

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 IV - O SUS e a Vigilância em Saúde

MANUAL DO ALUNO



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**

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

Fabiana Ferreira

Aline Grazielle Fernandes

Mirtes Ribeiro

Viviane Antunes Rodrigues Soares

Editor Responsável: Harrison Miranda**Diagramação**

ESP-MG/ ASCOM

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Rod. Prof. Américo Gianetti, s/nº - 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

Guia curricular: curso técnico em vigilância em saúde: módulo I: SUS e o processo de trabalho em vigilância em saúde: unidade IV: o SUS e a vigilância em saúde: guia do aluno/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

38 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 - Memória de Aula	04
Texto de Apoio - A vigilância em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde	04
Atividade 2 - Estudo de Caso	07
Texto para Leitura - Estudo de Caso - A Gravidez de Andréia	08
Atividade 3 - Jogo de Mímica	09
Atividade 4 - Entendendo os princípios do SUS	10
Texto para Leitura - Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990	10
Atividade 5 - Tribunal do Júri	11
Atividade 6 - Consolidado	12
Atividade 7 - Vigilância em Saúde na Atenção Básica	12
Texto de Apoio - Vigilância em Saúde na Atenção Básica	13
Atividade 8 - A Atenção primária e a Vigilância em Saúde nas Redes de Atenção	16
Texto para Leitura - Vigilância em Saúde e Atenção Primária na Integralidade do Cuidado e no Contexto das Redes de Atenção	17
Atividade 9 - Integração das Ações do Programa Saúde da Família e da Vigilância em Saúde ...	19
Texto para Leitura - Saúde da Família e Vigilância em Saúde: Em busca da integração das práticas	20
Atividade 10 - Trabalho em grupo	22
Texto para Leitura - Políticas Lícitas Públicas Vigentes relacionadas à Vigilância em Saúde	24
Atividade 11 - Dinâmica	27
Atividade 12 - Informativo	27
Texto para Leitura - Formulação de Políticas Específicas de Saúde	28
Atividade 13 - Política Nacional de Atenção Básica	31
Atividade 14 - O SUS e a Política de Promoção à Saúde	34
Texto para Leitura - Política de Promoção à Saúde no Brasil	34
Atividade 15 - Políticas Públicas Saudáveis	36
Atividade 16 - Determinantes Sociais em Saúde	36
Atividade 17 - Organização dos Serviços de Vigilância em Saúde	38
Texto de Apoio - Vigilância em Saúde: Aspectos Organizacionais	39
Atividade 18 - Dinâmica	40
Atividade 19 - Avaliação do Aluno	41

Atividades de Dispersão - Unidade IV

Atividade 1 - Organização da Vigilância em Saúde	41
Atividade 2 - Conhecendo a Atuação dos Profissionais da Atenção Primária	42
Atividade 3 - Estudo de uma Rede de Atenção à Saúde	42
Atividade 4 – Plano de Ação em Vigilância em Saúde	42



ATIVIDADE 1 MEMÓRIA DE AULA

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Refletir sobre os níveis de atenção à saúde.

Material

- Nenhum.



TEXTO DE APOIO A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Mirtes Ribeiro¹
Viviane Antunes Rodrigues Soares²

Após estudo em compreensão das RAS, devemos agora entender quais são e o que são os níveis de atenção à saúde que constituem estas redes. Resumindo, estes níveis são pontos de atenção à saúde. Cada ponto possui características próprias e atuam de forma específica, dentro das suas possibilidades de oferta de serviços, para qual foi programado.

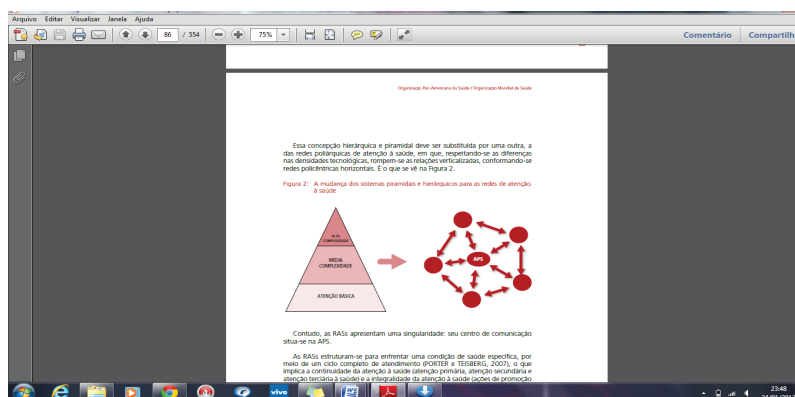
Uma das divisões que ainda se faz destes níveis de atenção à saúde se baseia na complexidade do serviço. Desta forma, denominam-se cada nível em ordem crescente: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. Organizam-se de forma hierarquizada e piramidal. Esta visão equivocada nos leva a pensar que os últimos dois níveis apresentados possuem maior grau de importância que o primeiro, pois afinal, são mais

complexos e termos de estrutura e tecnologia, possuem mais equipamentos e profissionais especialistas.

Na RAS, entretanto, os níveis de atenção à saúde passam a ser classificados como Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Secundária e Atenção Terciária. Todos possuem a sua importância e nenhum se sobrepõe ao outro. São organizados poliarquicamente em rede. O formato piramidal hierarquizado é substituído pelo poliárquico. São diferenciados pela densidade tecnológica (equipamentos e materiais com alta tecnologia, profissionais especializados, etc.) que cada um possui, sendo mais concentrada na Atenção Terciária.

Mendes (2011) consolida esta temática com muita propriedade como podemos observar na figura 1 abaixo:

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2011.

¹ Professora do Departamento de Enfermagem - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM– Doutoranda e Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Saúde da Família e em Saúde Pública para a Educação, Enfermeira

² Gerente do Centro Viva Vida de Referência Secundária de Diamantina. Especialista em Urgência e Emergência (Trauma e Terapia Intensiva). Mestranda em Ensino em Saúde, Enfermeira.

Para Starfield (2002), a APS é:

(...) o nível do sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (...) a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (...) aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde.

A APS, portanto, é o primeiro nível de assistência à saúde e é vista como estratégia para a orientação e organização da rede. Deve ainda responder as necessidades da população, entendendo que cada indivíduo está inserido dentro de um contexto social.

Dessa forma, podemos apresentar características essenciais que marcam a APS, definidas como atributos da APS, conforme Harzheim (2006) e Mendes (2011):

- **Primeiro Contato:** o acesso com o serviço de saúde, que também diz respeito ao uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema;
- **Longitudinalidade:** é a continuidade da atenção oferecida pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo;
- **Integralidade:** envolve a prestação de um conjunto de serviços, pela equipe de saúde, de forma a atender às necessidades da população, seja nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado e da reabilitação à saúde. Nesse processo o serviço também deve reconhecer adequadamente os problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (determinantes da saúde), e quando estas não sejam possíveis de serem resolvidas na APS, ela deve se responsabilizar pelo encaminhamento a outros pontos de atenção à saúde;
- **Coordenação:** diz respeito à capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS
- **Focalização na família:** a atenção à saúde esta focalizada na família e não apenas no indivíduo. Para isso é essencial a existência do vínculo e a relação de confiança entre a equipe de saúde e a família;
- **Orientação comunitária:** envolve o reconhecimento das necessidades das famílias em função do meio em que se vive. Deve-se associar essas necessidades ao contexto populacional e aos programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.
- **Competência cultural:** é a habilidade que a equipe de saúde deve possuir para compreender e respeitar as questões culturais daquela determinada família e população na assistência à saúde.

A Atenção Secundária e Terciária geralmente se constituem em unidades hospitalares e ambulatoriais e se diferenciam pela densidade tecnológica, como veremos a seguir.

A Atenção Secundária se expressa facilmente através dos ambulatorios especializados tidos como centros de especialidades médicas e os pontos de atenção secundária. O primeiro oferece serviços especializados baseando-se no planejamento da oferta, não se comunica com os demais níveis de atenção e a assistência é basicamente ofertada pelo profissional médico especialista. Os pontos de atenção secundária trabalham com o planejamento das necessidades do seu público-alvo, há uma intensa comunicação e articulação com os demais níveis e a assistência à saúde é oferecida por uma equipe multiprofissional. Os projetores estruturadores do governo de Minas Gerais tais como os Centros Viva Vida e Hiperdia Minas de Referência Secundária, trabalham nesta perspectiva e com público-alvo bem definido, segundo suas respectivas classificações de risco.

A Atenção Terciária pode ser exemplificada, predominantemente, pelas unidades hospitalares, que se responsabilizam pela agudização de problemas crônicos de saúde e, dessa forma, devem possuir densidade tecnológica compatível e que ofereça condições de resolutividade para esta determinada situação. Podemos exemplificar da seguinte maneira: uma pessoa que possui diabetes mellitus que é mal controlada evolui para uma crise de hiperglicemia (aumento abrupto de glicose no sangue), apresentando desmaios, podemos considerar que este problema de saúde que esse indivíduo possui há anos agudizou. Portanto, deverá ser encaminhado imediatamente para a Atenção Secundária, uma unidade de pronto-atendimento (lida com a enfermidade em curto prazo), ou para a Atenção Terciária, representada por uma unidade hospitalar (manejo da enfermidade a longo prazo), uma vez que são serviços que possuem maior capacidade tecnológica para resolver tal problema.

Quadro 1: Atenção Primária à Saúde.

Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS.

Fonte: MENDES, *pág. 83, 2011.*

Para caracterizarmos o papel que cada nível assume na RAS, bem como para exemplificarmos a Atenção Secundária leia as informações contidas no Quadro 2.

Na perspectiva da Rede Viva Vida, que é uma Rede de Atenção à Saúde, podemos citar os seguintes pontos de atenção:

- ESF – ponto de Atenção Primária à Saúde - que atendem as gestantes de risco habitual, realizando seu acompanhamento com consultas de pré-natal, com médico e/ou enfermeiro, e solicitação de exames de rotina;
- Os Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS) – ponto de Atenção Secundária - realizam o acompanhamento das gestantes de alto risco (diabéticas, hipertensas, etc.), também através de consultas de pré-natal, mas já dispõem de uma equipe multiprofissional (ginecologista obstetra, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, psicólogo, etc.) e de equipamentos com maior tecnologia (ultrassom, cardiotocógrafo, etc.) preparados para esse tipo assistência;
- Hospitais para gestação de alto risco – ponto de Atenção Terciária - estão preparados e possuem maior densidade tecnológica para esses casos.

Quadro 2: Rede Viva Vida

O Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais (Rede Viva Vida) foi lançado em outubro de 2003 e aposta na sistematização de ações anteriormente desarticuladas e na parceria entre esforços e vontades do governo e sociedade civil organizada, como a principal arma no combate contra a mortalidade infantil e materna. Foram estabelecidas como meta para o período de 2003 a 2006, a redução da taxa de mortalidade infantil em 25% e a diminuição da razão de morte materna em 15%. A estratégia de estruturação da Rede Viva Vida tem por objetivo promover a integração, a organização e a otimização dos pontos de atenção à saúde de modo a potencializar os esforços pela redução da mortalidade infantil e materna. Para tanto, há destinação de recursos financeiros para construção, reforma e aquisição de equipamentos para os pontos de atenção à saúde que foram definidos na modelagem da rede de atenção. Esses investimentos foram direcionados por uma estrutura lógica, fundamentada nas carências apontadas em diagnóstico e na necessidade de ampliação da oferta de procedimentos secundários e de UTI Neonatais.

Conheça as principais ações do Programa Viva Vida nessa estratégia:

- Investimentos em equipamentos e material permanente nas equipes de ESF (ação concluída em 2005);
- Investimentos nas Maternidades de Risco Habitual (ação concluída em 2005);
- Implantação de novos pontos de atenção:
 - Centros Viva Vida de Referência Secundária (ação em andamento);
 - Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera (ação em andamento);
 - Expansão do Sistema de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, com complementação do custeio (em andamento);
 - Ampliação da oferta de leitos de UTI Neonatal (ação concluída em 2005).

Fonte: SES/MG, 2011.

Portanto, a gestante de risco habitual deverá ser acompanhada pela APS até o parto, onde deverá ser encaminhada ao hospital mais próximo. Já as gestantes de alto risco devem ser acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família

(ESF) e também por um Centro de Referência Secundária (Atenção Secundária), que são os Centros Viva Vida, uma vez que possuem profissionais e equipamentos essenciais para esse tipo de acompanhamento, e por fim deverão

ser encaminhadas ao hospital mais próximo no momento do parto ou em caso de complicações gestacionais mais complicadas, que exigem, por exemplo, intervenções cirúrgicas.

