

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

GUIA CURRICULAR
CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
MÓDULO I

SUS e o Processo de Trabalho em Vigilância em Saúde

Unidade III - O SUS e a Vigilância em Saúde

MANUAL DO DOCENTE



Belo Horizonte, 2013

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

Unidade Geraldo Campos Valadão
Rua Uberaba, 780 - Barro Preto / Belo Horizonte/MG
CEP: 30180-080
home page: www.esp.mg.gov.br

Superintendência de Educação

Núcleo de Educação Profissional em Saúde (NEPS)
e-mail: educacaoprofissional@esp.mp.gov.br
telefones: (31) 3295-7990 / 3295-5409

Equipe técnico-pedagógica – NEPS

Érica Menezes dos Reis
Fabiana Gonçalves Santos Costa
Jomara Aparecida Trant de Miranda
João André Tavares Alvares da Silva – Coordenador - NEPS
Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira - Coordenadora do Curso
Roberta Moriya Vaz

Autor (conteudista)

Milton Cosme Ribeiro

Colaboradora

Vanessa Alves Ferreira

Revisora Técnica

Beatriz Oliveira Carvalho

Editor Responsável: Harrison Miranda

Diagramação

ESP-MG/ ASCOM

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Rod. Prof. Américo Gianetti, s/n° - Ed. Minas
Bairro Serra Verde - Belo Horizonte/MG
home page: www.saude.mg.gov.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Coordenadoria Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G sala 725 Brasília/DF
- CEP: 70058-900
e-mail: sgtes@saude.gov.br / deges@saude.gov.br
home page: www.saude.gov.br/sgtes

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

M663g Minas Gerais. Escola de Saúde Pública
Curso técnico em vigilância em saúde: módulo I :unidade 3: o SUS e a
vigilância em saúde: guia do docente/ Escola de Saúde Pública do Estado de
Minas. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

33 p.

ISBN:

1. Política de Saúde 2. Políticas Públicas de Saúde 3. Vigilância em Saúde
I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título

NLM WA 525

SUMÁRIO

Atividade 1 - Criação de um mural sobre vigilância em saúde	04
Atividade 2 - A vigilância em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)	04
Texto de apoio - A vigilância em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde	05
Atividade 3 - Bases teóricas e conceituais da vigilância em saúde	07
Texto de apoio - Bases teóricas e conceituais da vigilância em saúde	08
Leitura complementar - Vigilância em saúde	10
Atividade 4 - Quais são as áreas ou componentes da vigilância em saúde?	12
Atividade 5 - Trabalhando as áreas de vigilância em saúde	14
Atividade 6 - A política de vigilância em saúde	14
Atividade 7 - Estudo Dirigido	15
Atividade 8 - Avanços e desafios do sistema de saúde brasileiro	15
Atividade 9 - Estudo de casos: Diferentes realidades	16
Estudo de caso I: Município de Araras	16
Estudo de caso II: Município de Boa Esperança	18
Leitura complementar - Planejamento estratégico e administração municipal	19
Atividade 10- Gestão da vigilância em saúde	20
Atividade 11 - Novas Tendências do sistema de saúde: as redes de atenção à saúde	21
Texto de Apoio - Sistema de Atenção à Saúde: A atenção fragmentada e as redes de atenção à saúde	21
Texto para leitura complementar - Por que organizar rede de atenção à saúde no SUS	25
Atividade 12 - Avaliação do Aluno	26

Atividades de Dispersão - Unidade 2

Atividade 1 - Humanização do SUS	28
Atividade 2 - Código de Ética	30

Atividades de Dispersão - Unidade 3

Atividade 1 - Forma de organização da vigilância em saúde municipal	30
Atividade 2 - Ações de promoção e prevenção em saúde	32
Atividade 3 - Elaboração de material educativo	33



ATIVIDADE 1

CRIAÇÃO DE UM MURAL SOBRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo estimado: 40 minutos

Objetivo

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

Material

- Papel A4, pincel atômico, papel Kraft e fita adesiva.

Desenvolvimento

- Iniciar fixando o papel kraft na parede de forma que todos na sala possam visualizá-lo.
- Orientar os alunos a se posicionarem sentados em forma de roda.
- Distribuir recortes pequenos e retangulares de papel para cada aluno.
- Solicitar ao aluno que escreva no papel o que ele entende por Vigilância em Saúde.
- Em seguida, pedir a cada aluno que cole seu produto no papel Kraft e explique o que o levou àquela definição.

Fechamento

- Realizar a discussão das informações apresentadas no mural elaborado pela turma.



ATIVIDADE 2

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Compreender como a Vigilância em Saúde se insere no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Materiais

- Quadro, pincel e data show.
- Texto de apoio: A Vigilância em Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

Desenvolvimento

- Solicitar que os alunos leiam o texto de apoio individualmente.
- Elaborar e apresentar uma exposição dialogada sobre o tema.
- Criar um glossário da turma com os principais termos estudados ao longo desta unidade e seus significados.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas dos alunos.

TEXTO DE APOIO

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Milton Cosme Ribeiro¹

Nesta época, a assistência à saúde além de não ser acessível a toda a população, priorizava ações médico-hospitalares e serviços de apoio diagnóstico de alto custo, no qual a figura do médico e o tratamento medicamentoso eram vistos como principais soluções para os problemas de saúde. A promulgação da Constituição de 1988 e a criação do SUS pela Lei Nº. 8.080/90, foram marcos importantes, pois tornaram a **saúde um direito social**. Além disso, possibilitaram a implantação do modelo de atenção à saúde que prevê, prioritariamente, ações de promoção e de proteção à saúde como forma de prevenir, controlar e eliminar as doenças e agravos, até então prevalentes na população brasileira, este ficou conhecido como modelo assistencial sanitário.

Nesta ótica, conseguimos avançar no controle de diversas endemias e melhorar o acesso a saúde para todos os cidadãos, independente de extrato social, condição econômica, étnica e religiosa. Apesar dos percalços e entraves que o SUS ainda precisa superar, a garantia dos princípios de **universalidade, integralidade, descentralização e participação social**, são as maiores conquistas desse sistema.

Vale ressaltar que, o processo de descentralização das ações de saúde para estados e municípios não ocorreu de modo uniforme, pois as ações de assistência à saúde individual foram priorizadas, enquanto àquelas de natureza coletiva, incluindo a vigilância e o controle das doenças, permaneceram organizadas ainda de forma centralizada no governo federal e em alguns poucos casos, no estadual.

Passados mais de 20 anos, o Brasil ainda enfrenta grandes dificuldades com a implantação de **ações de promoção e proteção à saúde** e controle de diversas doenças e agravos. Durante esse tempo, o perfil demográfico da população mudou, passamos a ter mais idosos e menos crianças, o perfil epidemiológico também sofreu alterações, passamos a ter mais doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doença mental, obesidade e osteoporose) e

o grau de sedentarismo aumentou, pois reduzimos o nível de atividade física.

Toda essa alteração no perfil demográfico e de saúde, acrescido ao fato de ainda não termos êxito na erradicação de algumas doenças transmissíveis (hanseníase, AIDS, tuberculose, dengue, febre amarela) e de termos sérios agravos ocasionados por causas externas (acidentes de trânsito, violência urbana, dependência química), estão sinalizando a necessidade de mudanças nos processos de trabalho em saúde, ou seja, alterações no atual modelo de atenção à saúde.

A crise do financiamento do modelo de saúde centrado na doença exige o estabelecimento de novas estratégias que recuperem o paradigma da saúde centrado na qualidade de vida e desenvolvimento global das comunidades com participação dos cidadãos (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

É neste contexto, que o Ministério da Saúde publicou, em 2010, as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde, cujo objetivo está focado no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde em todos os níveis de atenção, em especial no campo da atenção primária, propondo uma reorientação nas formas de organização e de gestão dos serviços de saúde.

Entende-se por **Vigilância à Saúde**, um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento contínuo de problemas de saúde, selecionados e relativos aos fatores e condições de risco, atuais e potenciais, e aos acidentes, incapacidades, doenças, incluindo as zoonoses, e outros agravos à saúde de uma população num determinado território (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

A vigilância em saúde surgiu a partir de uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, ou seja, a implantação de um modelo assistencial alternativo de atenção à saúde. Se comparada aos demais modelos constatamos distintos sujeitos, objetos, processos de trabalho e formas de organização (Figura 1).

