

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Oficinas da Atenção Primária à Saúde

OFICINA III

“VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E TERRITORIALIZAÇÃO”



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



RIO GRANDE DO SUL – 2017

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE OFICINAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

<u>Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)</u> Presidente Secretário Executivo	João Gabbardo dos Reis Jurandi Frutuoso Silva
<u>Cooperação Técnica Interinstitucional</u> Governador do Estado do Rio Grande do Sul Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) / Conselho Nacional de Secretários de Saúde Diretora Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul	José Ivo Sartori João Gabbardo dos Reis Teresinha Valduga Cardoso
<u>Grupo Gestor</u> CONASS: Maria José de Oliveira Evangelista Maria Zélia Soares Lins Eliane Chomatas Marta Barreto SES/RS: Francisco Zancan Paz Aglaé Regina Silva Elson Romeu Farias Rebel Zambrano Machado Marcos Vinícius Ambrosini Mendonça	<u>Organizadores</u> Gladis Tyllmann Marcos Vinicius Ambrosini Mendonça Raíssa Barbieri Ballejo Canto Equipe do CONASS
<u>Grupo Condutor Estadual</u> SES/RS - CEAB: Aline de Souza Moscardini Aline Von der Goltz Vianna Carol Cardoso Rodrigues Fabiane Vargas de Vargas Gladis Tyllmann Guilherme Barbosa Schimocomaqui Lilian Nelcy Lemos Sartori Marcos Rodrigo de Oliveira Sokoloski Marcos Vinicius Ambrosini Mendonça Neusa da Silva Patricia Ligocki Silva Poala Vettorato Raíssa Barbieri Ballejo Canto Tainá Nicola	<u>Colaboradores</u> Adriana Zanon Moschen Moschen Anelise Hahn Bueno de Oliveira Anna Caroline Solka Clarissa Gleich Claudia Maria S Correa da Silva Cleonara Bedin Deise de Moura Ronchi Eduardo Viegas da Silva Fabiane Ribeiro Iuday Gonçalves Motta Juliana Cardoso Rodrigues Loiva Schardosim Lucia Mardini Luciana Sehn Luise Peter da Silva Maria Rosana Medeiros Marilina Bercini Mauro Kruter Kotlhar Neusa Rejane Zabiela Renata Mondini Rosangela Sobieszczanski Pedro Gomes de Lima Brasileiro Sabrina Vizeu Salzano Barreto de Oliveira Tani Ranieri Thiago Frank Residentes da ESP/RS: Daiane Führ Dilce Menegatti Letícia Stanczyk Luana Dullius Malena Suamy Gondim Yamada Márcia Guarda de Aquino Michele Barbosa de Almeida Thanay do Nascimento Peronio Vanessa Rossoni de Oliveira

Os textos que compõem as oficinas foram transcritos, com alterações e adequações, para atender ao propósito da Planificação da Atenção à Saúde no RS, do livro Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados, elaborado a partir da experiência de implantação da Planificação em diferentes Estados, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS, publicado em 2011. A referência completa deste livro encontra-se no link: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf

Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo utilizados como semelhantes. Dessa forma, associam-se a ambos os termos os princípios e as diretrizes definidas na Portaria nº 2.488/2011, que aprova a PNAB.

APRESENTAÇÃO

Prezados(as),

Esta oficina aborda o conceito de território e sua utilização em saúde. Discute, ainda, territorialização e adscrição dos usuários às Unidades Básicas de Saúde como uma estratégia de organização da atenção e como elemento fundamental para a vinculação dos usuários às equipes de Atenção Primária à Saúde. Entendemos a territorialização como uma importante estratégia para qualificar o planejamento das áreas adscritas às equipes de saúde da família, fortalecendo a vinculação com os usuários e as ações do cuidado.

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 impasses referentes à gestão e organização dos serviços de saúde que dificultam a efetiva integração da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde, comprometendo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2007).

Assim, com o intuito de qualificar a atenção à saúde, considerando o princípio da integralidade, faz-se necessário 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 Primária/Saúde da Família.