Enquanto elementos fundamentais de uma RAS, cada nível de atenção deve se articular perfeitamente para que seus objetivos e metas sejam alcançados. A organização poliárquica é a que melhor representa esse desenho de rede, tendo como nível de atenção fundamental de comunicação/articulação a APS. Inúmeros estudos demonstram que uma APS forte e de qualidade resulta em melhores indicadores de saúde e satisfação. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) tem reforçado sua importância. Todavia é o nível de atenção mais desvalorizado politicamente, pela própria população e pelo sistema que o mantém.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, 2006; 22:1649-59.

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

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Curso de Extensão Transferência de Recursos – Módulo GEICOM**. Material de Referência. Módulo 2: Viva Vida. Belo Horizonte, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

ATIVIDADE 2

ESTUDO DE CASO - NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Tempo estimado: 2 horas



Objetivo

- Compreender as principais características e responsabilidades de cada nível de atenção à saúde na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Material

- Papel Kraft
- Datashow
- Pincel atômico
- Estudo de caso: A gravidez de Andréia
- Texto de Apoio: Conceitos e Atribuições dos Níveis de Atenção à Saúde.

TEXTO PARA LEITURA

ESTUDO DE CASO - A GRAVIDEZ DE ANDRÉIA



Andréia da Silva, estudante de 16 anos, moradora da periferia de uma cidade de médio porte, está grávida pela 1ª vez do namorado que conheceu há 2 meses, mas ainda nem desconfia dessa possibilidade. Não fazia uso de anticoncepcional, mas faziam uso de preservativo. Como sua menstruação era irregular achou que os pequenos sangramentos eram normais.

Vinte e duas semanas se passaram e Andréia começou a perceber que estava ganhando peso. Resolveu então fazer uma dieta que uma colega havia recomendado e passou a se alimentar apenas com o mínimo que conseguia. Em uma dada manhã acordou com uma forte dor de cabeça e vômitos intensos. Preocupada, sua mãe resolveu levá-la ao hospital da cidade.

O município de Andréia contava com um hospital de médio porte, um centro de referência secundária para atenção à saúde da mulher e da criança (atendimento a gestantes de alto risco, câncer de mama, câncer de colo de útero e crianças em situação de risco que afetam o crescimento e desenvolvimento) e cinco Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Ao ser avaliada pela médica do hospital relatou que estava fazendo dieta há duas semanas e que era a primeira vez que isso acontecia. Ao medirem sua pressão constataram que estava elevada demais para a adolescente que não tinha história de hipertensão arterial, nem mesmo na família. Após realização de uma série de exames, a médica constatou que Andréia

estava grávida e, pelo exame de ultrassonografia, há aproximadamente 24 semanas. Assustada, Andréia começou a ver o filme de tudo o que havia acontecido nos últimos meses. Naquela noite, o preservativo havia estourado, mas achou que não poderia acontecer nada, pois sua menstruação tinha cessado há apenas um dia. Agora teria que acostumar com a ideia de ser mãe.

Após ter sua pressão estabilizada, Andréia foi orientada a procurar a ESF perto de sua casa para iniciar com as consultas de pré-natal.

Na primeira consulta, foi avaliada pela enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS), que constatou que tudo estava bem. Solicitou todos os exames de rotina, cujos resultados também foram normais. Foi quando Andréia foi informada que esperava por uma menina.

Após uma semana, começou a sentir novamente dores de cabeça e tonturas, mas preferiu ficar em casa e tomar um analgésico. Na manhã seguinte acordou com dores ainda mais intensas e resolveu procurar a ESF. Ao ser avaliada, identificaram que sua pressão estava um pouco elevada, foi medicada e retornou para sua casa.

Algumas semanas se passaram e Andréia tentou manter sua rotina frequentando a escola e foi em

uma de suas aulas que ela sentiu uma forte dor de cabeça, dor no estômago e tonturas. Foi rapidamente encaminhada para o hospital. Sua pressão estava altíssima (180/110 mmHg). A médica do plantão fez o diagnóstico de pré-eclâmpsia e a encaminhou para a enfermaria. Medicada e com a pressão estabilizada, a médica teve que induzir o parto. Andréia estava com 35 semanas de gestação.

Com a necessidade de cesariana, o bebê nasceu prematuro e isso trouxe diversas complicações após o parto. Não encontrando outra alternativa a equipe médica resolveu encaminhar a criança para uma incubadora e lá ela ficou por vários dias para poder atingir o peso esperado para um recém-nascido pré-termo e terminar o desenvolvimento dos órgãos internos. A mãe, ainda em resguardo, sofreu muito acreditando que seu filho não sobreviveria aos procedimentos. A família de Andréia também ficou extremamente tensa e sem poder fazer muita coisa, rezava pela vida da menina. Felizmente, as complicações se foram e tudo correu muito bem. A criança se recuperou e recebeu alta uma semana depois do nascimento. Andréia, agora na casa de sua mãe, cuidava de seu bebê e pensava em como será sua vida deste momento em diante. De uma coisa ela tinha plena certeza, a de que não queria mais ter filhos por um bom tempo.



ATIVIDADE 3 JOGO DE MÍMICA

Tempo estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Trabalhar as limitações e capacidades do ser humano diante de situações problemáticas e discutir a importância do planejamento.

Material

- Papel A4
- Pincel atômico



ATIVIDADE 4 ENTENDENDO OS PRINCÍPIOS DO SUS

Tempo estimado: 2 horas e 10 minutos

Objetivo

- Compreender os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde que são elementos norteadores do processo de trabalho em saúde.

Material

- Pincel atômico
- Papel Kraft



TEXTO PARA LEITURA

LEI Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990³

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que

integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - participação da comunidade;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

³ Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 21 set 2011.



ATIVIDADE 5 TRIBUNAL DO JÚRI

Tempo estimado: 4 horas

Objetivo

- Colocar em debate os avanços e retrocessos do SUS no que tange o acesso dos usuários e construir ativamente uma posição sobre o assunto e trabalhar noções de cidadania e de participação na construção do Sistema de Saúde.

Material

- Nenhum.



ATIVIDADE 6 CONSOLIDADO

Tempo estimado: 1 hora

Objetivo

- Destacar os avanços e retrocessos do SUS discutidos na atividade anterior.

Material

- Papel A4.



ATIVIDADE 7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Tempo estimado: 1 hora e 40 minutos

Objetivo

- Compreender a importância da integração entre as ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica visando à garantia da integralidade no cuidado.

Material

- Datashow
- Pincel
- Texto de Apoio : Vigilância em Saúde na Atenção Primária.

TEXTO DE APOIO

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA⁴



A Atenção Básica (AB), como primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e visa à manutenção da saúde. Deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, de maneira a desenvolver responsabilidade sanitária sobre as diferentes comunidades adscritas a territórios bem delimitados, deve considerar suas características sócio-culturais e dinamicidade e, de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das famílias da comunidade.

A Saúde da Família é a estratégia para organização da Atenção Básica no SUS. Propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Busca uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde.

Na Saúde da Família, os profissionais realizam o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas à solução dos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. A atuação desses profissionais não está limitada à ação dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), ela ocorre também nos domicílios e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).

A Vigilância em Saúde, entendida como uma forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção. Deve estar inserida cotidianamente na prática das equipes de

saúde de Atenção Básica. As equipes Saúde da Família, a partir das ferramentas da vigilância, desenvolvem habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar ações programadas e de atenção a demanda espontânea, que garantam o acesso da população em diferentes atividades e ações de saúde e, desta maneira, gradativamente impacta sobre os principais indicadores de saúde, mudando a qualidade de vida daquela comunidade.

O conceito de Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Este conceito procura simbolizar, na própria mudança de denominação, uma nova abordagem, mais ampla do que a tradicional prática de vigilância epidemiológica, tal como foi efetivamente constituída no país, desde a década de 70.

Em um grande número de doenças transmissíveis, para as quais se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, o Brasil tem colecionado êxitos importantes. Esse grupo de doenças encontra-se em franco declínio, com reduções drásticas de incidência. Entretanto, algumas dessas doenças apresentam quadro de persistência, ou de redução, ainda recente, configurando uma agenda inconclusa nessa área, sendo necessário o fortalecimento das novas estratégias, recentemente adotadas, que obrigatoriamente impõem uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle e à rede assistencial. Um importante foco da ação de controle desses agravos está voltado para o diagnóstico e tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão, onde grande parte das ações encontra-se no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família.

Além da necessidade de promover ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis, que mantém importante magnitude e/ou transcendência em nosso país, é necessário ampliar a capacidade de atuação para novas situações que se colocam sob a forma de surtos ou devido ao surgimento de doenças inusitadas. Para o desenvolvimento da prevenção e do controle, em face dessa complexa situação epidemiológica, têm sido fortalecidas estratégias específicas para detecção e resposta às emergências epidemiológicas.

⁴ Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 195 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd21.pdf>> Acesso em 25/03/2013..

Outro ponto importante está relacionado às profundas mudanças nos perfis epidemiológicos das populações ao longo das últimas décadas, nos quais se observa declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e crescente aumento das mortes por causas externas e pelas doenças crônico-degenerativas, levando a discussão da incorporação das doenças e agravos não-transmissíveis ao escopo das atividades da vigilância epidemiológica.

O propósito da Vigilância Epidemiológica é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Sua operacionalização compreende um ciclo completo de funções específicas e articuladas, que devem ser desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento epidemiológico da doença ou agravo escolhido como alvo das ações, para que as intervenções pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e efetividade.

Tem como função coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; investigação epidemiológica de casos e surtos; recomendação e promoção das medidas de controle adotadas, impacto obtido, formas de prevenção de doenças, dentre outras. Corresponde à vigilância das doenças transmissíveis (doença clinicamente manifesta, do homem ou dos animais, resultante de uma infecção) e das doenças e agravos não transmissíveis (não resultante de infecção). É na Atenção Básica / Saúde da Família o local privilegiado para o desenvolvimento da vigilância epidemiológica.

A Vigilância da Situação de Saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/equipes, por meio de estudos e análises que revelem o comportamento dos principais indicadores de saúde, dando prioridade a questões relevantes e contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

As ações de Vigilância em Saúde Ambiental, estruturadas a partir do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, estão centradas nos fatores não-biológicos do meio ambiente que possam promover riscos à saúde humana: água para consumo humano, ar, solo, desastres naturais, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho. Nesta estrutura destacam-se:

1. A Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas estabelecidas na

legislação vigente e para avaliar os riscos que a água consumida representa para a saúde humana. Suas atividades visam, em última instância, a promoção da saúde e a prevenção das doenças de transmissão hídrica;

2. À Vigilância em Saúde Ambiental de Populações Potencialmente Expostas a Solo Contaminado (VIGISOLO) compete recomendar e adotar medidas de promoção à saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de risco relacionados às doenças e outros agravos à saúde decorrentes da contaminação por substâncias químicas no solo;

3. A Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade do Ar (VIGIAR) tem por objetivo promover a saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos - provenientes de fontes fixas, de fontes móveis, de atividades relativas à extração mineral, da queima de biomassa ou de incêndios florestais - contemplando estratégias de ações intersetoriais.

Outra área que se incorpora nas ações de vigilância em saúde é a saúde do trabalhador que entende-se como sendo um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo entre outros: (1) assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; (2) participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; (3) informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional.

Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral à saúde das pessoas por meio da Promoção da Saúde.

A Promoção da Saúde é compreendida como estratégia de articulação transversal, à qual incorpora outros fatores que colocam a saúde da população em risco trazendo à tona as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. Visa criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde prevê que a organização da atenção e do cuidado deve envolver ações e serviços que operem sobre os determinantes do adoecer e que vão além dos muros das unidades de saúde e do próprio sistema de saúde.

O objetivo dessa política é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e 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. Tem como ações específicas: 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.

Pensar em Vigilância em Saúde pressupõe a não dissociação com a Vigilância Sanitária. A Vigilância Sanitária abrange:

1. 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;
2. o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Processo de trabalho da atenção básica e da vigilância em saúde

Apesar dos inegáveis avanços na organização da Atenção Básica ocorrida no Brasil na última década e a descentralização das ações de Vigilância em Saúde, sabe-se que ainda persistem vários problemas referentes à gestão e organização dos serviços de saúde que dificultam a efetiva integração da Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, comprometendo a integralidade do cuidado.

Para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade, onde as ações de vigilância em saúde devem estar incorporadas no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

Um dos sentidos atribuídos ao princípio da Integralidade na construção do SUS refere ao cuidado de pessoas, grupos e coletividades, percebendo-os como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados aos seus contextos familiares, ao meio-ambiente e a sociedade no qual se inserem.

