de saúde; apoiá-las e capacitá-las para se manterem saudáveis, através de meios financeiros ou outros, e aceitar a comunidade como a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem estar;
- Reorientar os serviços de saúde e o modo como se organizam no sentido da promoção da saúde; partilhar o poder com outros setores, outras disciplinas e, acima de tudo, com as próprias populações.
- Reconhecer a saúde e a sua manutenção como o maior investimento e desafio social e considerar os diferentes modos de vida numa perspectiva ecológica global.

A Conferência apela a todos os interessados para que se aliem ao seu compromisso, com vista à criação de uma forte aliança em favor da saúde pública.

Apelo à Intervenção Internacional

A Conferência apela à Organização Mundial de Saúde e às outras organizações internacionais que advoguem a promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e apoiem os países no desenvolvimento e implementação de estratégias e programas de promoção da saúde.

Os participantes na Conferência estão firmemente convictos que, se as pessoas de todos os meios – as organizações não governamentais e de voluntariado, os governos, a Organização Mundial de Saúde e todas as outras instâncias a quem tal diz respeito — se unissem e apresentassem estratégias para a promoção da saúde, em conformidade com os valores morais e sociais que enformam a presente Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 tornar-se-ia uma realidade.

Disponível em: www.saudeemmovimento.com.br. Acesso em 06 setembro de 2011.

Anexo II

PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e
Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

Anexo III

PACTO PELA SAÚDE 2006 Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. O SUS é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006

I – O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

- IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

- ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

- DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

- ESTABELECEER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

Este PACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

Ministério da Saúde	Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS
---------------------	---	--

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PACTO PELA SAÚDE EM 2006 – CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O documento a seguir contempla o pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

I – PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

- Saúde do idoso;
- Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da Saúde;
- Fortalecimento da Atenção Básica.

A – SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- A implantação de serviços de atenção domiciliar;

- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 . Ações estratégicas:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

B – CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

1 . Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:

- Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.
- Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

2 . Metas para o Controle do Câncer de mama:

- Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.
- Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

C – REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

1 . Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil:

- Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.
- Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006.
- Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes.
- Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2 . Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

- Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

D – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA E INFLUENZA.

1 . Objetivos e metas para o Controle da Dengue

Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;
Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006;

2 . Meta para a Eliminação da Hanseníase:

Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

3 . Metas para o Controle da Tuberculose:

Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

4 . Meta para o Controle da Malária

Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006;

5 . Objetivo para o controle da Influenza

Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

E – PROMOÇÃO DA SAÚDE

1 . Objetivos:

Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006;

F – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

1 . Objetivos

- Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.
- Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.
- Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.
- Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
- Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

II - PACTO EM DEFESA DO SUS

A – DIRETRIZES

1. O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

- Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.
- Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2. O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar através de iniciativas que busquem:

- A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;
- A Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;
- A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema;

3. Ações do Pacto em Defesa do SUS:

As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

- Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;
- Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;
- Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;
- Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;
- Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados;
- Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, Ampliação explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

III - PACTO DE GESTÃO

Estabelece Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS

Premissas da descentralização

Buscando aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, são fixadas as seguintes premissas, que devem orientar este processo:

- Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;
- Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;
- As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;
- As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;
- A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite;
- O detalhamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, será objeto de portaria específica.

Regionalização

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI, detalhados no corpo deste documento.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

2.1- Objetivos da Regionalização:

Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;

Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;

Garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;

Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;

Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Regiões de Saúde

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território;

A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;

A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares;

O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município;

As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso;

Os estados e a união devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades;

O corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;

Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário; O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso;

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião;

O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

As regiões podem ter os seguintes formatos:

Regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;

Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;

Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

Nos casos de regiões fronteiriças o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do colegiado de gestão regional.

Mecanismos de Gestão Regional

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB;

O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva;

O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por representação e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.

O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção a saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;

Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes.

- Etapas do Processo de Construção da Regionalização
- Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:

- Contigüidade entre os municípios;
- Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;
- Existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;
- Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;

Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:

- Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;
- O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em Atenção Básica e parte da Média Complexidade.
- A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.
- O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso.
- O desenho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta-complexidade na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional:

A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da representação estadual.

Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais;

Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado;

Estabelecer uma agenda regular de reuniões;

O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:

- Instituir um processo dinâmico de planejamento regional
- Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde
- Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos
- Priorizar linhas de investimento
- Estimular estratégias de qualificação do controle social
- Apoiar o processo de planejamento local
- Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional

Reconhecimento das Regiões

- As Regiões Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.
- As Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.
- As Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.
- As Regiões fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.

- O desenho das Regiões intra e interestaduais deve ser submetida a aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

Financiamento do Sistema Único de Saúde

3.1 - São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

- Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;
- Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;
- Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;
- Financiamento de custeio com recursos federais constituído, organizados e transferidos em blocos de recursos;

O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo as especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;

As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

- Os blocos de financiamento para o custeio são:

- Atenção básica
- Atenção de média e alta complexidade
- Vigilância em Saúde
- Assistência Farmacêutica
- Gestão do SUS
- Bloco de financiamento para a Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais compõem o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes:

- Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável e seus valores serão estabelecidos em Portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso de Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde;

Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias:

- Saúde da Família;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Saúde Bucal;
- Compensação de especificidades regionais
- Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas
- Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao Município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde;

O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais,

podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

b) Bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro de cada Estado, Município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC se destina, assim, ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

- Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade; Transplantes;
- Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;
- Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde compõem o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde;

O financiamento para as ações de vigilância sanitária deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.

O Limite Financeiro de Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em Portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, com memórias de cálculo anexas.

Comporão ainda, o bloco do financiamento da Vigilância em Saúde – Sub-bloco Vigilância Epidemiológica, os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:

- Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II)
- Campanhas de Vacinação
- Incentivo do Programa DST/AIDS

Os recursos alocados tratados pela Portaria MS/GM nº 1349/2002, deverão ser incorporados ao Limite Financeiro de Vigilância em Saúde do Município quando o mesmo comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo.

No Componente da Vigilância Sanitária, os recursos do Termo de Ajuste e Metas – TAM, destinados e não transferidos aos estados e municípios, nos casos de existência de saldo superior a 40% dos recursos repassados no período de um semestre, constituem um Fundo de Compensação em VISA, administrado pela ANVISA e destinado ao financiamento de gestão e descentralização da Vigilância Sanitária.

Em Estados onde o valor per capita que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mínimo daquele Estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária – PEVISA.

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

O Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo:

Parte Fixa: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido Municípios, Distrito Federal e Estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios.

Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas específicos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos.

O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:

- Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais);
- Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;
- Imunobiológicos;
- Insulina;

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.

A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado.

O Ministério da Saúde repassará aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

- As Diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições:
- Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas.
- Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor federal e gestor estadual;
- Revisão periódica de valores da tabela;
- Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

- Regulação, controle, avaliação e auditoria
- Planejamento e Orçamento
- Programação

- Regionalização
- Participação e Controle Social
- Gestão do Trabalho
- Educação em Saúde
- Incentivo à Implementação de políticas específicas

Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portaria específica.

- Financiamento para Investimentos

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a re-adequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

- Estímulo à Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégias nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados, o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com equidade no acesso.
- Investimentos para a Atenção Básica - recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

4 – Planejamento no SUS

4.1 – O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais, regionais e nacionais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersectorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

4.2 - Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

- Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
- Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
- Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;
- Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

- Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
- Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;
- Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;
- Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;
- Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersectorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;
- Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

4.3 - Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

- Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;
- Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade no processo de planejamento no SUS.

Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referencia entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;

Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;

A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

A programação da assistência devida buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Contratação - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Auditoria Assistencial ou clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

Cada prestador responde apenas a um gestor;

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

- da descentralização, municipalização e comando único;
- da busca da escala adequada e da qualidade;
- considerar a complexidade da rede de serviços locais;
- considerar a efetiva capacidade de regulação;
- considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.

Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.

Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

- Contratualização de todos os prestadores de serviço;
- Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
- Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

Participação e Controle Social

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), e é parte fundamental deste pacto.