¹ Especialista em Políticas e Gestão da Saúde - Núcleo de Vigilância Sanitária/Superintendência Regional de Saúde de Diamantina/Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Mestre em Ciência dos Alimentos, Nutricionista.

Figura 1. Comparação entre os modelos assistenciais de atenção a saúde existentes no Brasil.

Modelo	Médico-assistencial Privatista	Sanitarista	Vigilância em Saúde
Sujeito	Médico Especialização Complementariedade (paramédicos)	Sanitaristas e auxiliares técnicos	Equipe de saúde População (cidadãos)
Objeto	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Modos de transmissão Fatores de risco	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)
Meios de Trabalho	Tecnologia médica (indivíduo)	Tecnologia sanitária	Tecnologia de comunicação social, de planejamentos e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias
Formas de Organização	Rede de serviços de saúde Hospital	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998.

Como podemos ver no respectivo quadro, o modelo médico-assistencial privatista é focado na atuação médica e no atendimento hospitalar e seu objeto era a doença em si, ou seja, o objetivo era o tratamento dos doentes. Deste modo, o uso de medicamentos e outras tecnologias médicas eram os meios utilizados por estes profissionais. Enquanto, o modelo sanitaria tem como sujeitos os profissionais de saúde (sanitaristas) e auxiliares técnicos, cujo objeto era os modos de transmissão e os fatores de risco das doenças e seu escopo de atuação era composto de ações de educação em saúde, saneamento, controle de vetores e imunização, com foco, principalmente, nas doenças transmissíveis. Assim, podemos dizer que o modelo sanitaria contribuiu de maneira significativa para o desenvolvimento do sistema de vigilância epidemiológica e sanitária e redução da carga de doenças infecciosas e parasitárias, tanto

é que expectativa de vida da população teve um crescimento elástico nas últimas décadas. Por outro lado, o crescente adoecimento populacional por condições crônicas revelam a fragilidade do modelo de atenção atualmente empregado. Assim, o **modelo de vigilância à saúde**, propõe a incorporação de novos atores, incluindo, além dos profissionais e trabalhadores de saúde, a participação da população organizada, abordando tanto os determinantes clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, como os determinantes sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. O foco agora são as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde a partir de procedimentos e meios de análises da situação de saúde e de comunicação com a sociedade, bem como a criação e efetivação de políticas públicas saudáveis e atuação intersetorial das equipes de saúde, de forma

a intervir nos fatores que predisõem a ocorrência de doenças e agravos, sejam eles agudos ou crônicos.

Com essa transformação do modelo de atenção à saúde, o SUS poderá avançar no processo de **municipalização**, uma vez que, o planejamento e execução das ações básicas de vigilância em saúde passam a ser realizados pela esfera municipal, sendo as demais, pactuadas com os Estados considerando o desenho de regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis e o desenvolvimento racionalizado de ações mais complexas (Brasil, 2006a).

A estratégia de descentralização aumenta a efetividade das ações de vigilância em saúde, deslocando para outras esferas de gestão: competências, recursos técnicos e financeiros e responsabilidades, facilitando o acesso da população aos serviços prestados e tornando as práticas de vigilância e controle de doenças mais efetivas (BRASIL, 2006b).

Contudo, a incorporação das ações de vigilância em saúde na rede de atenção em saúde tem promovido alterações importantes como o próprio **resgate da visão ampliada de saúde**, na qual saúde não é apenas a ausência de doenças, mas sim a garantia do bem estar biopsicossocial. Assim, a população precisa ter acesso a melhores condições de saúde, moradia, emprego, educação, lazer, entre outros. Soma-se a isso que, essa mudança de paradigma não trás apenas uma visão menos fragmentada sobre os riscos e danos a saúde, como coloca a população como produtora

de saúde e não apenas como objeto de atuação dos profissionais de saúde.

É com este novo olhar, que a implantação da vigilância em saúde promoverá mudanças nas formas de trabalho em saúde, enquanto um espaço para a **articulação intersetorial** e para o **controle social**, permitindo assim, uma reorganização dos serviços e das práticas de saúde em todos os níveis de atenção e de gestão do SUS.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em Saúde no SUS**: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 228 p. il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em 27/11/2012b.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. F.; VILASBÔAS, A. L. Sus, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Bahia: **IESUS**, VII (2), abr/jun, 1998. Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/BVSEPS/Material%202012/vigilancia%20ambiental/iesus_vol7_2_sus.pdf> Acesso em 04/12/12.

ATIVIDADE 3

BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos



Objetivo

- Conhecer as bases teóricas e conceituais que originou o modelo de atenção em Vigilância em Saúde.

Materiais

- Quadro, pincel e data show.
- Texto de apoio: Bases teóricas e conceituais da Vigilância em Saúde.

Desenvolvimento

- Apresentar uma exposição dialogada sobre o tema.
- Solicitar que os alunos leiam o texto de apoio e selecionem perguntas para serem discutidas junto com a turma.
- Promover o debate com os alunos.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas dos alunos.
- Colocar os principais termos citados no texto e seus significados no glossário da turma.



TEXTO DE APOIO

BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Milton Cosme Ribeiro ²

Vanessa Alves Ferreira ³

Agora que você já possui conhecimento do processo saúde-doença apresentado na primeira unidade do curso, ficará muito mais fácil entender a origem da expressão “Vigilância em Saúde”.

De acordo com os estudos de Waldman (1998) apud Arreaza e Moraes (2010), no campo da saúde pública o conceito de vigilância surgiu no final do século XIX com o desenvolvimento da microbiologia e de saberes sobre a transmissão de doenças infecciosas, processando dados para subsidiar o emprego de medidas oportunas às pessoas observadas como uma alternativa à prática restritiva da quarentena. Esse conceito envolvia a manutenção do alerta responsável e a observação dos contatos de pacientes das pestilências; seu propósito fundamental era detectar doentes já em seus primeiros sintomas de forma a permitir o isolamento imediato. Em nosso país, os termos inicialmente utilizados com esse significado foram vigilância médica e, posteriormente, sanitária; esta, a sua vez, constituía em **vigiar os comunicantes** durante o período de incubação da enfermidade a partir da data do último contato com um doente ou do momento em que o comunicante abandonou o local em que se encontrava a fonte de infecção.

A partir dos anos 50, período em que foi criado o Ministério da Saúde, este conceito passa a ter um caráter mais abrangente, pois a este se incluem atividades de **avaliação da ocorrência de doenças e registro de dados**, se tornando uma ferramenta importante no levantamento da incidência e

distribuição das doenças por meio da consolidação e avaliação dos registros de adoecimentos e de mortalidade, fornecendo informações imprescindíveis para o controle de algumas endemias. Entretanto, foi somente por volta da década de 70 que a vigilância foi reconhecida como uma área da epidemiologia ligada ao controle de doenças transmissíveis, diferenciando assim do conceito de vigilância sanitária, pois esta passou a ser mais restrita ao conjunto de ações de fiscalização em portos e fronteiras e controle sanitário de produtos e serviços de interesse da saúde.

Mais recentemente, surgiu o termo vigilância em saúde. Este termo passou a abranger vigilância controle de riscos, danos e agravos, por meio do estudo de seus **determinantes biológicos, sociais e culturais**. Desta forma, a vigilância epidemiológica passou a compor uma das áreas de vigilância em saúde, assim como temos atualmente a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da situação de saúde, a vigilância em saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Conhecendo este escopo, está em curso um processo de integração das diferentes áreas de vigilância em saúde com vistas a **intervir nas práticas coletivas e individuais** com foco nas ações de proteção e promoção a saúde.

A atuação da vigilância em saúde é focada nas políticas saudáveis e nas ações intersetoriais como forma de atingir a integralidade em todos os níveis de atenção à saúde (Figura 2).

Figura 2. Modelo político sanitário da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde.



Fonte: ARREAZA, A. L. V.; MORAES, 2010 (Adaptado de TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

²Especialista em Políticas e Gestão da Saúde - Núcleo de Vigilância Sanitária/Superintendência Regional de Saúde de Diamantina/Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Mestre em Ciência dos Alimentos, Nutricionista.

³Professora do Departamento de Nutrição – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM – Doutoranda em Saúde Pública, Nutricionista.