Para a qualidade da atenção, é fundamental que as equipes busquem a integralidade nos seus vários sentidos e dimensões, como: propiciar a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articular ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; trabalhar de forma interdisciplinar e em equipe; coordenar o cuidado aos

indivíduos-família-comunidade; integrar uma rede de serviços de maior complexidade e, quando necessário, coordenar o acesso a esta rede.

Para a integralidade do cuidado, fazem-se necessárias mudanças na organização do processo de trabalho em saúde, passando a Atenção Básica/Saúde da Família a ser o lócus principal de desenvolvimento dessas ações.

O território

Os sistemas de saúde devem se organizar sobre uma base territorial, onde a distribuição dos serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham e cultivam suas crenças e cultura.

A territorialização é base do trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) para a prática da Vigilância em Saúde. O fundamental propósito deste processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e mapeamento do território: segundo a lógica das relações e entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde. Integrar implica discutir ações a partir da realidade local; aprender a olhar o território e identificar prioridades assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população. Para isso, o ponto de partida é o processo de planejamento e programação conjunto, definindo prioridades, competências e atribuições a partir de uma situação atual reconhecida como inadequada tanto pelos técnicos quanto pela população, sob a ótica da qualidade de vida.

Planejamento e programação

Planejar e programar em um território específico exige um conhecimento das formas de organização e de atuação dos órgãos governamentais e não-governamentais para se ter clareza do que é necessário e possível ser feito. É importante o diálogo permanente com os representantes desses órgãos, com os grupos sociais e moradores, na busca do desenvolvimento de ações intersetoriais oportunizando a participação de todos. Isso é adotar a intersetorialidade como estratégia fundamental na busca da integralidade da atenção.

Faz-se necessário o fortalecimento das estruturas gerenciais dos municípios e estados com vistas não só ao planejamento e programação, mas também da supervisão, seja esta das equipes, dos municípios ou regionais. Instrumentos de gestão como processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação devem ser institucionalizados no cotidiano como reorientador das práticas de saúde.

Os Sistemas de Informações de Saúde desempenham papel relevante para a organização dos serviços, pois os estados e os municípios de posse das informações em saúde têm condições de adotar de forma ágil, medidas de controle de doenças, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões.

É fundamental o uso de protocolos assistenciais que prevejam ações de promoção, prevenção, recuperação

e reabilitação, que são dirigidos aos problemas mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais. Alia-se a importância de adotar o processo de Educação Permanente em Saúde na formação e qualificação das equipes, cuja missão é ter capacidade para resolver os problemas que lhe são apresentados, ainda que a solução extrapole aquele nível de atenção (da resolubilidade, da visão das redes de atenção) e a necessidade de criar mecanismos de valorização do trabalho na atenção básica seja pelos incentivos formais, seja pela co-gestão (participação no processo decisório). Finalmente, como forma de democratizar a gestão e atender as reais necessidades da população é essencial a constituição de canais e espaços que garantam a efetiva participação da população e o controle social.



ATIVIDADE 8

A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO

Tempo estimado: 2 horas e 20 minutos

Objetivo

- Entender de que forma a Atenção Primária e Vigilância em Saúde estão inseridas nas redes de atenção em saúde e como podem contribuir na garantia da atenção integral à saúde..

Material

- Texto para Leitura: Vigilância em saúde e atenção primária na integralidade do cuidado e no contexto das redes de atenção;
- Quadro;
- Pincel.



TEXTO PARA LEITURA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NA INTEGRALIDADE DO CUIDADO E NO CONTEXTO DAS REDES DE ATENÇÃO

Milton Cosme Ribeiro⁵

Uma questão que ainda promove grande discussão na área de saúde pública é a terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. Enquanto, em alguns países o termo “Atenção Primária” é mais utilizado, no Brasil o governo oficializou a expressão “Atenção Básica”, embora não

é incomum, encontrarmos em documentos oficiais brasileiros mais recentes o termo “Atenção Primária à Saúde” (Brasil, 2006).

Na maioria das vezes, são utilizadas as expressões Atenção Básica, Atenção Primária e Atenção

⁵ 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.

Primária à Saúde como sinônimos. É certo que, apesar das diferenças ideológicas, todas elas remetem aos primeiros cuidados em saúde, cujo mérito está relacionado à resolução oportuna dos problemas de saúde da população e ao apoio aos demais níveis de atenção, com impactos positivos na relação custo-efetividade no sistema de saúde (Mello, Fontanella & Piva, 2009).

A partir da declaração de Alma-Ata, de 1978, o termo Atenção Básica em Saúde entrou em franco declínio e a Atenção Primária à Saúde afirmou-se ao conceito de “assistência médica primária”, não sendo incorreto, embora menos abrangente, o uso da atenção básica (Mello, Fontanella & Piva, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tem sido a principal estratégia de organização da atenção básica no Brasil. Uma Equipe de Saúde da Família, normalmente composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade. Outros profissionais podem ser incorporados às equipes de acordo com a necessidade e possibilidades locais.

A ESF fortalece as ações de prevenção de doenças e agravos, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação dessa estratégia começou em 1991, por meio do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Somente a partir de 1994 foram formadas as primeiras equipes de ESF, então PSF, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários de saúde (Brasil, 2001).

Sabe-se hoje que, as ações educativas e de prevenção, aliadas aos atendimentos mais frequentes, considerados ações da atenção básica ampliada, resolvem 85% dos problemas de saúde da população. Isso significa que o investimento na atenção básica previne o adoecimento ou o agravamento das doenças. Assim, a qualidade de vida da população melhora e tendem a diminuir os gastos com procedimentos de média e alta complexidade (Brasil, 2001).

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas na ESF deverão ser realizados pelo SIAB (Sistema de Informação em Atenção Básica), que possui os seguintes dados de alimentação obrigatória: dados cadastrais das Equipes de Saúde da Família e dados cadastrais das famílias acompanhadas pela ESF.

Assim, a ESF foi criada com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional que dá mais atenção à cura do que a prevenção de doenças. A estratégia conduz os profissionais de saúde para mais perto

das famílias e oferta cuidados básicos e ações de promoção à saúde aos usuários.

Cada ESF deve atuar em um território com no máximo 4.500 moradores, sendo capacitada para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade um plano local para melhorar as condições que determinam o processo saúde/doença;
- desenvolver ações educativas e intersectoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família (USF), na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial (Brasil, 2001).

É muito importante notar que a USF possui algumas características fundamentais. Em primeiro lugar ela tem **caráter substitutivo**, isto é, não constitui uma nova estrutura de serviços, mas substitui práticas convencionais de assistência por um processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância em saúde e na participação da comunidade. Em segundo lugar, ela é **parte orgânica do sistema de saúde**, dentro do princípio de integralidade e hierarquização. Por isso, deve estar vinculada à rede de serviços para garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, garantindo os encaminhamentos para atendimentos de média e alta complexidade, sempre que necessário (Brasil, 2001).

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

Tendo em vista a multiplicidade de aspectos e esferas que condicionam e determinam o estado de saúde de uma população, é fundamental que a atenção básica organize seu processo de trabalho tendo em vista a territorialidade, principal pilar da vigilância da saúde (Oliveira & Casanova, 2009).

O território deve ser considerado enquanto um espaço geográfico, mas também social e político, que se encontra em permanente transformação, onde

vivem grupos sociais definidos, em que se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e as concepções acerca da saúde e da doença (Monken & Barcellos, 2007). Parte-se assim do pressuposto que o processo de territorialização pode ser um meio operacional para o desenvolvimento de vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e necessidades de saúde (Castellanos, 1997).

Argumenta-se que a concepção ampliada da vigilância em saúde encontra na ESF possibilidades concretas de operacionalização, o que pode contribuir para as mudanças desejadas na organização da atenção básica no Brasil. Entretanto, a integração das práticas individuais e coletivas, no espaço de atuação das equipes de PSF, defronta-se com obstáculos de natureza político-institucionais e técnico-organizativa, cuja superação requer decisões políticas pactuadas entre as esferas de governo que compõem o SUS (Vilasbôas & Teixeira, 2007).

A lógica da vigilância da saúde incorpora também, mas não somente, a integração das atividades de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, para a prestação de uma atenção ampliada. Nesse sentido, deve-se procurar combinar os instrumentos dessas vigilâncias, a fim de favorecer a atuação sobre os riscos social, sanitário, ambiental e epidemiológico, tornando possíveis respostas inovadoras e mais efetivas às necessidades que emergem no âmbito da saúde (Oliveira & Casanova, 2009).

Cabe destacar aqui a ESF como importante processo estruturante da vigilância da saúde, por contemplar em sua configuração elementos que dão aporte à prática das equipes. A integração e a organização das atividades em determinado território e a incorporação de uma atenção continuada e integral possibilitam que os serviços de saúde sejam capazes de responder aos problemas que ocorrem na população.

Uma atenção primária à saúde, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde, às equipes de cuidados primários (Mendes, 2012)

A ESF pode assumir, por conseguinte, uma postura ativa de intervenção em saúde, pois se assenta sobre a visão ampliada do processo saúde-doença. Sob esse aspecto, ela possui os elementos conceituais capazes de superar o processo de medicalização e redirecionar a atenção à saúde da população numa

dimensão ética e pautada em relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade (Brasil, 2001).

Para a integração da integração vigilância em saúde e atenção básica no escopo das redes de atenção devemos lançar mão dos seguintes mecanismos:

- Aprofundar a discussão sobre ações de responsabilidade compartilhada e ações singulares da vigilância em saúde ou da atenção básica (AB) nas redes;
- Unificar os territórios vivos de trabalho (conceitual e geográfico);
- Revisar as modalidades de financiamento – fragmentação;
- Inserir apoio de vigilância em saúde (VS) como retaguarda para as equipes de saúde da família;
- Disponibilizar tecnologias para incorporação de ações de promoção da saúde nos territórios da atenção primária à saúde;
- Inserir conteúdos comuns (VS e AB) na educação permanente; e
- Articular as ações de monitoramento e avaliação.

Contudo, o processo de trabalho quando considera o caráter indissociável entre vigilância em saúde e atenção primária favorece o planejamento de ações em saúde mais próximas às necessidades da população. Além disso, a atuação em rede pode subsidiar intervenções eficientes com foco na garantia da integralidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal em Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 344p.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde, Condições de Vida. Considerações conceituais. In Barata RB, organizador. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 31-75.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; PIVA, M. M. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, 0. 204-213, abr./jun. 2009.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C.; O território na Promoção

e Vigilância em Saúde. In: Fonseca A, organizador. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 177-224.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica**. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):929-936, 2009.

ATIVIDADE 9

INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo estimado: 2 horas



Objetivo

- Relacionar aspectos facilitadores e dificultadores do processo de integração entre saúde da família e vigilância em saúde

Material

- Texto de apoio
- Quadro
- Pincel.

Processo de integração entre saúde da família e vigilância em saúde

Aspectos Facilitadores	Aspectos Dificultadores
-	-
-	-

TEXTO PARA LEITURA

SAÚDE DA FAMÍLIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE: EM BUSCA DA INTEGRAÇÃO DAS PRÁTICAS⁶

*Carmen Fontes Teixeira
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas*



Introdução

Nos últimos anos, a expansão significativa da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional contribuiu para o aumento da oferta de procedimentos individuais e de ações educativas para determinados grupos populacionais, a exemplo de crianças, mulheres, adolescentes, idosos. Entretanto, as ações de Vigilância em Saúde realizadas pelas Equipes de Saúde da Família parecem estar restritas à notificação de casos e à oferta das vacinas do Programa Nacional de Imunização (PNI). As ações de controle da tuberculose e de eliminação da hanseníase apresentam-se, em grande parte

das equipes, como importantes desafios a serem incorporados, de fato, ao seu processo de trabalho. As ações de Vigilância Sanitária e de Vigilância Ambiental ainda estão bastante distantes do cotidiano das ESF (Teixeira, Solla, 2006).

A Vigilância em Saúde, em uma concepção ampliada, é definida como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletivas dos problemas de saúde. As ações específicas

⁶ Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas publicada na Revista Brasileira de Saúde da Família. Publicação do Ministério da Saúde. Ano VIII. out. dez. 2007.

de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental fazem parte do que aqui se denomina de Vigilância em Saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos (Teixeira, Pinto, Vilasbôas, 2004).

Segundo a concepção da Vigilância em Saúde, a articulação desse conjunto de ações é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e respectivas propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação (Vilasbôas, 2004). O planejamento é entendido nessa proposta como uma ferramenta de gestão da Vigilância em Saúde e incorpora dois princípios fundamentais presentes na formulação da Estratégia Saúde da Família: a **co-responsabilidade sanitária** e a **participação social**.