Diante desse contexto, esta oficina trabalha os conceitos e os elementos referentes à Vigilância em saúde e sua fundamental inserção na organização e no processo de trabalho das equipes da Atenção Primária.

Sejam bem-vindos e bem-vindas!

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Compreender e discutir o conceito de território e a utilização de territorialização como elemento fundamental para a qualificação da APS;
- Compreender e discutir os conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes;
- Realizar o alinhamento conceitual sobre vigilância em saúde e seus componentes: Vigilância Epidemiológica, Sanitária, em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

- Discutir e Exercitar a articulação entre Território – Vigilância em Saúde – Atenção Primária;
- Discutir formas de integração das ações da Vigilância em Saúde e a Atenção Primária na região de saúde e no município.

DESENVOLVIMENTO DA OFICINA

A Oficina está organizada em momentos, que envolvem atividades presenciais e de dispersão, conforme descrito no quadro a seguir:

PROGRAMAÇÃO

Metodologia	Atividades programadas	Horário
	Atividade 1 – Acolhida dos participantes	8h
Exposição dialogada	Atividade 2 – Introdução sobre Atenção Primária e Redes de Atenção em Saúde (CEAB)	8h15min
Exposição dialogada	Atividade 3 – Exposição Dialogada: Territorialização em Saúde e Vigilância em Saúde na Atenção Primária	9h
Café com prosa		10h
Pequeno grupo: Trabalho em grupo	Atividade 4 – Em Grupos: Leitura de texto e preenchimento das matrizes. Matriz 1: Territorialização e Vigilância em Saúde na Atenção Primária Matriz 2: Territorialização e Cadastramento	10h15min
Intervalo para almoço		12h
Grande grupo: Plenária	Atividade 5 – Plenária: Compartilhamento das matrizes no grande grupo	13h30min
Grande grupo: Exposição	Atividade 6 – Grande Grupo: Apresentação sobre <i>Aedes aegypti</i> , doenças relacionadas e o plano de ação dos ACS, ACE e Visitadores do PIM	14h15min
Pequeno grupo: Trabalho em grupo	Atividade 7 – Trabalho em grupo: O caso da Gestante com suspeita de doença relacionada ao <i>Aedes aegypti</i>	15h00min
Café com prosa		16h
Grande grupo: Plenária	Atividade 8 – Plenária do Trabalho em grupo: Compartilhamento das questões do caso da Gestante com suspeita de doença relacionada a <i>Aedes aegypti</i>	16h15min
Grande grupo: Plenária	Atividade 9 – Apresentação e discussão sobre Mapeamento em Saúde. Ex. Google maps.	16h45min

Grande grupo: Exposição dialogada; Instrumento de avaliação	Atividade 10 – Orientação da Atividade de Dispersão da Oficina e Avaliação da Oficina	17h15min
Encerramento		17h30min

CONCEITOS

Transição demográfica: Refere-se ao processo de envelhecimento da população e diminuição da natalidade de forma concomitante.

Transição Epidemiológica: Refere-se a uma mudança de perfil de morbidade populacional de um padrão predominante de acometimentos agudos transmissíveis para outro de crônicos transmissíveis ou não, influenciado pelo processo de aumento da expectativa de vida e modo de vida, entre outros, por exemplo.

Morbidade: Trata-se de doenças ou agravos relacionados à saúde.

Indicadores: São o resultado da conformação de dados gerando uma medida de resultado possibilitando comparação e/ou avaliação.

Adscrito: Que foi inscrito, gravado; registrado. A adscrição diz respeito à demarcação de um território ou população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

Adstrito: Que está unido, ligado. Quando estudamos território, chamamos de população adstrita ou área adstrita aquela que está conectada à uma unidade básica de saúde.