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (2010) a vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Este conceito ampliado de vigilância em saúde tem o intuito de fazer com que as ações desta área sejam inseridas, gradualmente, em todos os níveis de atenção, em especial na atenção primária à saúde. A partir desta nova proposta as equipes desenvolveram habilidades de programação, planejamento e execução de ações de saúde, favorecendo o acesso da população aos serviços de saúde.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance dos resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

I – compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das Equipes da Saúde da Família;

II – planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;

III – monitoramento e avaliação integrada;

IV – reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros;

V – educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão (Brasil, 2010).

A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa. O trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial. Assim consegue-se definir problemas, e um conjunto de prioridades, bem como obter os recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade considerando cada situação específica. O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social e do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto (Campos, 2003).

Segundo Campos (2003), o território é entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc.

Segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), adotar a concepção ampliada de vigilância em saúde, visando à transformação do modelo de atenção à saúde local, implica tanto em avançar no processo de descentralização da gestão da saúde nos territórios municipais, como investir na **articulação intra-setorial**, na **reorganização da atenção básica** e no **fortalecimento do controle social** sobre a gestão dos serviços de saúde do SUS.

Assim, podemos concluir que a vigilância em saúde não se trata de um termo novo na saúde pública brasileira, mas sim de uma área que passou por grandes transformações ao longo dos anos. Todas essas transformações estão contribuindo para a reorientação das práticas de trabalho e para um olhar diferenciado sobre os condicionantes e determinantes em saúde na busca pela integralidade da atenção.

A integralidade trata-se de um princípio consagrado pela Constituição de 1988, que a definiu como: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (Brasil, 1988). De acordo com Campos (2003) a integralidade é um dos pilares que sustentam a criação do SUS, pois a esse conceito é atribuído um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. No nível primário são utilizadas intervenções com enfoque preventivo, comunitário e coletivo, destinadas a atender aos problemas mais comuns da população, enquanto os níveis secundário e terciário são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam intensivamente procedimentos baseados em aparelhos e exames.

Referências Bibliográficas

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (4):2215-2228, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400036&script=sci_arttext> Acesso em: 03/12/12.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13). Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume13.pdf>> Acesso em: 07/12/12.

Brasil 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Cap. II, Seção II, Art. 198.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência. Saúde Coletiva**, v.8, n. 2, p. 569-84, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>> Acesso em: 07/12/12.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. In: ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15 (4): 2215-2228, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. F.; VILASBÔAS, A. L. Sus, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Bahia: **IESUS**, VII (2), abr/jun, 1998. Disponível em: <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/BVSEPS/Material%202012/vigilancia%20ambiental/iesus_vol7_2_sus.pdf> Acesso em 04/12/12.



LEITURA COMPLEMENTAR

VIGILÂNCIA EM SAÚDE ⁴

Aspectos históricos

A expressão vigilância em saúde remete, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem - do latim *vigilare* - significa, de acordo com o Dicionário Aurélio, observar atentamente, estar a atento a, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se.

No campo da saúde, a vigilância está historicamente relacionada aos conceitos de saúde e doença presentes em cada época e lugar, às práticas de atenção aos doentes e aos mecanismos adotados para tentar impedir a disseminação das doenças.

O isolamento é uma das práticas mais antigas de intervenção social relativa à saúde dos homens (Rosen, 1994; Scliar, 2002; Brasil, 2005). No final da Idade Média, o modelo médico e político de intervenção que surgia para a organização sanitária das cidades deslocava-se do isolamento para a quarentena. Três experiências iniciadas no século XVIII, na Europa, irão constituir os elementos centrais das atuais práticas da vigilância em saúde: a medicina de estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra (Foucault, 1982).

O desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da bacteriologia, em meados do século XIX, resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação, iniciando uma nova prática de controle das doenças, com repercussões na forma de organização de serviços e ações em saúde coletiva (Brasil, 2005). Surge, então, em saúde pública, o conceito de vigilância, definido

pela específica, mas limitada, função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas doenças pestilenciais. (Waldman, 1998).

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância é modificado, deixando de ser aplicado no sentido da “observação sistemática de contatos de Doentes”, para ter significado mais amplo, o de “acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade”, com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1998).

Em 1963, Alexander Langmuir, conceituou vigilância em saúde como 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 os que necessitam conhecê-la” (Brasil, 2005).

Esta noção de vigilância, ainda presente nos dias atuais, baseada na produção, análise e disseminação de informações em saúde, restringe-se ao assessoramento das autoridades sanitárias quanto à necessidade de medidas de controle, deixando a decisão e a operacionalização dessas medidas a cargo das próprias autoridades sanitárias (Waldman, 1998).

Em 1964, Karel Raska, propõe o qualificativo “epidemiológica” ao conceito de “vigilância”

⁴ Monken, M.; Batistella, C. Vigilância em Saúde. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

designação consagrada no ano seguinte com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1968, a 21ª Assembléia Mundial da Saúde promove ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente desse instrumento, com recomendação de sua utilização não só em doenças transmissíveis, mas também em outros eventos adversos à saúde (Waldman, 1998).

Um dos principais fatores que propiciaram a disseminação da vigilância como instrumento em todo o mundo foi a campanha de erradicação da varíola, nas décadas de 1960 e 1970. Neste período, no Brasil, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (1975), se dá através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. Em 1976, é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. No caso da vigilância ambiental, começou a ser pensada e discutida, a partir da década de 1990, especialmente com o advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - VIGISUS (Brasil, 1998; EPSJV, 2002).

O Debate Atual

As discussões que se intensificaram a partir da década de 1990 em torno da reorganização do sistema de vigilância epidemiológica, tornando possível conceber a proposta de ação baseada na vigilância da saúde, continham pelo menos três elementos que deveriam estar integrados: 1) a vigilância de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância epidemiológica; 2) a vigilância de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela vigilância sanitária; 3) a vigilância de exposições, através do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da vigilância ambiental (Freitas & Freitas, 2005; EPSJV, 2002).

No Brasil, o processo de implantação dos distritos sanitários buscava organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Teixeira, 2000). Naquele momento, a preocupação incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população.

A excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de vigilância. (epidemiológica, sanitária e ambiental) também é criticada no âmbito de sua construção conceitual.

Três vertentes apontam diferentes concepções em torno da noção de vigilância em saúde: uma primeira, que a entende como sinônimo de análise de situações de saúde., embora amplie o objeto da vigilância epidemiológica, abarcando não só as doenças transmissíveis, não incorpora as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas. A segunda vertente concebe a vigilância em saúde como integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, resultando em reformas administrativas e, em alguns casos, no fortalecimento das ações de vigilância sanitária e na articulação com os centros de saúde. Por fim, a terceira noção concebe a vigilância em saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998). Nesta última concepção são revistos os sujeitos, os objetos, meios de trabalho e as formas de organização dos processos de trabalho envolvidos.

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais. Os modelos hegemônicos atuais o médico-assistencial, pautado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de vigilância epidemiológica e sanitária não conseguem mais responder à complexidade e diversidade dos problemas de saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.

A busca por modelos alternativos que, sem negar os anteriores, conjuguem as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para qualidade de vida das coletividades, incorporando atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, é estratégia para superar o ciclo biologicista, antropocêntrico, medicalizante e iatrogênico em que se encontra o sistema de saúde há quase um século.

A vigilância em saúde, entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Entendida como uma proposta de ação e uma área de práticas, a vigilância em saúde apresenta as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras;

atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (Paim & Almeida Filho, 2000).

Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia crítica, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a vigilância em saúde recorre a uma associação de tecnologias. (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos), necessidades e determinantes sócio-ambientais da saúde. Como combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, a vigilância em saúde tem sido reconhecida como um modelo de atenção ou como um modo tecnológico de intervenção em saúde (Paim & Almeida Filho, 2000) ou uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade.

O pensar sistemático sobre o conhecimento, o objeto e o trabalho em saúde dá suporte para a operacionalização do trinômio informação-decisão-ação, dimensões estratégicas para o planejamento. Esta reflexão coloca tanto para o diagnóstico quanto para a ação a importância do olhar de cada ator social sobre o seu cotidiano. Portanto, os processos de trabalho da vigilância em saúde apontam para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visando responder com efetividade e eficácia aos problemas e necessidades de saúde de populações e de seus contextos geradores.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Projeto VIGISUS. **Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 203p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.). **Promoção**

da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

EPSJV. Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde: projeto político pedagógico. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2002. (Termo de Referência para a Educação Profissional em Vigilância em Saúde).