7.1 - As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste pacto são:

- Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto;

Gestão do Trabalho

8.1 - As diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes:

A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;

Estados, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde;

O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;

Desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

As Diretrizes para Planos de Cargos e Carreira do SUS devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema;

Promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;

Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação vigente;

Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;

Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS;

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde;

8.2 - Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:

Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este Componente, Estados, Capitais, Distrito Federal e nos Municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde;

Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes;

Sistema Gerencial de Informações - Esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

Educação na Saúde

9.1 – A - As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são:

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e conseqüentes dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e espealocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;

Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

B - RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Este capítulo define as Responsabilidades Sanitárias e atribuições do Município, do Distrito Federal, do Estado e da União. A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Algumas responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos os municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados devem ser assumidas por todos eles.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS – MUNICÍPIOS

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;

Todo município deve:

- Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;
- Com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;
- Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

– ESTADOS

- Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e união, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;
- Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;
- Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;
- Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;

- Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;
- Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;
- Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
- Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes Promover estabelecidas no âmbito nacional;
- Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

– DISTRITO FEDERAL

- Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;
- Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela união;
- Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
- Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;
- Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;
- Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
- Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

- Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;
- Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

– UNIÃO

- Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;
- Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
- Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
- Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;
- Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;
- Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;
- Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;
- Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;
- Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;
- Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
- Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;
- Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;
- Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;
- Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;
- Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;
- Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

– MUNICÍPIOS

Todo município deve:

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- blica/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;
- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- Participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.

- participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;
- A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal
- Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.

– ESTADOS

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;
- Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;
- Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

– DISTRITO FEDERAL

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;
- Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a equidade inter-regional;
- Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;
- Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;
- Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

– UNIÃO

- Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;
- Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;
- Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a equidade inter-regional e interestadual;
- Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;
- Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

– MUNICÍPIOS

Todo município deve:

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- Formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;
- Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional

de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

- Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;
- Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal;

Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

– ESTADOS

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;
- Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;
- Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

– DISTRITO FEDERAL

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;
- Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;
- Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;
- Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;
- Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

– UNIÃO

- Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;
- Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;
- Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

- Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;
- Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;
- Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;
- Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
- Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;
- Adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;
- Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:

- Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o Estado e outros Municípios, das referências intermunicipais.
- Executar o controle do acesso do seu município aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;
- Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

- Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- Monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;
- Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
- Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;
- Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

– ESTADOS

- Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;
- Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;
- Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;
- Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;
- Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
- Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;
- Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;
- Operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;
- Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;
- Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
- Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;
- Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
- Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;
- Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;
- Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;
- Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;
- Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;
- Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;
- Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

– DISTRITO FEDERAL

- Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;
- Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;
- Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;
- Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;

- Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;
- Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;
- Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;
- Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas
- Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;
- Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;
- Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;
- Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;
- Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;
- Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;
- Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;
- Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;
- Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

– UNIÃO

- Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;
- Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
- Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;
- Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;
- Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;
- Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;
- Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;
- Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;
- Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;
- Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;
- Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;
- Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando-os na utilização dos mesmos;
- Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;
- Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

- Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;
- Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;
- Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

5 – RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

5.1 - MUNICÍPIOS

Todo município deve:

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
- As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:
 - Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
 - Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
 - Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;
 - Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.2 – ESTADOS

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
- Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.3 – DISTRITO FEDERAL

- Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;
- Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
- Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

5.4 – UNIÃO

- Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;
- Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;

- Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;
- Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;
- Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1 - MUNICÍPIOS

Todo município deve:

- Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- Promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;
- Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;
- As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal
- Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

6.2 – ESTADOS

- Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;
- Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;
- Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

6.3 – DISTRITO FEDERAL

- Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;
- Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;
- Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;
- Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;
- Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

- Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;
- Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

6.4 – UNIÃO

- Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;
- Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;
- Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;
- Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;
- Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção;

RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1 - MUNICÍPIOS

- Todo município deve:
- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal
- Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

7.2 – ESTADOS

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

7.3 – DISTRITO FEDERAL

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais

7.4 - UNIÃO

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;
- Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

V - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

A - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT.

Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, referidas no item I deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes do item III e os indicadores de monitoramento.

Os Termos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação;

Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em portaria específica.

Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/– 96 e na NOAS SUS 2002.

Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

B - PROCESSO DE MONITORAMENTO

O processo de monitoramento dos Pactos deve seguir as seguintes diretrizes:

Ser um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da união com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;

Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

VI - DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO DO SUS

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes dos municípios é, necessariamente, o Secretário de Saúde da Capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos Colegiados de Gestão Regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível. As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo. **Anexo IV**

ANEXO IV

ALGUMAS SIGLAS IMPORTANTES

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Aids - Síndrome da imunodeficiência adquirida

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Centro de Assistência Psicossocial

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Cenepi - Centro Nacional de Epidemiologia

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNCDO – Centrais de Notificação, Captação e Doação de Órgãos

CID - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Conass - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DISCIPLINARIEDADE - Abordagem que agrega o conhecimento especializado de uma disciplina ou ramo da ciência. Refere-se, portanto, a um conjunto específico de conhecimentos, com características e métodos próprios, sem relações aparentes com outras áreas de saber.