TEXTO 1 - Territorialização e Vigilância em Saúde na Atenção Primária*

Territorialização em Saúde

Para reorientar as concepções sobre espaço e saúde no âmbito da saúde coletiva, Milton Santos em seus estudos nega a visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático com suas formações naturais, apresenta-o como um objeto dinâmico, vivo, repleto de inter-relações, e propõe o detalhamento das influências recíprocas do território com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social. Para o autor, o território englobaria as características físicas de uma dada área, e também as marcas produzidas pelo homem. O autor propõe o uso de duas categorias como sendo fundamentais para a compreensão das dinâmicas territoriais hoje: as verticalidades, domínio das redes, um espaço de pontos articulados organizacionalmente por fluxos; e as horizontalidades, domínio das adjacências espaciais, das relações fundadas na

proximidade, na vizinhança e na interdependência mútua entre lugares e pessoas. (MOARES, 2013). De acordo com o geógrafo Milton Santos (2006), “o território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence”. Costa Marques (2007) considera que: “o entendimento sobre espaço e território, como dimensões complexas e dinâmicas, é fundamental para a compreensão dos fenômenos da vida, no sentido de organizar processos de intervenção coerentes e pautados nas necessidades de proteção e promoção da vida”.

A territorialização vem sendo utilizada como um dos mais importantes pressupostos na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde no Brasil ao longo das últimas décadas. Pode-se verificar a importância da territorialização em diversas iniciativas no interior do SUS, como o Estratégia de Saúde da Família, a Vigilância Ambiental, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e de vigilância (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Dessa forma, a ideia de base territorial informaria, segundo critérios políticos de abrangência, área geográfica, equipamentos, dados epidemiológicos, entre outros, o ato do planejamento de ações em saúde.

Segundo Mendes (1993), há concepções de território aplicadas aos sistemas de serviços de saúde:

- **Território-distrito:** obedece à lógica político-administrativa, sendo adequado para municípios de grande porte, para possibilitar a aproximação entre a administração pública e a população. Seu objetivo é a delimitação de um território administrativo assistencial, contendo um conjunto de pontos de atenção à saúde e uma população adscrita, com vistas ao planejamento urbano e ações intersetoriais.

- **Território-área:** é um território-processo de responsabilidade de uma Unidade de Saúde da Família, com enfoque na vigilância à saúde. Correspondem à área de atuação de uma a no máximo três equipes de saúde. Seu objetivo é planejar as ações, organizar os serviços e viabilizar os recursos para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários/famílias residentes no território, com vistas à melhoria dos indicadores e condições de saúde da comunidade.

- **Território microárea:** é uma subdivisão do território-área de responsabilidade da equipe de saúde. Corresponde à área de atuação do Agente Comunitário de Saúde. Seu objeto é a delimitação de espaços onde se concentram grupos populacionais homogêneos, de risco ou não, com vistas à identificação das necessidades de saúde das famílias residentes, programação e acompanhamento das ações destinadas à melhoria das suas condições de saúde.

A forma de viver e de trabalhar dessa população alude a fatores que podem favorecer ou comprometer o processo de saúde/doença, o que é nomeado de Determinantes Sociais de Saúde - DSS. A situação de saúde/doença de uma população se refere a condições agudas e condições crônicas, gerando um perfil de morbidade/mortalidade. A partir dos DSS e do perfil epidemiológico de uma população se organizam as redes de atenção à saúde, ordenadas a partir da Atenção Primária à Saúde - APS. A *Rede de Atenção à Saúde* refere-se ao conjunto de atividades com a finalidade de promover e acompanhar a saúde de uma população, ou seja, o fornecimento de bens e serviços na área de saúde, em especial os bens e serviços públicos, oferecidos pelo SUS, à medida que estes são de responsabilidade do Estado brasileiro.