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: FOUCAULT, M. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FREITAS, M. B. & FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano: desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(4): 993- 1004, out./dez., 2005.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: perspectivas teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 21, n.3. Rio de Janeiro: mai/jun, 2005 p. 898-906.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Senac, 2002.

VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, VII(2): 7-28, 1998.

TEIXEIRA, C. (Org.) **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: ISC, 2000.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.7 (Série Saúde & Cidadania)



ATIVIDADE 4

QUAIS SÃO AS ÁREAS OU COMPONENTES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE?

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Conhecer quais as áreas ou componentes que fazem parte da vigilância em saúde.

Materiais

- Nenhum.

Desenvolvimento

- Solicitar que um aluno se candidate a realizar a leitura, em voz alta, do quadro abaixo junto com a turma :

A **vigilância epidemiológica** é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

A **vigilância da situação de saúde** desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

A **vigilância em saúde ambiental** visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interferiram na saúde humana; recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente a vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho.

A **vigilância em saúde do trabalhador** caracteriza-se por ser um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A **vigilância sanitária** é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Abrange 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, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde.

A **promoção da saúde** objetiva a promover a qualidade de vida, empoderando a população para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. As ações específicas são voltadas para: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz, além da promoção do desenvolvimento sustentável.

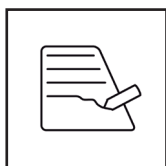
Fonte: Brasil (2010).

- Dividir a turma em 6 grupos sendo que cada um ficará responsável pela produção de um estudo de caso que exemplifique as vigilâncias citadas: vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância sanitária e promoção à saúde.
- Apresentação em plenária.

Fechamento

- Promover um debate, abordando as experiências e os conhecimentos dos alunos, sobre as áreas que compõem a vigilância em saúde.

⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13). Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume13.pdf>> Acesso em: 07/12/12.



ATIVIDADE 5

TRABALHANDO AS ÁREAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Trabalhar as ações de cada área de vigilância em saúde e as formas de articulação entre uma área e outra.

Materiais

- Papel Kraft, pincel atômico e fita adesiva.

Desenvolvimento

- Formar 6 grupos entre os alunos da sala.
- Sortear uma área de vigilância em saúde por grupo.
- Cada grupo deverá apontar pelo menos 4 ações desenvolvidas por cada área.
- Em seguida, identificar dentre às ações apontadas, quais podem ser executadas de forma integrada com outra área de vigilância em saúde e de que maneira essa integração pode ocorrer.
- Apresentar os trabalhos em plenária.

Fechamento

- Discutir com os alunos as apresentações e esclarecer as dúvidas que surgirem.



ATIVIDADE 6

A POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Aprofundar os conhecimentos sobre os conceitos e elementos da Política de Vigilância em Saúde.

Materiais

- Computador e data show.
- Vídeo-aula sobre Política de Vigilância em Saúde (Minas Gerais, 2012).⁶

Desenvolvimento

- Solicitar que os alunos assistam ao vídeo e registrem individualmente os pontos principais analisados.
- Em dupla, solicitar aos alunos que escrevam um breve relatório com as anotações já realizadas.
- Apresentação em plenária.

Fechamento

- Comentar os relatórios apresentados e esclarecer as dúvidas.

⁶ MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Secretaria de Vigilância e Proteção à Saúde SES-MG. **Vídeo-aula do Curso de Atualização Profissional de Vigilância em Saúde:** Caderno 1: políticas de saúde (Unidade 2: Vigilância em Saúde – Aspectos Históricos, Conceituais e Organizacionais). Belo Horizonte: ESP-MG, 2012. Organizadora: Gracia Gondin.44min.

ATIVIDADE 7

ESTUDO DIRIGIDO

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos



Objetivo

- Promover por meio de exercícios, a reflexão sobre os conteúdos por hora apresentados nesta unidade.

Materiais

- Estudo Dirigido impresso e papel A4.

Desenvolvimento

- Solicitar que os alunos realizem, individualmente ou em grupo, o estudo dirigido abaixo.

ESTUDO DIRIGIDO

- Defina com suas palavras: Vigilância em Saúde.
- Quais são as áreas que compõe a Vigilância em Saúde?
- Defina com suas palavras: integralidade da atenção em Saúde.
- Na sua opinião, qual a importância da inserção das ações de Vigilância em Saúde no cotidiano das Equipes de Atenção Primária à Saúde/PSF?
- O que você entende por controle social?

Fechamento

- Corrigir o Estudo Dirigido e discuti-lo em sala de aula revisando o conteúdo já trabalhado.
- Observação: A atividade tem 1 hora e 30 minutos, sendo 30 minutos para realizá-la e 1 hora para discussão e correção.

ATIVIDADE 8

AVANÇOS E DESAFIOS DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos



Objetivo

- Conhecer as alterações ocorridas no perfil de morbi-mortalidade brasileira nos últimos 40 anos e quais foram os antecedentes históricos do atual Sistema de Saúde frente ao processo de transição epidemiológica.

Materiais

- Data show.
- Sugestão de leitura: O Sistema de Saúde brasileiro: história, avanços e desafios.⁷

Desenvolvimento

- Formar 7 grupos sendo que cada um ficará responsável pela apresentação dialogada com a turma sobre uma parte do texto de acordo com proposta a seguir:

— Grupo 1: Início do texto até o contexto do sistema de saúde brasileiro.

⁷ PAIM J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J.. O Sistema de Saúde brasileiro: história, avanços e desafios (Séries: Saúde no Brasil). *The Lancet*, Londres, p. 11-31, maio, 2011. Disponível em: < <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso em: 14 dez 2012.

- Grupo 2: A reforma no setor saúde brasileiro até descentralização e gestão participativa.
- Grupo 3: O subsistema privado de saúde até financiamento.
- Grupo 4: Organização e oferta de serviços de saúde – Atenção básica
- Grupo 5: Atenção secundária até atenção terciária e hospitalar.
- Grupo 6: Infraestrutura (oferta)
- Grupo 7: Conclusões

- Dirigir as apresentações de cada grupo de modo que haja uma interação nas apresentações que proporcione uma discussão ativa e interessante.

Fechamento

- Sintetizar a discussão.



ATIVIDADE 9

ESTUDO DE CASOS: DIFERENTES REALIDADES

Tempo estimado: 2 Horas

Objetivo

- Compreender a importância do planejamento e execução das ações de vigilância em saúde na esfera municipal.

Materiais

- Papel A4, pincel atômico e caixa de papel.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos utilizando a seguinte metodologia: Recortar tiras de papel e escrever as letras A, B, C, D e E. Repetir o procedimento mais 4 vezes. Dobrar as tiras, colocar em uma caixa e solicitar que cada aluno retire uma fita. Os alunos que retirarem a mesma letra farão parte do mesmo grupo. Ao final teremos 5 grupos.
- Cada grupo deverá ler e realizar os exercícios dos estudos de casos I e II.

Fechamento

- Solicitar que cada grupo apresente em plenária as respostas dos exercícios.
- Estimular a discussão dos exercícios em sala de aula.

ESTUDO DE CASO I: MUNICÍPIO DE ARARAS

O município de Araras possui uma população de, aproximadamente, 18 mil habitantes e está localizado na região Sul do Estado, há 222 km da capital de Minas Gerais. A cidade, que possui economia, predominantemente agropecuária, distancia-se 40 km da cidade de Estância do Sul, esta é considerada um pólo econômico para região possui uma população residente de cerca de 200 mil habitantes.

Araras possui um Hospital Municipal e 2 Unidades de Básicas de Saúde com Programas de Saúde da Família (PSF) recém reformadas e ampliadas com recurso do Estado. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município conta com um setor de controle de Zoonoses e um de Vigilância Sanitária (VISA).

O hospital de Araras possui 15 leitos e uma taxa de ocupação de 33%, sendo que a maior parte das internações decorre de condições sensíveis à atenção ambulatorial. Em se tratando das UBS, a cobertura dos PSF alcança 75% da população, oferecendo os seguintes serviços básicos de saúde: consultas médicas, consultas de enfermagem, grupo operativo de hipertensos e diabéticos, vacinação e atendimento a gestante e ao recém-nascido e puericultura. Uma das equipes de PSF encontra-se, temporariamente, sem enfermeiro e o médico não participa das ações de promoção devido ao grande número de atendimentos diários e por trabalhar apenas 20 horas na unidade, já que também atende em seu consultório.