Em produção anterior, Teixeira (2004), destacou que a integração entre a Saúde da Família e a Vigilância em Saúde seria possível, mediante mudanças no conteúdo e na organização das práticas das equipes locais.

O importante é que se busquem formas de incluir, na concepção e na prática das equipes, a **noção de risco**, atual e potencial, de modo que os profissionais de saúde possam trabalhar não apenas com a intervenção sobre agravos à saúde, senão que tomem como objeto de trabalho os riscos sanitários presentes nos modos de vida (...) dos diversos grupos populacionais, famílias e indivíduos (...) que incorporem em sua racionalidade técnica a perspectiva de atuar sobre determinantes das condições de saúde, de modo a subsidiar práticas políticas, sociais e culturais que tenham como objetivo a superação desses problemas e o atendimento dessas necessidades.

A Saúde da Família, estratégia de reorganização da Atenção Básica do SUS, ao eleger o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados com objeto de atuação de equipes multiprofissionais, apresenta-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de Vigilância em Saúde. A **análise da situação de saúde** das áreas de abrangência das equipes permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adscrita é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das ESF.

A Estratégia Saúde da Família apresenta, portanto, grande identidade tecnológica com a proposta ampliada da Vigilância em Saúde, o que indica a possibilidade de incorporar, de fato, ao cotidiano

das equipes multiprofissionais, o exercício de práticas individuais e coletivas, de modo integrado, visando o enfrentamento dos problemas definidos como prioritários na relação com a população adscrita às Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família (UBS/SF).

Entretanto, perceber as possibilidades de operacionalização da Vigilância em Saúde nos territórios de atuação das ESF é condição necessária e bastante insuficiente para a sua concreta efetivação em larga escala no SUS. Superar a lógica assistencial, de caráter individual e curativista, ainda hegemônica como racionalidade que dirige as práticas de grande parte das equipes implantadas em todo o país, implica em identificar os obstáculos existentes na estrutura, nos processos político-institucionais e técnico-organizativos que restringem a execução das práticas de Vigilância em Saúde. A análise de tais problemas pode subsidiar a formulação de ações estratégicas a serem debatidas entre gestores, profissionais e população organizada, com vistas a promover as mudanças necessárias na organização da Atenção Básica, contribuindo para a efetivação dos princípios assistenciais nesse nível do SUS.

Obstáculos para a realização das ações de Vigilância em Saúde pelas Equipes de Saúde da Família

A histórica dicotomia entre as ações individuais e coletivas existente no sistema de saúde brasileiro, apesar dos avanços jurídico-normativos com a criação do SUS, ainda se configura como obstáculo à concretização das práticas de Vigilância em Saúde nas UBS/SF. As estruturas organizacionais do Ministério da Saúde (MS), secretarias estaduais e municipais de saúde mantêm a separação entre as ações de saúde pública e as ações assistenciais. Tal separação é importante para preservar as especificidades técnicas dessas ações. Entretanto, criam dificuldades em sua execução, pois as equipes de saúde têm de se reportar, pelo menos a duas estruturas administrativas distintas: a coordenação da Atenção Básica e a coordenação da Vigilância em Saúde, muitas vezes desarticuladas no planejamento e organização de suas ações.

Em exemplo da desarticulação entre as estruturas responsáveis pela Atenção Básica e pela Vigilância em Saúde no nível local, diz respeito, em grande parte das situações, ao isolamento do trabalho dos agentes de vigilância, cujo, planejamento das ações sequer é discutido com as ESF que compartilham o mesmo território de atuação.

A formação dos profissionais de saúde é um importante fator restritivo à execução das ações de Vigilância na Saúde da Família. Observa-se uma insuficiência na formação em saúde coletiva, com raras oportunidades de estágios curriculares em ações específicas de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. Apesar da introdução de estágios curriculares em

Atenção Básica nos cursos de enfermagem, ainda é uma realidade distante para os cursos de odontologia e medicina, em que pese os esforços de apoio à reforma do ensino das profissões de saúde, engendrados pelo Ministério da Saúde em anos recentes.

Outra restrição importante ao pleno desenvolvimento das ações de Vigilância em Saúde nas UBS/SF diz respeito ao número de pessoas vinculadas a cada equipe e à sua composição multiprofissional. Apesar da redução do número médio de pessoas por equipe, definido recentemente na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), e da proposta de implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a complexidade e a quantidade de ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde da família em seus territórios de atuação exigirá das três esferas administrativas que compõem o SUS um esforço para ampliação dos recursos financeiros para a Atenção Básica, de modo a reduzir a relação equipe/população adscrita e ampliar sua composição multiprofissional.

A viabilidade da Vigilância em Saúde no espaço da Saúde da Família: propostas para debate

A construção da viabilidade da incorporação efetiva da lógica da Vigilância em Saúde no espaço da Saúde da Família inclui ações estratégicas em, pelo menos, duas dimensões do Sistema Único de Saúde: político-institucional e técnico-organizativa.

Na dimensão político-institucional, esforços para ampliar os recursos financeiros para a AB/SF devem ser envidados no âmbito da luta pela regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29)*, de modo a ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família, reduzindo o número de pessoas adscritas por equipe. A ampliação da composição multiprofissional das equipes pode implicar em vários formatos, destacando-se aqui a garantia do financiamento para a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Outra possibilidade a ser debatida no campo específico das ações “típicas” de vigilância é a incorporação dos agentes de vigilância que já atuam nas áreas de abrangência das UBS às ESF, de modo que participem ativamente dos processos de territorialização e planejamento, buscando articular suas ações ao trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), preservando-se as especificidades de cada profissional.

Investimentos em mudanças do ensino das profissões de saúde, com ênfase em currículos consentâneos com as necessidades do SUS em particular, com o ensino em situações reais de Atenção Básica e Vigilância em Saúde são urgentes e indispensáveis. É preciso colocar na discussão das prioridades de Educação Permanente, junto às Comissões Interinstitucionais ensino-serviço, as demandas por

qualificação em Vigilância em Saúde na AB para os profissionais que estão atuando no SUS.

O conhecimento técnico acumulado pelas estruturas responsáveis pela execução e coordenação das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental é um recurso estratégico para viabilizar a educação permanente das ESF nessas temáticas específicas. Essa tarefa pode-se configurar como ação estratégica prioritária para promover a articulação entre as estruturas de atenção e de Vigilância em Saúde existente nas três esferas de governo do SUS, associada ao processo de supervisão às Equipes de Saúde da Família.

No âmbito técnico-organizativo, o reforço à atualização sistemática da análise de situação de saúde das áreas de abrangência das ESF, de modo a produzir informações para o planejamento, execução e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, acordadas com os representantes das populações adscritas, é uma tarefa a ser debatida nas secretarias municipais entre os responsáveis pela coordenação das ações de AB e de Vigilância em Saúde.

Adicionalmente, a definição das ações específicas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental a serem executadas pelas Equipes de Saúde da Família deve ser objeto da articulação entre essas coordenações e os profissionais, de modo a assegurar a execução dessas ações como parte intrínseca do planejamento local, sem deixar de considerar a necessidade de incorporar o controle de riscos e agravos pactuados entre Municípios, Estados e União, nos processos específicos de programação das vigilâncias, ao trabalho das equipes locais.

A operacionalização da lógica da Vigilância em Saúde no espaço de atuação da Saúde da Família requer decisão política, a ser pactuada nos distintos foros intergestores do SUS, associada a um trabalho persistente de organização das práticas de saúde que extrapola o âmbito de atuação das equipes, envolvendo as estruturas centrais das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde, exigindo, também, um grande esforço de articulação intersetorial.

A Emenda Constitucional nº. 29 de 2000 foi regulamentada pela lei complementar nº. 141 de 13 de janeiro de 2012, que estabeleceu critérios para a aplicação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, delimitando os gastos às ações e serviços de saúde para fins de piso constitucional e excluindo os gastos com ações e serviços relacionados indiretamente com a saúde e/ou àqueles que feriam os princípios da universalidade, integralidade e gratuidade previstos na Lei nº. 8080/90. Além disso regulamentou o percentual mínimo a ser empregado pela União no respectivo piso.

- Para saber mais consulte o site: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>

TEIXEIRA, C. F. **Saúde da família, promoção e vigilância:** construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2004, p. 10-24.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Portaria GM 648/2006.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, LORENE, L.; VILASBÔAS, A. L. **O processo de trabalho da vigilância em saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 60p. (Série: Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde; 5).

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família.** Salvador: EDUFBA, 2006. 237 p.

VILASBÔAS, A. L. **Planejamento e programação das ações de vigilância em saúde no nível local do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 68 p. (Série: Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde).



ATIVIDADE 10

TRABALHO EM GRUPO

Tempo estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivo

- Discutir a interligação das ações de vigilância em saúde com as políticas públicas de saúde do Brasil.

Material

- Livro texto: Políticas públicas vigentes relacionadas à Vigilância em saúde
- Cartolina
- Pincéis

Vigilância Ambiental	Ação 1. Realizar supervisão de campo das atividades de controle vetorial da dengue. Ação 2. Realizar a notificação e investigação das emergências ambientais
Vigilância à Saúde do Trabalhador	Ação 1. Realizar o diagnóstico do perfil produtivo do município (mercado formal e informal) nas Unidades de Saúde que tenham Equipe de Saúde da Família e Programa de Agente Comunitário da Saúde. Ação 2. Investigar os Acidentes de Trabalho Grave notificados no SINAN-NET.
Vigilância da Situação de Saúde	Ação 1. Investigar óbito materno Ação 2. Digitar mensalmente no SI-PNI/API todas as doses de imunobiológicos aplicadas.
Vigilância Epidemiológica	Ação 1. Notificar semanalmente todo caso de doença diarreica aguda (MDDA). Ação 2. Realizar educação continuada para ações de vigilância epidemiológica para equipe de atenção primária.
Vigilância Sanitária	Ação 1. Realizar Inspeção Sanitária nos estabelecimentos de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, drogarias, laboratórios, etc.) e de interesse da saúde (indústria de saneantes, supermercados, restaurantes, açougues, etc.) Ação 2. Identificar os riscos e situações de riscos relacionados a produtos e serviços sujeitos ao controle sanitário existentes no município.

<p>Promoção à Saúde</p>	<p>Ação 1. Realizar ações de atividade física/ prática corporal destinadas aos idosos no município.</p> <p>Ação 2. Realizar ações de promoção da saúde da criança e adolescente nas escolas do território de Atenção Primária à Saúde enfocando alimentação saudável, práticas corporais e saúde reprodutiva.</p>
--------------------------------	---

TEXTO PARA LEITURA

POLÍTICAS PÚBLICAS VIGENTES RELACIONADAS À VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Aline Grazielle Fernandes⁷



Para iniciarmos esta seção, é necessário entendermos os conceitos de política pública e política de saúde:

A política pública é definida como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental (BOBBIO et al., 1995).

Entende-se como **política de saúde** a resposta social de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy) (PAIM & TEIXEIRA, 2006).

No tocante às políticas de saúde no Brasil, em 2006 os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população. O Pacto pela Saúde define prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2010).

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, traduzidos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estadual e municipal. As prioridades atuais do Pacto pela Vida são: atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral

às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem (BRASIL, 2010).

Em relação à vigilância sanitária, o pacto pela saúde alterou a lógica da relação de níveis de custo e densidade tecnológica com complexidade das ações (baixa, média e alta), passando a ser por responsabilidade sanitária. A definição de prioridades e repasse de recursos baseadas em análise de risco sanitário foi uma enorme inovação na racionalidade de controle sanitário para estados e municípios (PIOVESAN, 2009).

O Pacto em Defesa do SUS passa por um movimento de repolitização da saúde, com clara estratégia de mobilização social vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um de seus pontos centrais.

Já o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária

⁷ Coordenadora do Núcleo de Vigilância Sanitária/Gerência Regional de Saúde de Itabira/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Especialista em Nutrição Humana e Saúde e Gestão Hospitalar. Mestranda em Ensino em Saúde, Nutricionista.

do SUS. Propõe, ainda, avançar na regionalização e descentralização do SUS, respeitando-se as especificidades regionais (BRASIL, 2010)

As ações da Vigilância da Saúde em todos os seus componentes (promoção da saúde, vigilância ambiental, vigilância epidemiológica, vigilância da situação de saúde, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária), têm por premissa as prioridades definidas neste pacto, em suas três dimensões (BRASIL, 2009).

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica. A primeira foi criada como uma possibilidade de focar aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006)

Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (BRASIL, 2006)

A Política Nacional de Atenção Básica elege o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde, apresentando-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde. A análise da situação de saúde das áreas de abrangência das unidades básicas permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adscrita é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de atenção básica.