O tripé - Determinantes Sociais da Saúde, Situação de saúde/doença e Rede

de Atenção à Saúde - constitui a base para se compreender a problemática de saúde de um determinado território. Uma análise situacional abrange essas três dimensões. Cada uma dessas entradas apresenta seus indicadores próprios, possibilitando assim, uma medida de tradução e de comparação desses aspectos entre várias regiões de saúde. Os indicadores dos DSS podem ser distribuídos por categorias, conforme classificação apresentada no Portal DSS (<http://dssbr.org/site>): indicadores demográficos (população por sexo, rural/urbano, por faixa etária, por etnia); indicadores socioeconômicos (escolaridade, ocupação, rendimentos); indicadores de condições de vida (domicílios com acesso à água, esgoto, coleta de lixo, energia elétrica); indicadores de estilo de vida (acesso a eletrodoméstico, religião, atividades no tempo livre, participação em grupos). Estes indicadores refletem as condições de vida e de trabalho da população, apontando para as possibilidades e riscos de maior incidência de doenças e/ou agravos e para as demandas específicas de atenção à saúde. Alguns processos podem ser destacados, a exemplo do envelhecimento da população e da urbanização em curso, reportando a se pensar consequências e desdobramentos.

Alguns indicadores da situação de saúde-doença são as taxas de mortalidade e de morbidade (discriminadas pelos diversos fatores), verificando-se uma situação de transição demográfica e consequentemente epidemiológica, com redução das condições agudas e aumento das condições crônicas de saúde/doença.

O risco é expresso como a probabilidade de lesões, doenças ou óbitos. Têm por pressuposto a possibilidade de prever determinadas situações ou eventos por meio do conhecimento dos parâmetros de uma distribuição de probabilidades de acontecimentos futuros.

A vulnerabilidade populacional ou populações vulneráveis relaciona-se a existência de grupos populacionais vulneráveis, de acordo com suas características em termos de status social, político e econômico, etnicidade, gênero, incapacidade, idade, etc., sendo isto derivado principalmente de variadas formas e níveis de exclusão social. Se expressa em uma maior fragilidade que determinadas populações, regiões e sociedades possuem para enfrentar situações ou eventos de riscos, sendo isto o resultado da maior precariedade e dificuldade em antecipar, sobreviver, resistir e recuperar-se dos impactos provenientes dos mesmos (Brasil, 2004).

A **vulnerabilidade** supera o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de “risco”, ao apontá-la como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doença ou agravos. Segundo Ayres (1999), a vulnerabilidade pode estar determinada pela exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram ao indivíduo, o recoloca na sua relação com o coletivo. O autor propõe que se considere o contexto como determinante da vulnerabilidade, que pode acarretar maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção das pessoas contra as enfermidades.

Os pontos que constituem a rede de atenção à saúde, com seus indicadores próprios, são: domicílios, unidade de saúde da família, Centro de Atenção Psicossocial, urgências/emergências, serviços de atenção especializada e hospitais, dentre outros, apontando também para a organização do processo de trabalho na atenção primária à saúde.

Por fim, cabe destacar que embora a família seja considerada como o sujeito

da atenção à saúde no Brasil, expressa no modelo de constituição da equipe da estratégia de saúde da família, é importante considerar a singularidade dos indivíduos que integram o grupo familiar. Assim, as crianças, os adolescentes e os idosos, bem como as mulheres e os homens têm suas problemáticas específicas que precisam ser observadas.

A discussão sobre territórios e suas possibilidades na perspectiva da organização dos serviços de saúde, buscam, ao fim e ao cabo, estabelecer áreas geográficas de responsabilidade e atuação das equipes de saúde. Isso significa desdobrar todo o processo de planejamento de suas atividades: diagnóstico, identificação e priorização dos problemas de saúde e programação, operacionalização e monitoramento das ações de saúde, indissociável ao processo de identificação do território e suas possibilidades. Na atualidade se incorporou a noção de risco, fundamental para o estabelecimento de prioridades de atuação da equipe de saúde.

Costa Marques (2007), ao discutir a vigilância e riscos na sociedade global, aponta que “as discussões sobre a categoria risco estão presentes atualmente em quase todas as áreas de conhecimento. Fala-se em risco na perspectiva econômica, social, política e, particularmente, na saúde pública. Esta discussão está subjacente a todos os modelos de análise e de organização das ações e programas com vistas à proteção e promoção da vida”. A formulação de políticas públicas é um passo importante para a institucionalização do controle dos riscos, já que não há possibilidade de excluí-lo da vida em sociedade. Se pensarmos nos riscos sanitários, esse debate se tornou praticamente o centro das discussões dentro do campo da saúde pública: a iminência constante de novos surtos de doenças, ou no retorno de doenças já eliminadas, a exposição a agentes químicos, a poluentes ambientais etc., elevam riscos nessa sociedade global cada vez mais complexa.