As ações de prevenção em saúde são realizadas pela equipe de zoonoses, composta por 8 profissionais de nível médio, que fazem visitas domiciliares no intuito de combater os vetores de doenças infecciosas e, pela VISA, que conta com apenas 1 fiscal sanitário de nível médio, que percorre os estabelecimentos da área urbana da cidade, realizando inspeção sanitária e eliminando, assim, diversos riscos na comercialização de produtos à população. A coordenação desses serviços era realizada por uma enfermeira de uma UBS.

Por falta, principalmente de veículos, os profissionais de Zoonoses e de VISA não conseguem realizar suas ações na área rural. No período em que não estão em campo, estes profissionais ainda são aproveitados para realizarem a digitação de dados nos programas de saúde (SISVAN, o PCFAD, o SIA-SUS, entre outros). Os mesmos ocupam uma sala na Secretaria de Saúde com apenas um computador, o qual é utilizado para alimentar os sistemas de informação. Cabe mencionar que município ainda não implantou nenhuma ação de saúde do trabalhador.

Interessado em ampliar o atendimento a população, o gestor municipal investiu nos últimos dois anos na equiparação e estruturação do hospital, seja por meio da compra de aparelhos de alto custo ou pela contratação de médicos especialistas. Investiu também na compra de mais duas ambulância e contratação de mais um enfermeiro para o atendimento às urgências. O objetivo principal é depender o menos possível do município de Estância do Sul para o encaminhamento dos pacientes.

Fazendo um balanço dos gastos da prefeitura nos dois primeiros anos de mandato, o contador apresentou a aplicação do recurso da saúde no município: 35% é consumido nos gastos com o hospital, 30% na folha de pagamento dos funcionários, 12% do recurso é utilizado em consultas e exames especializados, 12% é aplicado na atenção básica e o restante gasto com transporte de pacientes e encargos administrativos. Todos estes gastos foram submetidos e aprovados em Conselho Municipal de Saúde, que se reúne ao ser convocado pela Secretária Municipal.

Chegada à festa de Santo Antônio, tradicional da cidade de Araras e muito esperada, pois é quando as pessoas retornam para a cidade natal para rever os parentes e amigos, uma enorme multidão tomou conta do centro da cidade. Por volta das 22 horas de sábado, deram entrada no hospital 16 pessoas com sintomas diarreia, vômitos e dor na região do abdômen. Neste momento, os profissionais do hospital optaram por administrar analgésico e soro via endovenosa aos pacientes e encaminharem os mesmos para suas residências. Na segunda-feira, pelo enorme número de pessoas que chegavam ao hospital, suspeitou-se logo de um surto alimentar. Até este momento, já eram 48 às pessoas atendidas na unidade hospitalar,

com 7 casos de internações. A grande necessidade de tratamento à população, fez com o estoque de medicamentos da farmácia municipal fosse esgotado. O Secretário Municipal de Saúde tomou conhecimento do ocorrido e tratou de solicitar a compra de novos medicamentos e ampliar o número de profissionais no plantão do hospital. Controlado o surto, chegou-se ao seguinte balanço: 79 casos de intoxicação, 18 internações, 2 mortes por gastroenterite e 42 mil reais em gastos com a assistência aos enfermos.

Passados alguns dias, o motivo do surto alimentar ainda encontra-se desconhecido, pois os técnicos da saúde relataram não conhecer os procedimentos de investigação e não terem tempo para investigar. Além disso, muitos comentaram que não sabiam de quem era a responsabilidade para fazer a investigação, pois nunca foram orientados.

O caso tomou repercussão e chegou ao conhecimento da Superintendência Regional de Saúde (SRS) que assiste ao município. Ao comparecerem no município, os técnicos da SRS verificaram que o serviço de vigilância epidemiológica era incipiente, restringindo-se apenas as ações desenvolvidas nas UBS e que o técnico de VISA não era capacitado para auxiliar na investigação, pois havia sido contratado havia 3 meses.

A equipe da SRS concluiu que o município precisa rever sua forma de organização do serviço de vigilância e aproveitou a oportunidade para informar ao gestor quais eram os investimentos que precisavam ser priorizados pela gestão municipal. Enquanto conversavam, o gestor esclareceu que não tem recurso para investir em ações de vigilância em saúde e que o gasto com o tratamento de doenças como hipertensão, infarto e diabetes tem esgotado o recurso que a secretaria dispõe. Relatou também que, o que tem ajudado muito é o auxílio do consórcio intermunicipal, o qual possibilita a realização de exames de alto custo e consultas médicas especializadas. Ao ser orientado sobre a existência de recurso específico para as ações de vigilância em saúde, o Secretário encontrou um acúmulo de crédito superior a 8 meses de depósito. Ao final o gestor reconheceu que existe falhas na aplicação dos recursos na saúde e se mostrou favorável a analisar a necessidade das mudanças na gestão.

Com base no estudo de caso, procure responder as seguintes questões:

1. Como você avalia a vigilância em saúde no município de Araras?
2. Comente sobre a alocação dos recursos da saúde no município. O que era priorizado?
3. A vigilância em saúde municipal dispõe de planejamento? Como é organizado o serviço de saúde no município?
4. Quais são as alterações por você sugeridas para os problemas de saúde do município?

ESTUDO DE CASO II: MUNICÍPIO DE BOA ESPERANÇA

Localizado a 155 km da capital de Minas Gerais, o município de Boa Esperança está entre os municípios da região Oeste do Estado com uma população inferior a 20 mil habitantes. A economia da cidade é aquecida pelo comércio e pela agropecuária. O município de grande porte mais próximo é a cidade de Resplendor, que tem 180 mil habitantes e está a 60 km de Boa Esperança.

A estrutura da saúde do município de Boa Esperança conta com um Centro de Saúde, 3 Unidades de Básicas de Saúde com Programas de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS), todas bem estruturadas e equipadas para o atendimento primário à população. O serviço de vigilância em saúde possui referências nas seguintes áreas: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância ambiental, vigilância da situação de saúde, incluindo uma referência para as ações de promoção à saúde.

A cobertura das equipes de PSF alcança 100% da população, oferecendo diversos serviços nos campos da prevenção, promoção e recuperação da saúde, tais como: atenção a saúde da gestante e do recém-nascido, puericultura, tratamento odontológico, atendimento ginecológico, grupos operativos, exames preventivos do câncer de mama, atividade física para idosos, hipertensos e diabéticos, atendimento clínico, atividades educativas no controle do tabagismo, da prevenção da tuberculose e das doenças sexualmente transmissíveis, vacinação, entre outros programas e atividades. Todos os profissionais das Unidades, incluindo os agentes comunitários de saúde, são muito bem capacitados para atuar junto à população, identificando riscos e informando a população sobre as formas de prevenção e controle das doenças.

Devido a pouca capacidade resolutiva do município para as ações de alta complexidade, o mesmo optou por referenciar os pacientes graves para o município de Resplendor que conta com uma assistência hospitalar e diagnóstica melhor para atender aos municípios de menor porte, conforme pactuado nas Comissão de Intergestores Regional (CIR). O transporte dos pacientes é realizado pelo Consórcio Municipal de Saúde. O consórcio também oferece aos municípios apoio as ações de vigilância em saúde por meio de uma equipe multiprofissional recém contratada.

Há dois anos a equipe de vigilância em saúde vem realizando a análise de situação de saúde e utiliza deste instrumento para indicar ao gestor as necessidades de intervenção na área de saúde. Diante dessas informações e sendo conhecedor dos recursos que a vigilância recebe das esferas Federal e Estadual, o gestor elabora o plano anual de saúde e realiza o planejamento junto às equipes de atenção primária,

vigilância em saúde e assistência à saúde, definindo prioridades, competências, prazos e aplicação de recursos orçamentários.

As equipes de saúde procuram seguir o cronograma de atividades proposto no planejamento, bem como o atendimento as novas demandas. Para permitir o monitoramento e avaliação das ações, o coordenador da atenção primária se reúne, quinzenalmente, com o coordenador de vigilância em saúde. Estes por sua vez, ficam responsáveis por discutir com as suas equipes a tomada de ação a cada mês.