Recentemente, em 2011, a política de saúde no Brasil foi marcada pela publicação do Decreto nº 7.508/11, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este Decreto se consolida como um marco no sistema de saúde brasileiro, pois

define critérios operacionais da organização do SUS, ressaltando a importância destas políticas de saúde (BRASIL, 2011).

Este decreto estabelece as Regiões de Saúde para provisão dos serviços, cumprindo a determinação constitucional de que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada. Essas **REGIÕES DE SAÚDE** devem conter no mínimo ações de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e de **VIGILÂNCIA EM SAÚDE** (BRASIL, 2011).

A implantação das Regiões de Saúde, desenho microrregional da rede assistencial, deverá integrar o componente estratégico da gestão, inclusive sendo referência para as transferências de recursos entre os entes federados. Portanto, pressupõe um modelo de gestão do SUS, tendo como foco a definição e validação de métodos capazes de subsidiar o delineamento e a implantação das Regiões de Saúde e das Redes de Atenção à Saúde.

Em Minas Gerais, as políticas públicas de saúde estão interligadas desde 2003 ao Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) definido pelo Governo do Estado de Minas Gerais por meio do qual consolida um conjunto de escolhas que orientam o horizonte estratégico de “*Tornar Minas o Melhor Estado para se Viver*”. Este passou por revisão e elaboração com a criação do PMDI 2011-2030. A proposta atual é se trabalhar com gestão em redes fortalecendo a gestão participativa e regionalizada. Para as políticas de saúde, tem sido utilizada essa diretriz de estruturação de Redes por meio das Redes de Atenção à Saúde (MINAS GERAIS, 2012a).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), no período de 2003 a 2012, incorporou o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR/MG) como Projeto Estruturador e, assim, confirmou em suas políticas de saúde os princípios organizativos do SUS/MG, hoje regulamentados pelo Decreto Nº. 7508/11 (Minas Gerais, 2002).

O PDR/MG foi elaborado com o objetivo de distribuir e ordenar os espaços territoriais do estado, tendo como fundamento um modelo, ou uma tipologia de organização dos serviços por níveis de atenção à saúde, o que significa ordenar níveis de agregação de tecnologia conforme critérios de acessibilidade geográfica e princípios preconizados pela Lei Nº. 8.080/90. Foram, portanto, considerados critérios que orientassem maior eficiência e qualidade na distribuição dos equipamentos de saúde. A atual configuração do PDR/MG compreende 13 macrorregiões de saúde, cada qual compreendendo um número variado de microrregiões, totalizando 77 microrregiões de saúde no estado. Essa distribuição levou em consideração cinco princípios normativos:

regionalização, descentralização, hierarquização de serviços, acessibilidade e economia de escala e escopo (MINAS GERAIS, 2002). Nestes termos, o PDR/MG foi construído para ser, conforme preconizam teóricos da organização de serviços de saúde, um primeiro instrumento gerencial essencial para organização e governança das redes de atenção.

O cenário que embasou a definição dos objetivos das Redes de Atenção à Saúde do PMDI, enquanto norteador das Políticas de Saúde de Minas Gerais foi de uma situação de saúde no Estado caracterizada pela transição demográfica acelerada, elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes, forte presença de causas evitáveis de mortalidade infantil e elevada morbimortalidade por causas externas e por agudizações de doenças crônicas (MINAS GERAIS, 2012b).

O Governo de Minas, reconhecendo a importância da proposta deste modelo de atenção frente à realidade epidemiológica e assistencial do estado, publicizou em seu plano de governo 2003/2010 o enfoque prioritário para as redes de atenção à saúde, identificando e implantando redes temáticas (saúde da mulher e da criança, saúde do idoso, atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes, e atenção às urgências e emergências) em escala estadual.

Para alcançar a melhoria dos níveis de saúde da população, é imprescindível a conciliação do modelo de atenção à saúde e as condições de saúde no estado. As ações de vigilância em saúde com foco na promoção da saúde e na prevenção de doenças têm importância crescente para a melhoria dos indicadores de saúde de Estado, e conseqüentemente, melhora da qualidade de vida da população mineira (MINAS GERAIS, 2012b).

Visando descentralizar as ações de Vigilância em Saúde, e agregar valor à estrutura das redes de atenção, foi criado pela Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde/Secretaria de Estado da Saúde, em 2011, o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais. Este projeto tem como principais diretrizes: organização de uma estrutura gestora no âmbito das Unidades Regionais de Saúde; organização de processos de trabalho da vigilância em saúde integrados às redes assistenciais; modelagem da sala de situação regional e painel de bordo e incentivo financeiro aos municípios (MINAS GERAIS, 2012b).

Para que se amplie o objeto de ação da vigilância em saúde pública, é necessário que haja a articulação com a atenção primária nas ações de vigilância, prevenção, controle e promoção da saúde, visando:

- » Reduzir a morbimortalidade por doenças transmissíveis e responder as doenças emergentes e reemergentes;
- » Implementar a vigilância das DANT (Doenças e Agravos Não Transmissíveis) e seus fatores de risco e reduzir a prevalência e incidência desses agravos no contexto da transição demográfica, nutricional e epidemiológica;
- » Implementar a vigilância e intervenção sobre os fatores e situações de risco ambientais;
- » – Fortalecer as ações de promoção da saúde - Política Nacional de Promoção da Saúde;
- » Melhorar e qualificar os sistemas de informações epidemiológicos, integrando com bases de dados de outros setores e aprimorando a capacidade de análise de situação de saúde das três esferas de governo;
- » Fortalecer a capacidade de respostas as urgências e emergências de saúde pública de interesse nacional e internacional;
- » Fortalecer o processo de descentralização;
- » Integrar com a assistência a saúde;
- » Integrar a vigilância com a atenção básica;
- » Articular a vigilância, prevenção e promoção no âmbito das redes de atenção à saúde;
- » Criar mecanismos ágeis e eficientes de informação e comunicação;
- » Apoiar a pesquisas e os processos de avaliação e as políticas e programas de saúde (BRASIL, 2008).

Devemos ter em mente que os problemas de saúde ocorrem em espaços territoriais concretos compostos de grupos populacionais e que a resolução destes problemas implica ações de promoção, prevenção, controle e recuperação que devem estar integradas às redes de atenção, as quais, por exemplo, podemos citar: Viva Vida, Mais Vida, Hiperdia, Urgência/Emergência e Saúde Mental criadas, recentemente no Estado de Minas Gerais.

Portanto, a elaboração e efetivação das políticas públicas de saúde tornam-se necessárias para garantir o perfeito funcionamento dos serviços de saúde na busca da melhoria da qualidade de vida da população, proporcionado um atendimento cada vez mais integral, equânime e eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BOBBIO, N; MATTEUCI, N; PASQUINO, G. Dicionário de Política. Brasília, UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Modelos de Vigilância em Saúde no SUS: Perspectivas da Política Nacional. 2008. Disponível em: <http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/MESA_REDONDA_24_09_15H45_pdf/Otaliba%20Libaneo.pdf> Acesso em: 25 de janeiro de 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Distrito Federal, 2010. 108 p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. Rev. Saúde Pública, v. 45, n. 6, 2011.

MINAS GERAIS (Estado). Escola de Saúde Pública. Atualização profissional de vigilância em saúde: caderno 1 - políticas de saúde: guia do aluno. Belo Horizonte, 2012b. 75 p.

MINAS GERAIS (Estado). Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – 2011 -2030. Disponível

em <http://www.seplag.mg.gov.br/governo/publicacoes/arquivos/pmdi_2011_2030.pdf>. Acesso em 05 de janeiro de 2012a.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Planejamento e Coordenação. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais 2001/2004. Belo Horizonte: Coopmed; 2002. 91p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev. Saúde Pública, v. 40, p.73-78, 2006.

PIOVESAN, M. F. A trajetória da implementação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999-2008). 2009. 173 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.



ATIVIDADE 11

DINÂMICA

Tempo estimado: 30 minutos

Objetivo

- Ressaltar a importância de ser observador no seu processo de trabalho em saúde.

Material

- Nenhum



ATIVIDADE 12

INFORMATIVO

Tempo estimado: 3 horas

Objetivo

- Desenvolver um informativo sintetizando as etapas de formulação das políticas específicas de saúde.

Material

- Texto de apoio.
- Papel Kraft ou cartolina
- Pínel

TEXTO PARA LEITURA

FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE ⁸



Introdução

Idealmente, as instituições públicas devem ser orientadas por políticas expressas na forma – ou seja, escritas –, nas quais estejam explicitados minimamente diretrizes e papéis dos órgãos ou setores responsáveis por sua consecução. Existe um amplo e diversificado referencial teórico acerca de políticas, sobretudo quanto a sua importância, abrangência e aplicação.

Por outro lado, observa-se que muitas políticas expressas na forma incorporam elementos inerentes a outros instrumentos de planejamento, principalmente aqueles referentes a programas e projetos. Essas políticas, na verdade, sistematizam medidas técnicas e operacionais destinadas à resolução de problemas ou ao atendimento de necessidades identificadas. Algumas dessas medidas, não raro, contêm elementos inerentes a uma política.

Verifica-se, igualmente, que ainda é incipiente uma cultura que confira devida prioridade ao planejamento como instrumento indispensável de gestão, neste incluída a formulação rotineira de políticas. Soma-se a isso que uma realidade caracterizada por administração muito curtas, que não concluem um processo completo – formular, executar, acompanhar e avaliar –, situação esta que se alia à prática de descontinuidade, fazendo com que medidas prioritárias de uma administração não sejam executadas por outra que a sucede.

O planejamento é um processo contínuo e articulado. No contexto do Sistema de Planejamento do SUS – Planeja SUS –, como explicitado no seu próprio conceito, o processo deve ser garantido pela construção e adequação de seus instrumentos básicos: Plano de Saúde (PS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Esse processo contínuo e articulado pode ser representado por um círculo em constante movimento. O início do movimento é o PS, que é operacionalizado pelas PAS, as quais são avaliadas nos RAG. O RAG retroalimenta, assim, o processo de planejamento no SUS. Isso significa que esses instrumentos são independentes. Em outras palavras, não é possível tratar de RAG, sem ter em conta a PAS que, por sua vez, está diretamente vinculada ao PS.

Conclui-se, então, que essa função administrativa envolve um processo técnico, mas com expressivo

componente político, pois se o gestor não estiver sensibilizado e mobilizado para tal não haverá planejamento de fato efetivo. Por isso, um dos pressupostos fundamentais para a efetivação do processo de planejamento diz respeito a sua localização que precisa ser, formalmente ou não, próxima e orientada pelo respectivo gestor.

Esse papel, logicamente, deve ser desempenhado em estreita articulação com as demais áreas técnicas que integram a correspondente esfera de gestão, as quais detêm as informações necessárias e a responsabilidade pelo atendimento das necessidades da população e a promoção de sua saúde. Cumprem também apoiar essas áreas na definição de seus instrumentos próprios, que precisam ser formulados tendo em conta as peculiaridades de cada uma e, inclusive, a sua inserção nos instrumentos básicos de planejamento.

Como instrumento de planejamento, as políticas específicas – expressas na forma e pactuadas nos fóruns de negociação dos gestores e de participação social no SUS – são explicitadas, fundamentalmente, mediante o estabelecimento de diretrizes e de responsabilidades de setores, entidades e/ou organizações direta e indiretamente envolvidos com o tema respectivo. O processo de formulação deve buscar, portanto, a mais ampla e efetiva participação de órgãos públicos, das instituições de ensino e pesquisa, da iniciativa privada, de entidades representativas dos profissionais e da sociedade civil envolvidas com o tema.

Entende-se por política as decisões de caráter geral, destinadas a tornar públicas as intenções de atuação do governo e a orientar o planejamento – no tocante a um determinado tema – em seu desdobramento em outros instrumentos operacionais. Com a explicitação formal dessas decisões, busca-se, também, permitir o acesso da população em geral, e dos formuladores de opinião em particular, à discussão, à implementação e à avaliação das políticas.

As políticas visam tornar transparente a ação do governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis. Por isso, as políticas representam, no

⁸ Texto adaptado de: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: formulação de políticas específicas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 28p. : II – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 7).

instrumental de planejamento, a parte mais geral, que demanda assim a definição de objetivos, a quantificação de metas e o estabelecimento de recursos alocados.