O princípio da precaução é outro conceito que deve servir de guia para a ação em vigilância, isto é, não deve-se priorizar a ação apenas pela ocorrência de doenças e desastres ou acidentes, mas antecipar esses eventos pelo reconhecimento anterior dos riscos e dos contextos “nocivos” à saúde.

As políticas de promoção da saúde, vigilância em saúde, saúde ambiental, saúde do idoso, da criança e da mulher, entre outras, são formas instituídas para tentar controlar os riscos aos quais as populações-alvo estão expostas, ou mesmo preveni-las e, ainda, orientá-las quanto a eles.

A qualificação da Integração entre as ações de Vigilância em Saúde (VS) e de Atenção Primária em Saúde

A atuação dos profissionais da APS é um espaço privilegiado para o exercício de práticas de Vigilância em Saúde.

Para melhorar o nível de saúde das pessoas de um território, as ações da APS e da VS devem apoiar-se mutuamente. A equipe da APS trabalha em meio e com a comunidade. Esta proximidade, tão importante na formação do vínculo que permite melhor coordenar o cuidado de cada indivíduo/família ao longo do tempo, também propicia posição privilegiada para identificação de fatores de risco à saúde. O olhar vigilante já está incorporado no cotidiano da equipe da APS, por exemplo, na

vacinação ou quando a mesma faz busca ativa de gestantes faltosas em consultas de pré-natal, acompanha um tratamento de tuberculose ou adota uma estratégia diferenciada no cuidado a uma família que se encontra em maior vulnerabilidade social.

O desafio é expandir este olhar vigilante e compartilhá-lo com os trabalhadores da VS do município, que precisam ser informados quando, por exemplo, ocorre um caso de violência interpessoal, identifica-se má qualidade da água para consumo humano ou a comercialização de produtos alimentícios, medicamentos e/ou produtos para saúde em más condições.

Da mesma forma, os trabalhadores da VS devem apoiar o trabalho das equipes da APS, já que o objetivo é o mesmo - melhorar o nível de saúde das pessoas do território. Assim, é importante que haja o compartilhamento com as equipes da APS, por exemplo, de informações acerca de quais doenças as pessoas têm adoecido e com que gravidade, qual a situação do controle do *Aedes aegypti*.

As atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias serão desempenhadas de forma integrada e complementar, com a incorporação gradativa dos Agentes de Endemias nas equipes da APS.

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 APS. Este é um conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde. Também previne riscos, agravos e reduz vulnerabilidades, intervindo positivamente sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade

Tem como diretrizes:

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

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

III – monitoramento e avaliação integrada;

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

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

Os gestores e as equipes de saúde devem definir claramente os papéis, competências e responsabilidades de cada um destes agentes, e de acordo com a realidade local, definindo de forma compartilhada os fluxos de trabalho.

É importante o uso de protocolos assistenciais que proponham ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, 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 (CONASS, 2016).

Como fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da



família?

Além de executar as ações citadas anteriormente e alimentar os sistemas de informações que são usados como base para o planejamento das vigilâncias, outra boa estratégia indutora é a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária junto às equipes de saúde da família, sendo agregadas ações como controle ambiental, endemias, zoonoses e controle de riscos e danos à saúde.

Cadastramento da população adstrita (Anexo I)

O cadastro é o primeiro passo para o conhecimento da realidade das famílias residentes na área de adscrição de sua responsabilidade. É importante que a equipe tenha em mente que este é um momento importante para o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a família. A meta sempre será de 100% das famílias de sua área de responsabilidade cadastradas.