As ações de promoção e prevenção em saúde são realizadas tanto pela atenção primária, quanto de vigilância em saúde, ambas possuem um quadro de técnicos satisfatórios, com profissionais de nível médio, técnico e superior. Os serviços são bem estruturados e os profissionais possuem os equipamentos de trabalho necessários.

Ao fazer um balanço dos gastos da prefeitura nos dois primeiros anos de mandato, o contador apresentou a aplicação do recurso da saúde no município, onde 30% foi gasto na folha de pagamento dos funcionários, 25% no consumido nos gastos na atenção primária, 22% aplicado no atendimento ambulatorial, 8% do recurso foi utilizado em consultas e exames especializados e o restante gasto com transporte de pacientes e encargos administrativos. O plano que previa o uso do recurso foi devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que se reúne ordinariamente a cada mês e está sempre atento ao devido uso do recurso da saúde.

A relação da equipe de saúde de Boa Esperança é tão estreita que sempre que ocorrem agravos em saúde, um setor comunica aos demais para agir de prontidão. Exemplo disso foi o último surto de H1N1 ocorrido no município na última festa do padroeiro da cidade há dois anos, quando 12 pessoas foram atendidas na Unidade Básica de Saúde com sintomas da gripe. Imediatamente, o enfermeiro tratou dos doentes de acordo com o procedimento preconizado e informou ao serviço de vigilância epidemiológica e a sanitária, que fizeram a investigação imediata, notificaram os casos e concluíram que o surto teve como foco um viajante que estava no evento. A equipe divulgou o ocorrido e conseguiu fazer com que grande parte dos sintomáticos procurasse tratamento nas Unidades ou no Centro de saúde. As medidas preventivas também foram divulgadas possibilitando o controle da transmissão em curto prazo. Ao final o saldo revelou apenas 3 internações e nenhum óbitos, gerando poucos gastos na assistência. A partir deste fato, todos os meses que antecedem as principais festas da cidade a equipe distribui cartilhas e faz informes no rádio de como prevenir a gripe H1N1.

Em visita de avaliação, a equipe da Superintendência Regional de Saúde que assiste ao município, encontrou uma vigilância em saúde estruturada, bem organizada e integrada com a atenção primária. Essas características estão promovendo melhorias no quadro de saúde e possibilitando o atendimento integral a população.

Com base no estudo de caso I e II, procure responder as seguintes questões:

1. Aponte as diferenças encontradas na administração e organização da saúde entre os municípios de Araras e Boa esperança.
2. Diante dos contextos apresentados, comente sobre a importância do planejamento em vigilância em saúde.

LEITURA COMPLEMENTAR

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E ADMINISTRAÇÃO MUNICIPAL ⁸



O planejamento estratégico é um instrumento de extrema importância para a melhor eficiência da gestão municipal e sua elaboração deve levar em conta os recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos existentes, bem como os fatores ambientais, os aspectos culturais, turísticos, econômicos e sociais da região.

A Constituição Brasileira de 1988 deu ênfase à função de planejamento, quando introduziu significativamente mudanças na forma de condução do processo orçamentário, pois aliou o orçamento público ao planejamento. Além disso, a Carta Magna tratou de evidenciar a integração dos instrumentos de planejamento: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O primeiro instrumento, o PPA, é o plano de governo que expressa o planejamento de médio prazo. Evidencia os programas de trabalho do governo para um período de quatro anos especificados em diretrizes, objetivos, metas da administração para as despesas de capital e outras delas decorrentes, e para as relativas aos programas de duração continuada.

O segundo instrumento é a LDO, a qual cabe anualmente orientar a elaboração e a execução do orçamento. A partir desse instrumento, o poder Legislativo passa a ter poderes para de fato interferir no decurso da elaboração da peça orçamentária e a condução das finanças públicas, pois, ao aprovar a LDO, estará aprovada a regra para a elaboração do orçamento e para gestão financeira do Município. Assim, a LDO tem entre outras funções a de selecionar dentre os programas e ações incluídas no PPA quais terão prioridade na execução orçamentária.

O terceiro instrumento é a LOA, o qual viabiliza o plano de governo, permitindo a realização anual dos programas mediante a alocação de recursos para as ações orçamentárias (projetos, atividades e operações especiais).

A Lei de Responsabilidade Fiscal do ano de 2000 possui importantes atribuições, uma delas é o estabelecimento de regras que visam garantir o equilíbrio e o ajuste das contas públicas (gestão fiscal responsável), enfatizou também a integração dos instrumentos (PPA, LDO e LOA) e ratificou a necessidade de planejamento, controle, transparência e responsabilização na administração pública.

Diante do sistema criado pela Constituição Federal vigente percebe-se que o PPA, a LDO e a LOA devem incorporar as diretrizes e metas do Plano Diretor, sendo esse o pilar do sistema municipal de planejamento. No PPA deve-se estabelecer os programas e ações acerca das diretrizes metas contidas no Plano Diretor, devendo a LDO incorporar em seu conteúdo as ações prioritárias, restando para a LOA disponibilizar os recursos orçamentários necessários para execução das respectivas ações, ou seja, o PPA deve ser elaborado de forma compatível com o Plano Diretor e a LDO deverá ser elaborada de forma compatível com o Plano Diretor e com o PPA.

Rezende (2005) apud Saldanha, Peixoto e Estrada (2006), sugere uma metodologia para elaborar e implementar o planejamento estratégico municipal com as seguintes fases:

- Análises estratégicas
- Diretrizes estratégicas
- Estratégias e ações municipais
- Controles municipais e gestão do planejamento

As *análises estratégicas* procuram identificar qual a real situação do município, de seu entorno e de sua administração, incluindo variáveis internas e externas. Englobam aspectos positivos e negativos, formalizam o que o município tem de bom, de regular ou de ruim. Buscam responder questões relacionadas com os diferenciais municipais, com as pessoas (jurídicas e físicas) que influenciam o momento atual e futuro

⁸ SALDANHA, G. S.; PEIXOTO, F. B.; ESTRADA, R. J. S. Planejamento estratégico na gestão pública municipal. In: SLADE BRASIL/2006. Encontro Luso Brasileiro de estratégia. Estratégia para o desenvolvimento sustentável das organizações. UNIVALI – Balneário Camboriú - SC, 03 e 04 de Nov. 2006. Disponível em: < <http://www.ead.fea.usp.br/eadonline/grupodepesquisa/publica%3%A7%C3%B5es/rolando/46.htm>>. Acesso em 27/12/2012.

da cidade e os pormenores que serão descritos nas diretrizes estratégicas do projeto de planejamento estratégico municipal.

Por sua vez, as *diretrizes estratégicas* procuram estabelecer os objetivos ou caminhos da cidade. As diretrizes estratégicas municipais estão relacionadas com os traçados de caminhos, com programas de atividades, com conjuntos de instruções, com indicações de ações e com normas ou procedimentos.

As *estratégias e ações municipais* definem as respectivas estratégias e ações que a cidade deve planejar para atender aos seus respectivos objetivos.

As estratégias municipais são as atividades que procuram atender aos objetivos municipais definidos pelo município, considerando a sua visão, as suas vocações e os seus valores, ou seja, deve-se considerar o que o município determina fazer ou não fazer.

As ações municipais detalharão quais as estratégias do município serão elaboradas na prática, as estratégias devem ser descritas de forma sucinta e as ações de forma detalhada. As ações municipais oportunizam as diversas possibilidades para realizar as estratégias municipais, levando em conta as suas viabilidades (financeiras e não financeiras), os recursos, as leis e, acima de tudo, a necessidade da vontade da comunidade local. O processo de elaboração das ações municipais exige planos de trabalho, pois a estratégia sem ação nada significa. As estratégias municipais exigem sua transformação em ações municipais e, como consequência, resultados municipais.

Já os *controles municipais e gestão do planejamento* procuram estabelecer os controles estratégicos, táticos e operacionais do planejamento estratégico municipal, por meios de padrões medição de desempenho, o acompanhamento, a correção de desvios.

Também procuram definir formas de gestão para lidar com os recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos que são requisitados pelo planejamento estratégico municipal. Para se controlar é necessário medir e avaliar o desempenho e o resultado das ações, com a finalidade de realimentar os tomadores de decisões, de forma que possam corrigir ou reforçar esse desempenho ou interferir em função do processo administrativo, para assegurar que os resultados satisfaçam às metas, aos desafios e aos objetivos estabelecidos

É importante ressaltar que para implementação dos mecanismos de comparação e medição de desempenho a prefeitura pode estabelecer um sistema de controle para medir as ações do município por meio de indicadores, que devem contribuir com a medição, com o acompanhamento e com a avaliação das ações municipais. Na seleção dos indicadores é importante o entendimento do que se quer medir, das informações que se quer gerar e dos conhecimentos que se quer compartilhar.