Operacionalização

No elenco dos instrumentos resultantes do processo de planejamento, as políticas específicas são decodificadas em planos de ação ou operacionalização, programas, projetos etc. No conteúdo dos planos de ação ou de operacionalização, programas, projetos, etc. são definidas as estratégias de implementação das políticas específicas. Nessa etapa de detalhamento, os gestores decidem à luz das limitações e da disponibilidade – quer de tempo, quer de recursos humanos, financeiros e tecnológicos – a oportunidade de efetivação das mudanças preconizadas.

As políticas específicas são, todavia, instrumentos de planejamento, orientadoras das medidas a serem estabelecidas num determinado âmbito, para um determinado período e construídas sob a coordenação da área técnica correspondente. Essas políticas específicas são objeto de negociação e pactuação nas respectivas Comissões Intergestores e nos Conselhos de Saúde. Na ausência de uma política nacional específica, estados e municípios estabelecerão as suas políticas na conformidade desta. Em outras palavras, isso significa que as esferas estadual e/ou municipal definem as suas políticas específicas consoante à política nacional respectiva.

Estrutura

Para cumprir as suas finalidades, as políticas específicas têm como conteúdo básico:

- a *justificativa* e as *bases legais* para o seu estabelecimento, que são explicitadas logo na introdução do documento;
- o *propósito*, que delimita o raio de ação da política e constitui a base para a avaliação de sua efetividade ou impacto;
- as *diretrizes* para o alcance de seu propósito;
- as *responsabilidades institucionais* em que são apresentadas as parcerias a serem buscadas com vistas à intersectorialidade das intervenções necessárias;
- os parâmetros para o seu *acompanhamento e avaliação*.

Entre as questões que envolvem o objeto da política estão, por exemplo, problemas, dificuldades, avanços ou resultados alcançados ou não, os quais, em tese, indicam a necessidade de se definir tal política. São descritos, portanto, todos os antecedentes possíveis – epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais, entre outros -, conferindo a necessária visibilidade e explicitação do tema abordado.

Essa argumentação, que sustenta as diretrizes propostas, deve conter as informações disponíveis – destacando-se a análise epidemiológica da magnitude, **transcendência** e **vulnerabilidade**, bem como dos aspectos sociais relacionados à doença, ao agravo, ao fator de risco, ao grupo populacional específico ou ao meio estratégico que está sendo objeto da política em elaboração, definindo assim a sua *justificativa*.

O *propósito* da política, como delimitador da sua abrangência, configura o objetivo maior a ser atingido com a sua implementação, decorrendo dele, portanto, os componentes das diretrizes. Representa a situação futura desejada que, comparada à situação presente, permite observar as lacunas, obstáculos e carências existentes, transformando-se em propostas de intervenção.

Já as *diretrizes* são as formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas e dizem respeito aos caminhos sobre os quais atuará o setor saúde, quando da elaboração dos planos, programas e projetos que operacionalizarão a política. Devem servir de fundamento à atuação dos gestores do SUS, sobretudo no exercício das suas funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento – neste incluído o acompanhamento e avaliação -, controle e auditoria.

No tocante às *responsabilidades institucionais*, estão definidas as atribuições e competências que possibilitarão a consecução das diretrizes estabelecidas para a política respectiva. São responsáveis pela efetividade da política todas as instituições, direta ou indiretamente, vinculadas ao seu objeto.

Neste sentido, deve ficar suficientemente claro o comprometimento dos gestores do SUS, na conformidade de seus papéis específicos. Consoante ao arcabouço legal que norteia a operacionalização do SUS, ao poder público municipal cabe o papel de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, em cujo exercício deve contar com a devida cooperação técnica e financeira dos estados e da União.

Assim, o estabelecimento das responsabilidades institucionais, cabe indicar as especificidades relativas à intersectorialidade, que é inerente a todas as políticas no âmbito do setor saúde, reforçando o fato de que os problemas da área não podem ser solucionados somente no seu contexto particular. Quando for relevante para a consecução de uma política, o papel das organizações não-governamentais também deverá ser definido nesse contexto.

No que tange o *acompanhamento e a avaliação*, estes devem ter como principal foco o propósito da política, podendo compreender, no entanto, outros parâmetros que porventura tenham sido identificados, quando da explicitação das diretrizes. Além disso, pode envolver também a avaliação do processo de desenvolvimento, ou seja, a qualidade dos serviços prestados.

Nesse sentido, busca-se, essencialmente, verificar a efetividade das políticas, o que significa analisar a qualidade dos resultados, o grau em que essas políticas alcançam o seu propósito fundamental. Dito de outra forma significa verificar o seu impacto sobre a saúde e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população.

Processo

O processo de formulação de uma política de saúde pode ser desencadeado a partir de demandas específicas da:

- alta direção da esfera de gestão correspondente;
- área técnica responsável pelo tema objeto da política a ser formulada;
- própria equipe ou área ou responsável pelo planejamento na respectiva esfera de gestão, ao acompanhar os movimentos, quer da situação de saúde em si, quer do desenvolvimento das ações e serviços do SUS; ou
- parte de outros segmentos de governo ou da sociedade civil.

O papel das áreas profissionais responsáveis pelo planejamento na respectiva esfera de gestão é de apoiar e oferecer a metodologia, bem como de assessoramento ao órgão ou entidade que detém o conteúdo técnico-científico da política a ser formulada. À área técnica do tema objeto da política cabe coordenar, conduzir a definição das bases técnico-científicas e de responder por todo o seu conteúdo nas diferentes fases do processo.

O processo de formulação de uma política específica compreende três fases, específicas e seqüenciais: *proposição, aperfeiçoamento e validação*.

Na fase de *proposição*, inicialmente, são submetidos à apreciação do gestor ou dirigente respectivo, propostas de nomes de técnicos e especialistas, identificados pelo coordenador da área responsável pelo tema da política a ser formulada. Esses técnicos podem ser oriundos, por exemplo, de órgãos e entidades da esfera de gestão correspondente; de outra esfera de gestão do SUS; de órgãos ou entidades de outros setores

de governo; de instituições de ensino e pesquisa; de instituições ligadas diretamente ao tema, como as associações, federações; entre outros.

Concluída a primeira versão do documento, inicia-se a fase de *aperfeiçoamento*, com a realização de evento(s) programado(s) pelo grupo de trabalho, e que conta com a participação do maior número possível de representantes de outras áreas da esfera de gestão correspondente, dos colegiados gestores e de diferentes instituições de governo e de organizações, associações e corporações profissionais, Conselho de Saúde, entre outras. Nessa ocasião, os participantes fazem uma análise cuidadosa do conteúdo da política, registrando sugestões que serão, posteriormente, avaliadas pelo grupo e agregadas ao texto.

Na última fase - *de validação* -, o documento da política específica é submetido à apreciação da respectiva Comissão Intergestores e, em seguida, ao Conselho de Saúde. Nesses dois foros, é feita uma apresentação do conteúdo da política pelo dirigente da área específica, e coletadas sugestões que serão, também, integradas ao documento. Após a ausculta desses foros, a política formulada recebe o referendo do gestor do SUS na correspondente esfera, por intermédio de ato oficial. O documento aprovado é, então, publicado e divulgado.

O processo de formulação das políticas no âmbito do setor de saúde, nele compreendido o conjunto de ações e serviços prestados à população, deve levar em conta o cenário social, econômico e político. Portanto, a política não deve restringir-se aos gestores e órgãos integrantes do SUS, tampouco expressar somente a linha de atuação da gestão correspondente. Deve, sobretudo, expressar os rumos do sistema de saúde e ser parte integrante das políticas sociais da respectiva instância de governo.

Saiba mais:

Leia a entrevista de Alberto Pellegrini Filho sobre o uso das evidências científicas nas políticas públicas. Disponível em [HTTP://dssbr.org/site/entrevistas/o-uso-das-evidencias-cientificas-aumenta-efetividade-das-politicas-publicas-mas-requer-reorientacao-nas-agendas-de-pesquisa/](http://dssbr.org/site/entrevistas/o-uso-das-evidencias-cientificas-aumenta-efetividade-das-politicas-publicas-mas-requer-reorientacao-nas-agendas-de-pesquisa/)

ATIVIDADE 13

O SUS E A POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA

Tempo estimado: 2 horas



Objetivo

- Conhecer a Política Nacional de Atenção Primária e identificar conceitos, significados e atribuições desta no Sistema de Saúde.

Material

- Nenhum.



TEXTO PARA LEITURA

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Fabiana Ferreira⁹

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que se insere no primeiro nível de atenção do sistema de saúde, que tem como fundamentos principais a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, diminuição de danos e a manutenção da saúde como um todo a da qualidade de vida. Procura oferecer uma atenção integral aos usuários, de maneira que os mesmos se tornem sujeitos do processo de cuidado da própria saúde, tornando-os capazes de compreender, expressar e agir a seu modo, devendo respeitar valores, crenças e representações sociais. (CONASS, 2011).

A APS (Atenção Primária à Saúde) tem como fundamentos:

- “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizados, e em consonância com o princípio da equidade;
- efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e a coordenação de cuidados nas redes de serviços;
- desenvolver relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado,
- valorizar os profissionais de saúde por meio de estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação;
- estimular a participação popular e o controle social”.(CONASS, 2011).

A Atenção Básica, desenvolve ações descentralizadas, o que permite ao usuário estar próximo das ações de saúde, assumindo dessa maneira, a porta de entrada da comunidade no sistema de saúde. De acordo com MINAS GERAIS, 2009, para que a APS se torne de fato o contato preferencial entre a comunidade e os serviços de saúde, as equipes devem atuar de maneira abrangente, com acolhimento a qualquer pessoa e em qualquer faixa etária, garantindo o acesso melhor e mais garantido. Diferencia-se da atenção secundária ou terciária por dedicar-se aos problemas mais frequentes, simples ou complexos, principalmente nas fases iniciais, e que são menos definidos. Orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, continuidade do cuidado e participação social. Vale destacar que a construção do Sistema Único de Saúde avançou e passou por significativas mudanças nos últimos anos, o que vem fortalecer a importância da Atenção Primária nesse processo, garantindo a continuidade do trabalho.

No intuito de reorganizar a Atenção Primária no país, haja vista a necessidade de adequar o sistema de saúde às normas brasileiras e, tomando por base os princípios e diretrizes do SUS, vigentes na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, foi criada a Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, em que estabelece normas e diretrizes para a reorganização da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), bem como a expansão e consolidação da atenção básica.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se fundamenta em algumas bases legais que a sustentam, no sentido de normatizar e legalizar seus preceitos, a saber, segundo a (CONASS, 2011):

- Portaria GM/MS nº. 649 de 28 de março de 2006, que define os valores de financiamento para estruturação as Unidades de Saúde;
- Portaria GM/MS nº. 650 de 28 de março de 2006, que define valores de financiamento do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável;

⁹ Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva, Gestão da Clínica, Geriatria e Gerontologia. Técnica em laboratório/ Enfermagem – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri/ UFVJM Mestranda em Ensino em Saúde – UFVJM

- Portaria GM/MS nº. 822 de 17 de abril de 2006, que altera os critérios para definir as modalidades de Equipes de Saúde da Família;
- Portaria GM/MS nº. 154 de 24 de janeiro de 2008, que cria o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que visa ampliar de maneira significativa a abrangência do programa Saúde da Família;
- Portaria GM/MS nº. 3.146 de 17 de dezembro de 2009, que destina recursos financeiros para o Programa Saúde na Escola (PSE), para municípios que possuem ESF;
- Portaria GM/MS nº. 2.226 de 18 de setembro de 2009, que define o Plano Nacional de Implantação de Unidades de Saúde para as Equipes de Saúde da Família;
- Portaria GM/MS nº. 1.045 de 6 de maio de 2010, que regulamenta para o ano de 2010 o repasse de recursos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais (CER), componente da parte variável do PAB.

Esta Portaria define ainda que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) se constituem em uma estratégia para atender às demandas da população voltando-se para um cuidado integral de cada usuário. As RAS configuram-se em articulações organizativas formadas por serviços de saúde, que utilizam meios tecnológicos e assistenciais e que tem por atributos: estruturação da atenção primária, entendendo-se como porta de entrada para o sistema de saúde, formada por uma equipe multidisciplinar, que atende às demandas de saúde da população adscrita ao território de abrangência da cada Unidade de Saúde.

Para que as RAS se articulem de maneira favorável, visando a melhoria da Atenção Primária, algumas responsabilidades são inerentes às três esferas de governo (federal, estadual e municipal), a saber: incentivar a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pelos serviços municipais como meio de expandir e qualificar a atenção básica; garantir infraestrutura adequada para o funcionamento das ESF's; contribuir com o financiamento da Atenção Primária; valorizar o profissional de saúde, investindo em qualificação para os mesmos; implantar sistemas de informação da Atenção Primária, bem como analisar, divulgar os resultados alcançados pelas ações de saúde; estimular a participação popular e o controle social, dentre outras.