DST – Doença Sexualmente Transmissível

dT – Dupla bacteriana adulta (difteria e tétano)

DT – Dupla bacteriana infantil (difteria e tétano)

EC - Emenda Constitucional

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia da Saúde da Família

ESNP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

FAE – Fração Assistencial Especializada

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal
Hib – Vacina contra Haemophilus influenzae tipo B
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC – Índice de Massa Corporal
INCA – Instituto Nacional do Câncer
INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social
INTERDISCIPLINARIEDADE - Abordagem que busca a interação e a cooperação entre duas ou mais disciplinas, através de um fator de união entre saberes distintos.
LC - Lei Complementar
LDNC – Lista de Doenças de Notificação Compulsória
LTA - Leishmaniose Tegumentar Americana
LV - Leishmaniose Visceral
MEC - Ministério da Educação
MF - Ministério da Fazenda
MPS - Ministério da Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
MTE - Ministério do Trabalho e Emprego
MULTIDISCIPLINARIEDADE - Abordagem que reúne duas ou mais disciplinas na busca de uma melhor compreensão dos fatos ou fenômenos. Esta aproximação entre as diferentes áreas, entretanto, mantém, em essência, a natureza própria da especificidade de cada uma delas. Isto significa que um assunto pode ser trabalhado em várias disciplinas, mas cada uma delas seguindo seus próprios métodos. Não há uma tentativa de síntese entre as diferentes áreas do conhecimento.
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NOB/RH – SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
NR – Norma Regulamentadora
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PABA – Piso de Atenção Básica Ampliado
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM – Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNI – Programa Nacional de Humanização
POP – Procedimento Operacional Padrão
PPI – Programação Pactuada Integrada
PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente
PSF – Programa de Saúde da Família
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RNIS – Rede Nacional de Informações em Saúde
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCR – Vacina Tríplice Viral (sarampo, rubéola, caxumba)
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN - Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde
SI-PNI - Sistema de Informações do PNI
SISCOLO – Sistema de informações de Combate ao Câncer do Colo do Útero
SISFAF – Sistema de Transferência Fundo a Fundo
SISHIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SISMAMA – Sistema de Informação do câncer de Mama

SISMAL - Sistema de Informações sobre Malária

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária

TFAM – Teto Financeiro da Assistência do Município

TFD – Tratamento Fora do Domicílio

TRANSDISCIPLINARIEDADE - Busca a construção de um único conceito, capaz de refletir as diversidades da realidade, através da cooperação, coordenação e sinergia entre as disciplinas, mas fundamentalmente com o objetivo de transcendê-las (ir além). Significa o reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade. Seu objetivo é a tentativa de compreensão da realidade como um todo e não de fragmento dela, como se propõe cada disciplina. Busca, enfim, a unidade do conhecimento.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

ANEXO V

Alguns Termos e Definições importantes:

A

Acidente: Qualquer evento não intencional, incluindo erros de operação e falhas de equipamentos ou eventos não controláveis que podem afetar ou pôr em risco a saúde de indivíduos ou da população.

Agente etiológico: Entidade biológica, física ou química capaz de causar doenças.

Anticorpo: Globulina encontrada em fluidos de tecidos e no soro, produzida como resposta à presença de substâncias estranhas (antígenos), que protege o organismo contra infecções. Os anticorpos podem se combinar, neutralizar ou destruir os antígenos.

Antígeno: Porção ou produto de um agente biológico que pode estimular a formação de anticorpos específicos.

Antirretroviral: Medicamento que inibe determinados vírus.

Antissepsia: Conjunto de medidas empregadas para impedir a proliferação microbiana.

Assepsia: Conjunto de medidas utilizadas para impedir a penetração de microrganismos (contaminação) em local ainda não contaminado.

Autorização de Internação Hospitalar (AIH): Formulário usado pelo SIH (Sistema de Informação Hospitalar) que permite o diagnóstico da produção de serviços de saúde.