Estabeleça uma fase preparatória para sua equipe conhecer o processo de cadastramento, tomar conhecimento dos seus objetivos, de sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde para a sua utilização na elaboração da programação das ações e das atividades a serem desenvolvidas no âmbito de seu território. Discuta a metodologia do cadastramento: definição de microáreas, os ACS responsáveis e cronograma de visitas.

Esclareça às lideranças locais o objetivo do cadastramento e a necessidade da colaboração para a entrada em áreas de difícil acesso.

Para realizar o cadastramento familiar, utilizar-se-ão os dados presentes nas Fichas de Cadastro do Sistema e-SUS Atenção Básica. Os dados das Fichas de Cadastro Domiciliar e Cadastro Individual deverão ser preenchidos pelos ACS, no domicílio das famílias.

É importante preencher todos os campos na ficha de cadastro, pois nela identificaremos o perfil de cada pessoa. Não devemos esquecer, por exemplo, de contemplar a identidade de raça e o nome pelo qual a pessoa quer ser chamada (contemplando a identidade de gênero). Ainda, dentro do território podem existir pessoas em situação de rua ou populações itinerantes. Estas pessoas devem estar contempladas na adscrição da clientela no território.

Para as equipes que já realizaram o cadastramento, mas percebem a necessidade de atualizar as informações em decorrência das mudanças no território (que como vimos até aqui, é dinâmico!).

LEITURA COMPLEMENTAR: Vigilância em Saúde na Atenção Básica¹

O que é Vigilância em Saúde?

A vigilância em saúde é entendida como “um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública

¹ Texto complementar sobre a temática. Se houver tempo ler presencialmente, do contrário leitura complementar durante a dispersão. Este conteúdo foi trabalhado na Atividade 3.

para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (Portaria GM/MS nº 1.378/2013).

As ações de Vigilância em Saúde abrangem e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para...

I - a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

II - a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;

III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis;

IV - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

V - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

VI - a vigilância da saúde do trabalhador;

VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e

VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade (Portaria GM/MS nº 1.378/2013).

As competências em cada Esfera de Gestão - União, Estado, Municípios e Distrito Federal - são descritas na Portaria nº GM/MS 1.378/2013 (BRASIL, 2013).

Como o Rio Grande do Sul está organizado para desenvolver as práticas e processos de trabalho descritas acima?

O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) coordena o sistema de Vigilância em Saúde no âmbito estadual, sendo responsável por articular o assessoramento técnico prestado aos municípios pelos Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS), das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) para a descentralização das atividades (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Nos municípios, a Vigilância em Saúde está organizada por meio das vigilâncias municipais em saúde, as quais coordenam e executam as ações locais de vigilância.

Quais são os componentes da Vigilância em Saúde? Quais suas práticas e processos de trabalho?

- ✓ Vigilância Ambiental
- ✓ Vigilância Epidemiológica
- ✓ Vigilância Sanitária
- ✓ Vigilância da Saúde do Trabalhador

IMPORTANTE: As práticas e processos de trabalho da Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a

Vigilância Epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é conceituada, na Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, como: “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990).

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde, que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos, tornando disponíveis, para esse fim, informações atualizadas sobre a ocorrência e fatores que a condicionam, numa área geográfica ou população definida. A vigilância epidemiológica constitui-se em importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas.

A vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e efetividade. São funções da vigilância epidemiológica:

- coleta de dados;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

As competências de cada um dos níveis do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis (BRASIL, 2009b).

Com o desenvolvimento do SUS, os sistemas municipais de vigilância epidemiológica vêm sendo dotados de autonomia técnico-gerencial e ampliando o enfoque, para além dos problemas definidos como de prioridade nacional, que inclui os problemas de saúde mais importantes de suas respectivas áreas de abrangência.

Vigilância Ambiental

Entende-se a Vigilância em Saúde Ambiental como o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e

controle dos riscos e das doenças ou agravos, em especial as relativas a vetores, reservatórios e hospedeiros, animais peçonhentos, qualidade da água destinada ao consumo humano, qualidade do ar, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

As grandes transformações sociais, ocorridas no último século, associadas ao crescimento populacional e a urbanização, têm como consequência a expansão da pobreza, a utilização desorganizada dos recursos ambientais e sua decorrente degradação, colocando as comunidades humanas frente a riscos de novas doenças, além de permitir, concomitantemente, o recrudescimento de doenças já controladas.