Responsabilidades e Competências

Ministério da Saúde

Cabe ao Ministério da Saúde rever periodicamente as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica; prestar apoio aos gestores estaduais e municipais no que concerne a Política; garantir recursos para o aprimoramento da atenção primária; articular com o Ministério da Educação estratégias para mudanças na

grade curricular dos cursos de graduação e pós graduação, mais voltados à formação de profissionais com perfil para atuação na atenção primária; fomentar o apoio de instituições, em parceria com os Estados, municípios e Distrito Federal para garantir educação permanente aos profissionais que atuam na atenção básica.

Secretarias de Estado da Saúde e Distrito Federal

Às Secretarias de Estado da Saúde e Distrito Federal, compete a pactuação com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estratégias para implementação da Atenção Básica; destinar recursos financeiros estaduais para melhoramento na atenção primária; analisar dados de saúde que sejam de interesse estadual; consolidar, analisar e transferir ao Ministério da Saúde dados epidemiológicos e outros enviados pelo município; garantir estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades de Saúde; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos necessários para o funcionamento das Unidades de Saúde; programar ações de atenção básica que condizem com a realidade da base estrutural da Unidade de Saúde; organizar o fluxo de usuários garantindo a referência e a contra referência, entre outros.

Secretarias Municipais de Saúde e Distrito Federal

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e Distrito Federal a pactuação com a Comissão Intergestores Bipartite, através dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), normas de implementação da atenção básica no Estado; destinar recursos municipais para o financiamento tripartite da atenção primária; inserir a Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços municipal para a reorganização da atenção primária; garantir a formação de educação permanente aos profissionais de saúde através da articulação entre instituições; garantir estrutura física necessária ao bom funcionamento da Unidade de Saúde; garantir recursos materiais, equipamentos e insumos necessários para o funcionamento das Unidades de Saúde; organizar o fluxo de usuários garantindo a referência e a contra referência, entre outros.

O financiamento da atenção primária à saúde

O financiamento da Atenção Básica estabelecido na PNAB, compõe-se a parte federal para a garantia de recursos para a atenção primária, formando assim, a composição tripartite, composta por uma parte fixa e outra variável, de modo que a soma dessas duas, constitui o PAB (Piso de Atenção Básica), fundindo-se o Bloco de Atenção à Saúde.

O PAB se refere então aos recursos federais destinados aos municípios para financiamento das ações de saúde e se destinam a:

- Consultas médicas (especialidades e básicas);
- Atendimento odontológico básico;
- atendimentos básicos, realizados por outros profissionais da área de saúde;
- Visita e atendimento ambulatorial e domiciliar na ESF;
- Vacinação;
- Atividades grupais;
- Atendimento ao pré natal e parto;
- Ações de planejamento familiar;
- Pequenos procedimentos cirúrgicos;
- Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Pronto atendimento em Unidade Básica.

Os recursos do PAB são transferidos mensalmente, fundo a fundo, ou seja, repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) e para o Distrito Federal.

O PAB é composto por uma parte variável, destinado ao financiamento das ações de atenção básica no geral, e a parte fixa é destinada aos incentivos para o desenvolvimento das ações de saúde da atenção básica.

A parte fixa do PAB é calculada através da multiplicação de um valor per capita, determinado pelo governo federal no valor de R\$ 18,00 (dezoito reais) pelo número da população de cada município, estabelecida pela Portaria nº. 2007 de 1º de setembro de 2009.

Os recursos do PAB Variável se constituem na parte que o Ministério da Saúde repassa aos municípios sempre que estes se comprometem a realizar as ações que o próprio Ministério preconiza para as ações da atenção básica e se destinam aos seguintes programas: Saúde da Família, Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde, Incentivo ao Sistema Penitenciário, Incentivo aos Povos Indígenas, Atenção à Saúde do Adolescente, ao NASF, ao PSE, e outros exemplificados na Portaria MS/GM 204/2007. (CONASS, 2011). O PSF é uma das formas de organização da APS, que desde de 1994, quando foi implantado no país, assume papel prioritário para o desenvolvimento e fortalecimento

da atenção primária no SUS. Atualmente, Minas Gerais é o Estado brasileiro com maior número de equipes de Saúde da Família implantadas, correspondendo a 13% do total de equipes no Brasil. (MINAS GERAIS, 2009).

As ESF devem se pautar em algumas funções para o êxito das ações, a saber:

- Ser a base para a descentralização dos serviços de saúde;
- Ser resolutiva, tendo a capacidade de identificar riscos, demandas e necessidades dos usuários adscritos no território de abrangência, articulando tecnologias de caráter individual e coletivo, contribuindo para a autonomia dos usuários no cuidado com a saúde;
- Coordenar o cuidado, elaborando planos terapêuticos e organizando fluxos de atenção à saúde dentro do sistema de saúde.

Por fim, a Política Nacional de Atenção Básica foi criada no intuito de ampliar o acesso universal e contínuo das ações de saúde para toda a população, a ideia é modificar o modelo pautado na hospitalização e trazer para próximo das famílias os serviços de saúde voltados para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde de forma mais resolutiva. Contudo, a avaliação dos resultados desta política tem sido essencial para medir os impactos de sua aplicação.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. O choque de gestão na saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.



ATIVIDADE 14

O SUS E A POLÍTICA DE PROMOÇÃO À SAÚDE

Tempo estimado: 3 horas e 30 minutos

Objetivo

- Estudar as ações prioritárias da Política de Promoção à Saúde no Brasil.

Material

- Texto de apoio: Política de Promoção à Saúde.

TEXTO PARA LEITURA

POLÍTICA DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO BRASIL



Milton Cosme Ribeiro¹⁰

Entre os maiores desafios encontrados pelos gestores frente ao paradoxo que envolve o atual modelo de atenção à saúde, no qual mesmo com a ampliação da assistência a saúde as condições crônicas e causas externas aumentam progressivamente na população, está à necessidade de propor Políticas de Promoção à Saúde.

Considerando essa necessidade de estabelecer diretrizes para a implantação da Promoção à Saúde no Brasil, o Governo Federal aprovou e publicou a **Política Nacional de Promoção à Saúde** – Portaria nº. 687 de 30 de março de 2006. Essa publicação ainda vem de encontro com os princípios do SUS, quando considera em seu escopo a universalização, a equidade e a integralidade.

Sabendo que o processo saúde-doença é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade, os serviços de saúde muitas vezes não conseguem modificar os fatores condicionantes e determinantes deste processo, conduzindo, como já discutido na unidade III, ao fracasso no atendimento às condições que promovem o adoecimento.

Podemos considerar aqui que, para resolver ou minimizar este problema, é imperativo a construção de políticas públicas saudáveis e a participação social na elaboração e na execução destas políticas. Isso por que, não somente as questões biológicas e psicológicas, como também as questões sociais precisam ser levadas em consideração na construção de ações que atendam satisfatoriamente as necessidades de saúde de uma população.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (Brasil, 2010).

A Promoção à Saúde fundamenta-se na percepção de cada indivíduo e o de cada comunidade acerca dos conhecimentos científicos das práticas de saúde e na aplicação destes conhecimentos, o que leva a uma

prática coletiva fundamentada ao autoconhecimento e autocuidado, numa evolução constante na busca do saber viver (Mendes, 1996).

Um dos marcos importantes da Promoção à Saúde foi a Carta de Ottawa (1986) que esclarece que “A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global.”

Neste contexto, as intervenções na área de saúde destinadas aos fatores responsáveis pelo adoecimento devem envolver as condições de vidas e os modos de se viver de um indivíduo ou de uma coletividade em um dado território, favorecendo a escolhas por hábitos saudáveis.

Considerando o que foi dito parágrafo acima, fica evidente a estreita relação entre a promoção a saúde e vigilância em saúde, visto que, a análise da situação de saúde de uma população é a base para o planejamento de ações destinadas às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios.

Não devemos confundir promoção com prevenção à saúde. Embora elas se assemelhem em muitas coisas, segundo Lefevre e Lefevre (2007) a prevenção está relacionada a toda medida tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou de um conjunto dessas condições, que visa afastar a doença do doente ou vive-versa, para que tal condição na se manifeste ou manifeste-se de forma menos grave ou mais branda. Já a promoção caracteriza-se por uma intervenção que tem como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença por que busca atingir suas causas mais básicas. A promoção à saúde privilegia tem apreço pelo respeito à dignidade humana, pela preservação do meio ambiente, pelas condições saudáveis de trabalho e pela melhoria da qualidade de vida, adquirindo assim uma virtude de ser antecipatória.

As ações de promoção da saúde exigem uma articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco, visando à criação de mecanismos que

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.

reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (Brasil, 2010).

A garantia do direito humano a saúde depende cada vez mais da participação de distintos setores de saúde e de outras áreas. Essa **intersectorialidade** promove trocas de saberes e práticas na busca por soluções mais adequadas sobre os fatores condicionantes e determinantes das doenças e agravos.

Entre os objetivos específicos da Política Nacional de Promoção à Saúde encontramos a incorporação e implementação das ações de promoção da saúde, com **ênfase na atenção básica**, justamente por entender que este é o primeiro nível de atenção e que as pessoas precisam ser assistidas o mais próximo dos locais onde elas vivem.

Outro objetivo não menos importante está relacionado à preservação do meio ambiente e a criação de **ambientes saudáveis**, o que depende de uma maior articulação entre os setores da saúde, meio ambiente, saneamento e planejamento urbano a fim de prevenir e/ou reduzir os danos provocados à saúde e ao meio ambiente, por meio do manejo adequado de mananciais hídricos e resíduos sólidos, uso racional das fontes de energia, produção de fontes de energia alternativas e menos poluentes (Brasil, 2010).

A Política define diretrizes, estratégias e responsabilidades a serem assumidas por cada esfera de gestão, servindo de sustentação para a elaboração de políticas locais e de orientação na forma de organização do trabalho pautado nas ações de promoção à Saúde. Além disso, estabelece as ações prioritárias a serem implantadas, a saber: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, combate ao uso de álcool e outras drogas, redução da mortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo a cultura e paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

Diante disso, embora ainda dependa de questões políticas e operacionais, a solução para os atuais problemas de saúde que incidem sobre a população brasileira parece estar na reorientação do processo de trabalho em saúde na busca por práticas de promoção à saúde.

Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p.

Lefevre, F.; Lefevre, A. M. C. Promoção à Saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 523p.



ATIVIDADE 15 POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Conhecer a formulação e implementação das Políticas Públicas Saudáveis no campo da promoção à saúde.

Material

- Artigo - Formulação e implementação de políticas Públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção à saúde nas cidades.¹¹



ATIVIDADE 16 DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE

Tempo estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivo

- Entender como se classificam os fatores determinantes sociais em saúde de uma sociedade e as complexidades que envolvem a intervenção sobre estes fatores.

¹¹ Teixeira, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção à saúde nas cidades. Saúde e Sociedade 13 (1), p.37-46, jan-abr. 2004. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/formulacao2004.pdf> > Acesso em 01/04/2013.

Materiais

- Papel Kraft
- Pincel atômico
- Fita adesiva

Figura 11: O modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Dahlgren & Whitehead (2007)

Figura 1: O modelo de determinação social da saúde.

Fonte: Dahlgren & Whitehead (2007) apud Mendes (2012).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde dispostos em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. O modelo enfatiza as interações: estilos de vida individuais estão envolvidos nas redes sociais e comunitárias e nas condições de vida e de trabalho, as quais, por sua vez, relacionam-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica. Como se pode ver na Figura 1 acima, os indivíduos estão no centro do modelo, a **camada 1** dos determinantes individuais, com suas características de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na **camada 2**, imediatamente externa, aparecem os comportamentos e os estilos de vida individuais, denominados de determinantes proximais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, o estresse, as práticas sexuais não protegidas

e outros. A **camada 3** destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações. O conceito de capital social implica possibilidades de fluxos de acumulação e desacumulação. Estudos recentes consideram o capital social como relações informais e de confiança e de cooperação entre famílias, vizinhos e grupos, a associação formal em organizações e o marco institucional normativo e valorativo de uma determinada sociedade que estimula ou desestimula as relações de confiança e de compromisso cívico.

As relações entre capital social e saúde estão bem estabelecidas. Na **camada 4**, estão representados os determinantes intermediários, que são os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, de exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e de menor acesso aos serviços sociais. Finalmente,

na **camada 5**, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Esses são os determinantes sociais distais da saúde.