Agente: Um fator cuja presença é essencial para a ocorrência da doenças (microrganismos, substâncias químicas).

Amostra: Subgrupo selecionado de uma população. Pode ser selecionado de forma aleatória ou não.

Arbovírus: Vírus transmitido por artrópodes que se alimentam de sangue (carrapatos, mosquitos).

Área de abrangência: Área geográfica de onde provem as pessoas que se consultam em um determinado serviço de saúde.

B

Bactéria: Microrganismo unicelular que não possui núcleo individual.

Bacteriófago: Vírus que pode infectar e destruir bactérias.

C

Cadastro: Assentamento de dados de serviços, instalações, pessoas, equipamentos, produtos e outros relevantes para o controle sanitário.

Cadeia de transmissão epidemiológica: caracterização dos mecanismos de transmissão de um agente infeccioso, que envolvem os suscetíveis, os agentes patogênicos e os reservatórios.

Caso: Pessoa ou animal infectado ou doente que apresenta características clínicas, laboratoriais e/ou epidemiológicas específicas.

Censo: A contagem de uma população inteira. Normalmente inclui o registro de informações sobre residência, idade, sexo, grupo étnico, estado civil, história obstétrica e relação com o chefe da família.

Centro de Saúde: Unidade destinada a prestar assistência à saúde de uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e/ou especialistas. Sua complexidade e dimensões físicas variam em função das características da população a ser atendida, dos problemas de saúde a serem resolvidos e de acordo com o seu tamanho e capacidade resolutive.

Cobertura: Uma medida, normalmente expressa como um percentual, das pessoas ou domicílios que receberam um determinado serviço, em relação àquelas que o necessitam (exemplo: percentual de domicílios com abastecimento adequado de água).

Coefficiente de mortalidade: Relação entre a frequência absoluta de mortes e o número de expostos ao risco de morrer. Pode ser geral, quando inclui todos os óbitos e toda a população da área em estudo, e pode ser específico por idade, sexo, ocupação, causa de morte.

Coefficiente de mortalidade materna: Medida de risco de uma mulher morrer por causas associadas à gravidez. Morte materna é o óbito de uma mulher enquanto grávida ou durante os primeiros 42 dias após o término da gestação, independente da duração da gravidez, por qualquer causa, excluindo causas acidentais ou incidentais.

Contagioso: Transmitido por contato ou por proximidade.

Contato: Exposição a uma fonte de infecção. A transmissão devida ao contato direto pode ocorrer quando a pele ou membranas mucosas se tocam como no contato físico e relação sexual.

Contra-referência: Ato formal de um encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.

Controle: Os programas de controle de doenças têm por objetivo diminuir a incidência de novos casos ou reduzir através de tratamento a proporção de casos graves a um nível aceitável, de modo que a doença deixe de ser considerada uma ameaça importante à saúde pública.

D

Demanda por cuidados de saúde: Vontade e/ou capacidade de procurar e utilizar serviços de saúde.

Demografia: O estudo de populações, com referência a fatores como tamanho, estrutura de idade, densidade, fecundidade, mortalidade, crescimento e variáveis sociais e econômicas.

Desenvolvimento sustentável: Estilo de desenvolvimento que não seja excluyente socialmente nem danoso ao meio ambiente, garantindo que as necessidades das atuais gerações sejam atendidas, sem comprometer o atendimento das gerações futuras.

Desinfecção: Destruição de agentes infecciosos que se encontram fora do corpo, utilizando agentes químicos ou físicos.

Doença notificável: Uma doença que, de acordo com as exigências legais, deve ser notificada à autoridade de saúde pública responsável.

E

Endemia: Presença contínua de uma doença ou de um agente infeccioso de uma determinada região. Também pode expressar a prevalência usual de uma doença particular numa zona geográfica.

Epidemia: A ocorrência em uma comunidade ou região de um número de casos de uma doença ou outro evento semelhante que exceda claramente o número normal esperado. A quantidade de casos que indica ou não a existência de uma epidemia variar conforme o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, sua experiência prévia ou falta de exposição à enfermidade, o local e a época do ano em que ocorre.

Epidemiologia: O estudo da distribuição e dos determinantes da saúde e da doença em populações e sua aplicação para a prevenção e o controle das doenças e problemas de saúde.