Os sistemas de informação são relevantes meios de controles do planejamento estratégico municipal. Como conceito, os sistemas de informação são o conjunto de partes que geram informações para os controles municipais. Têm como maior objetivo o apoio nos processos decisórios do município e da prefeitura.

Contudo, o planejamento estratégico municipal é um projeto e, como tal, deve ser iniciado, controlado e encerrado. Num primeiro momento a gestão do planejamento estratégico municipal começa quando a elaboração da primeira atividade do projeto. Num segundo momento, a gestão acompanha o desenvolvimento de todo o projeto. No terceiro e último momento, reinicia-se imediatamente após o seu encerramento, como um processo cíclico e dinâmico.



ATIVIDADE 10

GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo Estimado: 2 Horas

Objetivo

- Possibilitar o conhecimento dos aspectos pertinentes à gestão da Vigilância em Saúde no SUS.

Materiais

- Quadro, pincel e data show.
- Sugestão de leitura: Manual de gestão da vigilância em saúde⁹

⁹ Manual de gestão da vigilância em saúde Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_de_gestao_web.pdf> Acesso em: 28/12/2012.

Desenvolvimento

- Elaborar exposição dialogada sobre os aspectos pertinentes à gestão da Vigilância em Saúde no SUS.

Fechamento

- Esclarecer as dúvidas dos alunos.

ATIVIDADE 11 NOVAS TENDÊNCIAS DO SISTEMA DE SAÚDE: AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Tempo Estimado: 2 Horas



Objetivo

- Compreender os motivos que levaram a criação dos modelos integrados no sistema de saúde e o funcionamento das redes de atenção à saúde no SUS.

Materiais

- Quadro, pincel e data show.
- Texto de Apoio: Sistema de atenção à saúde: a atenção fragmentada e as redes de atenção à saúde.

Desenvolvimento

- Dividir a turma em grupos de 5 a 6 componentes.
- Fazer a leitura do texto de apoio.
- Solicitar que cada grupo construa um cartaz informativo com o tema do texto de apoio, lembrando que cada um deverá conter as seguintes palavras chaves: Fragmentado, integrado, condições agudas, condições crônicas, redes de atenção à saúde (RAS).
- Ao fim da confecção do cartaz, cada grupo irá apresentar para a turma o que construiu.

Fechamento

- Pontuar com a turma os tópicos importantes do texto trabalhado e esclarecer as dúvidas que surgirem. Observação: A atividade tem 2 horas, sendo 1 hora e 30 minutos para elaboração do informativo e 30 minutos para apresentação em plenária.

TEXTO DE APOIO SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE: A ATENÇÃO FRAGMENTADA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Milton Cosme Ribeiro¹⁰



Os Sistemas de Atenção à Saúde são definidos pela Organização Mundial da Saúde “como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a

garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes” (World Health Organization, 2000). Entende-se que estes constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para

¹⁰ Especialista em Políticas e Gestão da Saúde - Núcleo de Vigilância Sanitária/Superintendência Regional de Saúde de Diamantina/Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Mestre em Ciência dos Alimentos, Nutricionista.

responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Nesse sentido, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares (Mendes, 2011).

Os sistemas de saúde podem apresenta-se de duas maneiras, fragmentado ou integrado. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde, são aqueles organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. Essas duas maneiras de se analisarem os sistemas de atenção à saúde não aparecem, na prática social, de forma independentemente; ao contrário,

os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições agudas, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e condições crônicas (Mendes, 2011).

As condições agudas, em geral, são manifestações que apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar. A título de exemplo temos as doenças transmissíveis tais como a dengue, a gripe e outras doenças infecciosas. Já as condições crônicas, ao contrário das agudas, são manifestações com período de duração mais o menos longo, e nos casos de algumas doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica, doença mental, doença respiratória crônica, entre outras, tendem a apresentar-se de forma definitiva e permanente (VON KORFF et. al., 1997). Ressalta-se que, muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas e muitas condições crônicas podem apresentar períodos de agudizações, que são manifestações comuns a eventos agudos.

Na figura abaixo, são colocadas as principais diferenças entre as condições agudas e crônicas:

Figura 2: Diferenças entre as condições agudas e crônicas.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e Prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado

Fonte: Mendes, 2011.

Na atualidade, as condições crônicas estão aumentando em ritmo acelerado em função do comportamento e do estilo de vida das pessoas. Entre os fatores que predispõe ao surgimento dessas doenças estão: a inatividade física ou sedentarismo, a alimentação inapropriada, o sexo inseguro, a dependência química e o estresse social. Cabe mencionar que, o envelhecimento populacional e a redução da taxa de fecundidade, também influenciam na alteração desse quadro, visto que aumentam a expectativa de vida da população. É notório que as doenças crônicas produzem impactos negativos, causando mortes prematuras, incapacidades, redução da carga de trabalho e enormes prejuízos econômicos.

A Organização Mundial da Saúde (2003) estimou que até 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento e que as maiores incidências, semelhantemente ao que ocorre hoje, serão de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer, ou seja, se os serviços de saúde não responderem a essa situação, fatalmente milhões de pessoas morrerão por condições crônicas nos próximos anos.

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, historicamente, os problemas agudos ainda constituem o principal foco de atenção dos sistemas de saúde. Ao passo que, os avanços na área médica permitiram reduzir o impacto de inúmeras doenças infecciosas,

estes países vivenciam o aumento das doenças crônicas e a permanência de algumas doenças infecciosas.

Essa situação encontrada, em especial nos países em desenvolvimento, é caracterizada pela que chamamos de dupla ou tripla carga de doenças, que seria a superposição com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; o ressurgimento de doenças reemergentes como a dengue a febre amarela; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes (Mendes, 1999).

Pelo fato dos atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. De fato, os sistemas de saúde não evoluíram, de forma perceptível, mais além do enfoque usado para tratar e diagnosticar doenças agudas. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera entre os tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo predominante. O tratamento agudo será sempre necessário, pois até mesmo as condições crônicas apresentam episódios agudos; contudo, os sistemas de saúde devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo (World Health Organization, 2003).

Os sistemas fragmentados são voltados para a atenção às condições agudas e para os eventos de agudizações das condições crônicas. Assim, a razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas – normalmente auto percebidos pelas pessoas – por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem (Mendes, 2011).

Além desse paradigma, outro fator negativo observado é o pagamento por procedimentos na área de saúde

que vigora no SUS. Este termina por estimular os prestadores e profissionais a ofertarem insumos e serviços em quantidade e não na qualidade, ao tempo em que não os incentiva a realização de intervenções voltadas para a promoção e prevenção em saúde. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (Mendes, 2011).

Para o Ministério da Saúde (2010) as RAS podem ser definidas como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*.

Dessa definição, emergem algumas características básicas das RAS:

- apresentam objetivos comuns;
- operam de forma cooperativa e interdependente;
- intercambiam constantemente seus recursos;
- organizam-se de forma poliárquica, ou seja, são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde;
- implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário;
- convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas;
- funcionam sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS);
- prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis;
- focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde;
- têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por uma população;
- geram valor para a sua população (Mendes, 2011).

No anexo 1, podemos observar as principais características que diferenciam os sistemas fragmentados e as RAS.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Para atingir esses objetivos, o sistema de saúde deve demandar atenção nas três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência (Ministério da Saúde, 2010).

O enfrentamento das condições crônicas exige uma mudança nos sistemas de atenção à saúde por meio de um plano estratégico com ações de curto, médio e longo prazos, a saber:

1. Em curto prazo: a criação de uma consciência geral sobre os problemas das condições crônicas; o desenvolvimento de políticas de saúde pública que foquem os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais; a instituição de incentivos para a integração da atenção primária, secundária e terciária à saúde; o estímulo das ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças por meio de processos educacionais e incentivos financeiros; o reconhecimento das pessoas usuárias como membros das equipes de saúde; o incentivo para as ações de autocuidado; a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências para indicar as relações entre os diferentes serviços; a implantação de tecnologias de informação que permitam compartilhar as informações entre os diversos serviços; a estratificação da população por riscos; e a integração com os serviços comunitários.