A análise do modelo da determinação social da saúde leva a opções políticas para intervenção sobre os diferentes níveis de determinação. Os fatores macro da **camada 5**, os determinantes distais, devem ser enfrentados por meio de macropolíticas saudáveis que atuem de forma a reduzir a pobreza e a desigualdade, a superar as iniquidades em termos de gênero e de etnicidade, a promover a educação universal e inclusiva e a atuar na preservação do meio ambiente. Os determinantes sociais da **camada 4**, os determinantes intermediários, convocam políticas de melhoria das condições de vida e de trabalho. Isso significa melhorar essas condições de vida e de trabalho e o acesso a serviços essenciais, tais como educação, serviços sociais, habitação, saneamento e saúde. Essas intervenções são fundamentais para promover equidade em saúde. A forma de intervenção mais adequada para enfrentamento desses determinantes sociais da saúde intermediários é a organização de projetos intersetoriais. Os determinantes sociais da **camada 3** exigem políticas de construção da coesão social e de redes de suporte social que permitam a acumulação de capital social. As alternativas políticas no campo desses determinantes sociais da saúde envolvem: a implementação de sistemas de seguridade social inclusivos; o fortalecimento da participação social ampla no processo democrático; o desenho de equipamentos sociais que facilitem os encontros e as interações sociais nas comunidades; e a promoção de esquemas que permitam as pessoas trabalharem coletivamente nas prioridades de saúde que identificaram. Essas opções devem discriminar positivamente as minorias étnicas e raciais, os pobres, as mulheres, as pessoas idosas e as crianças. Os determinantes sociais da **camada 2**, os determinantes proximais, tornam imperativa a necessidade de afastar barreiras estruturais aos comportamentos saudáveis

e de criação de ambientes de suporte às mudanças comportamentais. Isso significa reforçar a necessidade de combinar mudanças estruturais ligadas às condições de vida e de trabalho com ações, desenvolvidas, no plano micro, com pequenos grupos ou pessoas, de mudança de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas, alimentação inadequada, sobrepeso ou obesidade, sexo não protegido, estresse e outros), especialmente por meio da educação em saúde. Por fim, os determinantes individuais da **camada 1**, em geral, considerados determinantes não modificáveis, são enfrentados pela ação dos serviços de saúde sobre os fatores de risco biopsicológicos (hipertensão arterial sistêmica, depressão, dislipidemia, intolerância à glicose e outros) e/ou sobre as condições de saúde já estabelecidas e estratificadas por riscos (Mendes, 2012).

Perguntas:

1. Analise cada fator/camada da figura abaixo e com base no texto de apoio as caracterize.
2. Quais dos fatores/camadas determinantes sociais em saúde o profissional de Vigilância em Saúde poderá intervir? E por quê?
3. Quais os fatores/camadas dependem de políticas de saúde? E quais dependem de políticas sociais?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institutet for Framtidsstudier; 2007. In: Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.



ATIVIDADE 17

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo estimado: 2 horas

Objetivo

- Compreender a organização dos serviços de vigilância em saúde no processo de reorientação das práticas e concretização do modelo de atenção integral à saúde.

Materiais

- Datashow
- Texto de Apoio: Vigilância em Saúde: aspectos organizacionais.¹²

TEXTO PARA LEITURA POLÍTICA DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Milton Cosme Ribeiro



O SUS, em construção desde 1990, orienta os sistemas de saúde a se organizarem em bases territoriais. Assim, microrregiões, municípios, micro-áreas, são exemplos de territórios sanitários que refletem a riqueza e complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente, por meio de suas características políticas, econômicas e culturais; significando mais do que uma população que vive dentro de determinado território geográfico. Pressupõe também uma distribuição de serviços de saúde que atendam a área de abrangência limitada. Este tipo de organização facilita o acesso das pessoas aos serviços mais próximos de sua residência e faz com que os gestores e profissionais de saúde desenvolvam responsabilidade sanitária pela população local. A territorialização é, portanto, a base do trabalho em saúde, sendo o substrato no qual se desenvolve políticas e práticas de Vigilância em Saúde.

A Vigilância em Saúde tem por objetivo observar e analisar permanentemente a situação de saúde da população dos territórios por meio de ações específicas, que se destinam ao controle dos determinantes, riscos e danos à saúde, garantindo a integralidade da assistência prestada aos usuários. É sob este olhar que se fundamenta a prática de vigilância que deve estar inserida no cotidiano de todos os níveis de atenção à saúde. Entendendo o perfil demográfico bem como as características de morbimortalidade de um determinado território ou grupamento populacional, é possível desenvolver habilidades de programação e planejamento, de maneira a organizar os serviços com ações de atenção à saúde, otimizando a qualidade de vida da população. Em resumo, a Vigilância em Saúde, uma vez desenvolvida a partir da operacionalização das suas tecnologias próprias, possibilita a análise permanente da situação de saúde da população e a conseqüente organização e execução de práticas de saúde mais adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes no território sanitário. Fortalecendo assim a Vigilância em Saúde com foco nas necessidades de saúde do território agregando valor aos resultados da política de saúde loco regional.

Para de fato se produzir vigilância em saúde em um território, é preciso integrar à rotina de trabalho da Atenção Primária e em toda a rede assistencial, a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador, a vigilância sanitária e a vigilância da situação de saúde. Feito isto, estaremos estimulando a formação de uma estrutura de saúde que produz o cuidado integral, desenvolvendo abordagens tanto individuais quanto coletivas, promovendo saúde em decorrência da identificação dos possíveis riscos sanitários que implicam em processos de adoecimento.

Na região de saúde, as necessidades de pactuação decorrentes das ações de vigilância e da articulação intersetorial devem ocorrer no âmbito dos fóruns de discussão específicos – Colegiados de Gestão Regional, Conselhos Municipais de Saúde, Câmaras Técnicas específicas, entre outros – Nestes espaços, deve-se buscar e estimular o debate em torno do potencial de Vigilância do território, de modo a desenvolver neste ambiente todos os elementos necessários à organização de um sistema integral e produtor de resultados ao cidadão.

A vigilância então, quando produzida na prática, possibilita aos usuários, por meio da rede de serviços, a promoção da saúde da população, a vigilância, proteção e prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, indo além das abordagens convencionais.

Em 2009, considerando a necessidade de potencializar o processo de descentralização das ações de vigilância em saúde, aproximando sua atuação do território municipal, e atualização dos marcos normativos da própria vigilância em saúde o Ministério da Saúde publicou a Portaria Ministerial nº. 3252/09 (Anexo 1). Nesta portaria são fortalecidos o papel de gestores da vigilância nos estados, Distrito Federal e municípios, bem como se ampliam as ações denominadas de vigilância em saúde.

¹² MINAS GERAIS (Estado). Escola de Saúde Pública. Atualização Profissional de vigilância em saúde: caderno 1: políticas de saúde: guia do aluno. Belo Horizonte: ESP-MG, 2012. 99p.

Em Minas Gerais, o governo criou, recentemente a Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde como uma das estruturas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, que construiu um planejamento estratégico em 2011 para a vigilância em saúde no Estado, compreendendo a importância da reestruturação da vigilância em saúde para a concretização de um sistema integrado de saúde capaz de responder de maneira eficaz aos atuais desafios do SUS.

Visando descentralizar as ações de vigilância em saúde, e agregar valor à estrutura das redes de atenção, está sendo implantado o Projeto de Fortalecimento da vigilância em saúde em Minas Gerais, instituído pela Resolução SES Nº. 3152/12 (Anexo 2). Este projeto tem como principais diretrizes:

- **A organização de uma estrutura gestora no âmbito das Unidades Regionais de Saúde** – Superintendências e Gerências Regionais de Saúde – construída administrativamente de: Área Temática de vigilância em saúde e Núcleos Microrregionais de vigilância em saúde. Os municípios também são estimulados a constituírem os Núcleos Municipais de vigilância em saúde.
- **A organização de processos de trabalho da vigilância em saúde integrados às redes assistenciais**, como uma proposta de um ciclo

de formação que envolve profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, fiscais sanitários); técnico (técnico em vigilância em saúde) e superior com formação de especialistas e mestres em vigilância em saúde. Este processo de formação subsidiará o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde com novas tecnologias e abordagens próprias desta área;

- **Modelagem da sala de situação regional e painel de bordo:** ferramentas que disponibilizam ao ambiente gestor regional informações suficientes para tomada de decisão, permitindo a visualização de indicadores de resultado, bem como da dinâmica de risco no território, e, conseqüentemente, maior assertividade nos investimentos planejados, no âmbito de todas as redes temáticas (Viva Vida, Mais Vida, Hiperdia, Urgência/Emergência e Saúde Mental).
- **Incentivo financeiro aos municípios:** este produto incentiva a descentralização das ações de vigilância em saúde, onde os municípios são incentivados a organizar os sistemas locais de vigilância em saúde, por meio da vinculação de incentivo financeiro à realização de ações nas áreas de vigilância em saúde – vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, ambiental, situação de saúde e de promoção da saúde.



ATIVIDADE 18

DINÂMICA

Tempo estimado: 45 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o processo de trabalho do Técnico em Vigilância.

Material

- Oito fotografias (de revistas, livros, etc) apresentando cenas diversas que possam fazer refletir sobre o trabalho do técnico em vigilância em saúde.



ATIVIDADE 19

AVALIAÇÃO DO ALUNO

Tempo estimado: 2 horas e 15 minutos

Objetivo

- Avaliar o conhecimento adquirido pelo aluno na unidade em estudo,
- Identificar os progressos e as dificuldades, visando recuperá-lo.

Material

- Papel A4.

ATIVIDADES DE DISPERSÃO

UNIDADE 4

Carga Horária: 40 horas

ATIVIDADE 1 ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Com o objetivo de entender como se organiza a vigilância em saúde a nível municipal, realize uma pesquisa e a registre respondendo as seguintes perguntas:

- Enquanto membro de uma equipe de vigilância em saúde, como se encontra a estrutura de vigilância em saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de seu município?
- Como você observa a integração entre vigilância em saúde e atenção primária? E, em sua opinião, quais seriam os passos para estreitar essa relação?
- Existe algum tipo de planejamento das ações? Como ela se dá?

Isso feito, os alunos deverão apresentar os trabalhos em sala de aula e o monitor deverá promover uma discussão sobre os conteúdos apresentados

ATIVIDADE 2 CONHECENDO A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Conforme discutido ao longo da Unidade 4, a Atenção Primária à Saúde têm, não somente um importante papel, como também, uma grande contribuição na efetivação das ações de Vigilância em Saúde. Como forma de conhecer a atuação dos profissionais que atuam na atenção primária de seu município e associá-las com o serviço de vigilância em saúde no qual você trabalha, faça uma pesquisa sobre as atribuições de cada profissional de uma Estratégia de Saúde da Família (Médico, Enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde, Auxiliar de Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Técnico de Higiene Dental e Auxiliar de Consultório Dentário). Ao final, você deverá levantar as funções e atividades específicas de cada profissional e relacioná-las com as ações de vigilância em saúde na qual você está inserido. Se existirem outros profissionais atuando na equipe de ESF, estes também deverão ser pesquisados. O produto de seu trabalho deve ser apresentado em um relatório.

ATIVIDADE 3 ESTUDO DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Sabendo que as redes de atenção são estruturas criadas para melhorar o funcionamento do SUS, oferecendo mais equidade e direcionando os usuários ao atendimento integral, faça um estudo de alguma rede de atenção e avalie como os serviços de saúde de seu município estão integrados nesta rede, descrevendo quais são as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde oferecidas. Ao final, trace um mapa do funcionamento desta rede, ou pelo menos de como ela deveria funcionar, e apresente em plenária o resultado de seu estudo.

ATIVIDADE 4 PLANO DE AÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Entre as estratégias para melhorar a efetividade das ações de Vigilância em Saúde, está a aproximação com a Atenção Primária à Saúde, tendo como campo de atuação o território das Equipes de Saúde da Família (ESF). Diante disso, promova uma reunião com os profissionais de uma equipe de ESF visando o planejamento de uma ação sobre algum assunto de importância para saúde de seu município, por exemplo: o combate a dengue, o controle do tabagismo, a

redução dos casos de leishmaniose canina e/ou humana, a prevenção de surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar, entre outras. Durante a reunião, apresente o problema e procure saber quais são as sugestões da equipe para solução deste. Lembre-se que as ações de promoção devem ser desenvolvidas com ênfase na atenção primária. Com essas informações, elabore um plano de ação - conforme modelo abaixo - e apresente em plenária como foi à experiência.

Plano de Ação
Ação:
Justificativa:
População Alvo:

Resultados esperados:	
Executantes:	
Materiais:	
Equipamentos:	
Insumos:	
Atividade	Data
1)	
2)	
3)	
Observações:	