Erradicação: O extermínio de um agente infeccioso, interrompendo assim a transmissão da infecção.

Esporádica: Uma doença ou evento que ocorre irregularmente. É um termo normalmente usado para certas doenças transmissíveis.

Ética profissional: Conduta profissional segundo os preceitos da moral, padrões técnicos e científicos.

Exercício ilegal: Exercício de alguma atividade regulada por lei por indivíduo sem habilitação legal, isto é, sem diploma legal e registro no respectivo Conselho Regional.

Expectativa de vida: O número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver se os níveis correntes de mortalidade forem mantidos. A expectativa de vida ao nascer é o número médio de anos que um recém-nascido pode esperar viver, calculado a partir das condições de mortalidade existentes no momento do seu nascimento.

F

Falso negativo: Um resultado obtido através de um teste de triagem, em que uma pessoa que na verdade é positiva (portadora da doença), é classificada como negativa (não tendo a doença).

Fiscalização: Verificação, pela autoridade sanitária, da conformidade com requisitos estabelecidos em normas legais e regulamentares e a adoção de medidas cabíveis para impor o cumprimento desses requisitos.

H

História natural da doença: Descrição das características das funções de infecção, distribuição da doença segundo os atributos das pessoas, tempo e espaço, distribuição e características ecológicas do (s) reservatório (s) do agente, mecanismos de transmissão e efeitos da doença sobre o homem.

Hospedeiro: Uma pessoa ou animal que esteja infectado.

Humanização: É entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função do seu caráter complementar aos aspectos técnicos.

I

Imunidade: Resistência geralmente associada à presença de anticorpos que inibem microrganismos específicos ou suas toxinas responsáveis por doenças infecciosas particulares.

Incidência: Número de casos novos de uma doença ocorridos em uma determinada população durante um período específico de tempo.

Infecção: Penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um agente no organismo de um hospedeiro, produzindo-lhe danos, com ou sem aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis.

Infectividade: Capacidade do agente etiológico se alojar e multiplicar-se no corpo do hospedeiro.

Inflamação: Resposta normal do tecido à agressão celular por material estranho. Caracteriza-se pela dilatação dos vasos capilares e mobilização de defesas celulares (leucócitos e fagócitos).

Inquérito domiciliar: A coleta de informações em uma amostra representativa de domicílios, por entrevistadores treinados. Normalmente se trata de um estudo transversal para coletar informações sobre cada um dos membros do domicílio e sobre características compartilhadas por todos, como, por exemplo, o abastecimento de água.

Inspeção sanitária: Atividade desenvolvida com o objetivo de avaliar os abastecimentos, serviços de saúde, produtos, condições ambientais e de trabalho, na área de abrangência da Vigilância Sanitária, que implica expressar julgamento de valor sobre a situação observada, se dentro dos padrões técnicos minimamente estabelecidos na legislação sanitária, e a consequente aplicação de medidas, de orientações ou punitivas, quando for o caso.

J

Janela imunológica: Intervalo entre o início da infecção e a possibilidade de detecção de anticorpos através de técnicas laboratoriais.

M

Morbidade: Comportamento de uma doença ou um dano à saúde em uma população exposta. É calculada pelos coeficientes de incidência e prevalência.

Monitorização: Observar e medir continuamente o desempenho de um serviço ou programa para verificar se está progredindo de acordo com os planos e objetivos propostos.

P

Pandemia: Uma epidemia acontecendo em uma extensa área geográfica.

Patogenicidade: Capacidade de um agente biológico causar doença em um hospedeiro suscetível.

Patógeno: Agente biológico capaz de causar doenças.

Período de incubação: Intervalo entre a exposição efetiva do hospedeiro suscetível a um agente biológico e o início dos sintomas clínicos da doença nesse hospedeiro.

População de risco: Conjunto de pessoas consideradas com maior probabilidade de contrair determinada doença, além das que mantêm um contato direto, em comparação aos padrões dessa doença na mesma população ou da população geral.

Portador: Pessoa ou animal (doente ou sadio) que abriga o agente patogênico de uma doença e age como propagador da mesma.