2. No médio prazo: a definição de políticas nacionais de controle das condições crônicas; a definição de políticas e instrumentos relativos aos fatores de riscos; o uso de indicadores de desempenho e de programas de qualidade; a utilização de ferramentas baseadas em evidências, como a gestão de caso e o trabalho multiprofissional; a introdução de incentivos financeiros vinculados a desempenho; a definição de políticas para incremento da equidade; e o estímulo a relações colaborativas entre os profissionais de saúde; o empoderamento de grupos comunitários; a alocação de recursos financeiros com base na carga de doenças; a melhoria das equipes de saúde para manejar as condições crônicas; e a educação permanente dos profissionais de saúde (World Health Organization, 2006).

Para conter o contínuo aumento dos gastos em saúde na prestação de serviços de alto custo, muitas vezes oriundos do tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à atenção primária à saúde, os órgãos reguladores e os gestores de saúde deverão dispor de ferramentas de gestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional e o estímulo a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização entre os entes financiadores e os prestadores de serviço (Ministério da Saúde, 2010).

Contudo, as condições de saúde podem se apresentar de forma aguda ou crônica, exigindo

diferentes formas de atenção à saúde, seja ela a partir de um sistema de atenção fragmentado ou integrado. A crise no sistema de atenção à saúde está sendo aprofundada pelo fato dos serviços de saúde ainda tratarem as doenças crônicas de forma semelhante às doenças agudas. De acordo com Mendes (2011), precisamos mudar a lógica de atuação para o enfrentamento do processo de transição epidemiológica completa nos países desenvolvidos e da dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento. Esta lógica consiste na implantação de um sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudizações das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, para um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe de atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas.

Referências Bibliográficas

Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no DOU de 31/12/2010, Seção I, Página 89.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

VON KORFF et. al. Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127: 1097-1102, 1997.

World Health Organization. Gaining health: The European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

TEXTO PARA LEITURA COMPLEMENTARPOR QUE ORGANIZAR REDE DE
ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS ¹¹

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio-econômicas e de necessidade de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos sérios nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS)

Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideráveis evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituídos e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma “associação fina da técnica e da política”, para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da Rede de Atenção em Saúde (RAS) para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da RAS é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para consolidação do SUS como política pública voltada a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

¹¹ Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Publicada no DOU de 31/12/2010, Seção I, Página 89.



ATIVIDADE 12
AVALIAÇÃO DO ALUNO

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Verificar se o aluno absorveu os conhecimentos apresentados na Unidade, identificando os progressos e as dificuldades do aluno, visando recuperá-lo.

Material

- Papel A4

Desenvolvimento

- Fazer uma lista com os títulos das atividades abordadas na unidade.
- Sorteie os temas na turma, de forma que cada aluno fique com um.
- Solicitar que cada aluno construa um texto dissertativo sobre o conteúdo sorteado (máximo 2 laudas). O texto poderá relacionar o tema com todos os outros assuntos apresentados na unidade.

Fechamento

- Realizar a correção da avaliação e discutir com os alunos sobre tal.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”. (Cora Coralina)

ANEXO 1

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADAS DOS SISTEMAS FRAGMENTADOS E DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliárquica
Coordenação da Atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto-atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma de ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária com busca ativa

Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre doenças ou condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação de riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de Gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência de APS, gerência dos ambulatorios especializados, etc)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta, e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e expectativas
Ênfase no cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado
Conhecimento e ação clínicos	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios políticos-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca da atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Mendes (2001); Fernandez (2004) apud Mendes (2011).¹²

¹² Fernández, J. M. D Los sistemas integrados de salud: um modelo para avanzar trás completar lãs tranferencias. In: Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p. Mendes, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.



ATIVIDADES DE DISPERSÃO

UNIDADE 2

Carga Horária: 30 HORAS

ATIVIDADE 1 – HUMANIZAÇÃO DO SUS

1) No seu município, quais são as medidas tomadas visando humanizar os serviços de saúde prestados e como você participa desse processo?

2) Entreviste dois usuários que são atendidos pelo SUS há mais de dez anos .

Entrevista 1

Nome completo do entrevistado: _____

Profissão: _____

1) Você percebeu alguma diferença no atendimento do SUS antes de 2003 em comparação ao atual? Caso positivo, quais seriam essas mudanças?

2) Você já ouviu falar em Política Nacional de Humanização? O que você sabe sobre ela? O que imagina que seja?

Assinatura do entrevistado



Entrevista 2

Nome completo do entrevistado: _____

Profissão: _____

1) Você percebeu alguma diferença no atendimento do SUS antes de 2003 em comparação ao atual? Caso positivo, quais seriam essas mudanças?

2) Você já ouviu falar em Política Nacional de Humanização? O que você sabe sobre ela? O que imagina que seja?

Assinatura do entrevistado

2) Depois das entrevistas, o que você pôde perceber sobre o conhecimento dos usuários acerca da Política Nacional de Humanização?

ATIVIDADE 2 – CÓDIGO DE ÉTICA

Leia o conceito abaixo :

· **“Código de Ética** é um documento de texto com diversas diretrizes que orientam as pessoas quanto às suas posturas e atitudes ideais, moralmente aceitas ou toleradas pela sociedade com um todo, enquadrando os participantes a uma conduta politicamente correta e em linha com a boa imagem que a entidade ou a profissão quer ocupar, inclusive incentivando à voluntariedade e à humanização destas pessoas e que, em vista da criação de algumas atividades profissionais, é redigido, analisado e aprovado pela sua entidade de classe, organização ou governo competente, de acordo com as atribuições da atividade desempenhada, de forma que ela venha a se adequar aos interesses, lutas ou anseios da comunidade beneficiada pelos serviços que serão oferecidos pelo profissional sobre o qual o código tem efeito.”

Disponível em:<<http://www.lopesfilho.com.br/docs/codigoetica.pdf>>Acesso em: 28 Jan 2013.

De acordo com os princípios da Bioética, descritos no guia curricular, construa um “código de ética” para sua futura profissão, Técnico em Vigilância em Saúde, destacando condutas que devem ser seguidas considerando a humanização do SUS, o respeito ao próximo, a ética e a moral no ambiente profissional e na relação profissional da saúde e população atendida.



ATIVIDADES DE DISPERSÃO UNIDADE 3

Carga Horária: 30 horas

ATIVIDADE 1 – FORMA DE ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE MUNICIPAL

Como o objetivo de caracterizar a Vigilância em Saúde de seu município faça um levantamento das seguintes informações:

1) Quantos profissionais estão lotados nos serviços de vigilância em saúde da Secretaria Municipal de Saúde?

2) De maneira geral, qual o grau de escolaridade e a formação destes profissionais?

3) Quais são as atividades desenvolvidas por cada profissional?



4) Faça uma distribuição por área e identifique quantos profissionais atuam em cada área de vigilância em saúde? Verifique se há sobreposição de áreas.

5) Como essas áreas estão inseridas no organograma da Secretaria Municipal de Saúde? Esboce abaixo o organograma da instituição para permitir uma melhor visualização.

6) Ao final redija um texto sobre como você avalia a organização da Vigilância em Saúde de seu Município e apresente as informações para os colegas da turma. Se possível faça críticas e exponha suas sugestões.

ATIVIDADE 2 – AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE

1) Lembrando que na Unidade 1 você já pesquisou sobre as principais doenças são encontradas em seu município, pesquise agora junto aos colegas de trabalho, quais são as ações de promoção e prevenção que estão sendo realizadas para permitir o controle e/ou eliminação dessas doenças?



2) Descreva também, como se dá a participação da população nestas atividades?

3) As ações levam como base o território de atuação das equipes de atenção primária Aproveite para descrever como essas ações são programadas.

ATIVIDADE 3 – ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO

Com base na atividade de dispersão anterior, selecione uma doença ou agravo dentre os de maior incidência em seu município e proponha uma atividade educativa para a população. Essa atividade pode contemplar a elaboração de uma cartilha, a divulgação por diferentes mídias, encontros, palestras, reuniões, atividades lúdicas, teatro, entre outras.

Planeje a atividade e execute. Feito isso, construa e aplique um formulário de avaliação da atividade para ser preenchido pelo grupo alvo de sua ação.

Apresente em plenária o relato de sua experiência.