Prevalência: Número de casos clínicos ou portadores existentes em um determinado momento, em uma comunidade, que dá uma ideia estática da ocorrência do fenômeno. Pode ser expressa em números absolutos ou em coeficientes.

Prevenção: Medidas que visam promover e manter a saúde, através de intervenções como a melhoria do estado nutricional, imunizações, abastecimento adequado de água potável e destino adequado de dejetos; medidas destinadas a detectar precocemente doenças e infecções; medidas de redução da sintomatologia da doença e da subsequente incapacidade.

Q

Quimioprofilaxia: A administração de medicamentos para prevenir a ocorrência de infecção ou para prevenir a progressão da infecção até a doença.

R

Referência: Ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado serviço de saúde para outro de maior complexidade (sempre feita após constatação de insuficiência de **Reservatório de infecção:** O habitat natural de um agente infeccioso, que pode ser uma pessoa, um animal, um artrópode, uma planta, um solo, etc., onde o agente normalmente vive e se multiplica, sendo passível de transmissão para outros seres vivos.

Risco: A probabilidade de que um evento venha a ocorrer, por exemplo, de que um indivíduo adoça ou morra dentro de um determinado período de tempo ou em uma faixa etária. O termo comumente é usado com relação a eventos desfavoráveis.

S

Saneantes domissanitários: Substância ou preparações destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar, ambientes coletivos e/ou públicos, lugares de uso comum e no tratamento da água. Compreende: a) inseticidas – destinados ao combate, à prevenção e ao controle dos insetos em habitações, recintos e lugares de uso público; b) raticidas; c) desinfetantes; d) detergentes.

Serviço de saúde: Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população em regime de internação ou não, incluindo atenção realizada em consultórios e domicílios.

Sistema de informação de saúde: É um sistema composto de pessoas, equipamentos, procedimentos, documentos e comunicações que coleta, valida, transforma, armazena, recupera e apresenta dados, gerando informação para usos diversos.

Socioambiental: Articulação entre as dimensões social e ambiental, apontando para a impossibilidade de separação na abordagem de ambas: não há social sem ambiental e nem ambiental sem social, ambos se completam e interagem mutuamente.

Sub-registro: Falha em identificar em contar todos os casos ou eventos, levando a um numerador que é inferior ao verdadeiro, resultando em subestimativas de frequência.

Surto: Epidemia de proporções reduzidas que atinge uma pequena comunidade humana.

Suscetível: Qualquer pessoa ou animal que supostamente não possui resistência suficiente contra um determinado agente patogênico, que o proteja da enfermidade caso venha a entrar em contato com o agente.

T

Taxa de incidência: Uma medida do grau em que novos casos ou eventos ocorrem em uma determinada comunidade.

Taxa de prevalência: O número total de casos, eventos ou problemas em um determinado ponto no tempo dividido pela população total sob risco (de ser um caso ou apresentar o problema) no mesmo ponto do tempo.

Toxinas: Proteínas e substâncias proteicas conjugadas, letais para certos organismos. São produzidas por algumas plantas, animais e bactérias. O alto peso molecular e a antigenicidade das toxinas as diferenciam de alguns venenos químicos e alcaloides de origem vegetal.

Transmissão: Transferência de um agente etiológico animado de uma fonte primária de infecção para um novo hospedeiro.

U

Urgência: Que é necessário ser feito com rapidez.

V

Validade: O grau em que uma medida realmente mede ou detecta o que se propõe a medir.

Variável: Qualquer característica ou atributo que possa ser medido.

Veículo: Ser animado ou inanimado que transporta um agente etiológico.

Viés: Qualquer influência durante a coleta ou a interpretação dos dados que leve a um erro sistemático em uma determinada direção, por exemplo, erros resultantes de balanças que dão um peso inferior ao peso real da criança.

Virulência: O grau de patogenicidade, ou a incapacidade de produzir doença, de um agente infeccioso.

Z

Zoonose: Infecção ou doença infecciosa transmissível, sob condições naturais, de animais vertebrados para seres humanos e vice-versa, sendo passível de transmissão para outros seres vivos.

Risco: A probabilidade de que um evento venha a ocorrer, por exemplo, de que um indivíduo adoça ou morra dentro de um determinado período de tempo ou em uma faixa etária. O termo comumente é usado com relação a eventos desfavoráveis.