A relação existente entre o ambiente e a situação de saúde da população diz respeito a todos os elementos que, direta ou indiretamente, afetam a saúde (exposição a substâncias químicas, agentes biológicos, condicionantes sociais, eventos climáticos extremos), além dos relacionados diretamente ao nível de desenvolvimento econômico dos países. A implantação da Vigilância em Saúde Ambiental, como um novo modelo de atenção, proporciona um avanço fundamental nas ações de promoção e proteção à saúde da população, necessariamente com caráter multidisciplinar e interinstitucional, considerando-se a impossibilidade de realizar atividades de vigilância e controle de riscos ambientais para a saúde humana, sem uma avaliação conjunta de informações dos diversos setores envolvidos, como o ambiente e saneamento ambiental, em um determinado território.

Como principais objetivos da Vigilância Ambiental, destacam-se:

- Produzir, integrar, processar e interpretar informações (intra e extramuros), visando qualificar o planejamento e a execução de ações relativas às atividades de promoção, de prevenção e controle de doenças relacionadas ao meio ambiente;
- Identificar os principais riscos prováveis ou existentes, bem como divulgar as informações referentes aos fatores ambientais que condicionam e determinam o surgimento de doenças e/ou agravos à saúde;
- Identificar os principais aspectos, procedimentos, ações e atribuições relacionadas à vigilância ambiental em saúde, nas diversas instâncias de competência;
- Intervir com ações diretas de responsabilidade, com vistas a eliminar os principais fatores ambientais de riscos à saúde humana;
- Promover, junto aos órgãos afins, ações de proteção da saúde humana relacionadas ao controle e recuperação de meio ambiente;
- Conhecer e estimular a necessária interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, visando ao fortalecimento da participação das instituições afins na promoção da saúde e na qualidade de vida (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Vigilância Sanitária

Vigilância Sanitária é conceituada, na Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, como: “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde" (BRASIL, 1990).

De acordo com a definição de vigilância sanitária citada, pode-se observar que está sob responsabilidade dessa área um amplo conjunto de atribuições. Desenvolver essas ações é um desafio que precisa ser enfrentado pelas três esferas de governo. Para que isso ocorra de forma harmônica e efetiva, deve-se estabelecer uma relação dialógica, sobre uma base solidária e cooperativa, para definir, considerando os princípios da descentralização e da integralidade, uma divisão racional de atribuições e competências que possibilite o bom desempenho do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e, desse modo, assegurar aos cidadãos o direito de usufruir bens, produtos, serviços e de ambientes saudáveis. Cabe ao Estado o papel de articulador desse processo para que se avance na estruturação da vigilância sanitária em todos os municípios e regiões, observando suas especificidades, mas ao mesmo tempo garantindo o desenvolvimento sanitário em todo o seu território.

Vale frisar que a estruturação da vigilância sanitária de forma integral, ou seja, com capacidade para desenvolver todas as ações necessárias para o cumprimento de sua missão, é fundamental para promover o desenvolvimento econômico, a qualidade de vida da população e o próprio SUS, em que se insere. Com a utilização de seu instrumental de ação – normas, roteiros de inspeção, materiais e atividades educativas – é possível qualificar melhor os fornecedores, as licitações para compra de insumos, produtos e serviços, apoiar as áreas de auditoria, controle e avaliação para aprimorar o processo de credenciamento e supervisão de serviços. Pode-se também melhorar a qualidade do parque produtivo e da mão de obra, em função do apoio à incorporação de novas tecnologias, de técnicas gerenciais modernas em consonância com as normas nacionais e internacionais.

O desenvolvimento de ações educativas voltadas para os diversos segmentos de trabalhadores também pode resultar em grandes avanços na qualidade dos produtos e serviços oferecidos à população. Orientações acerca da manipulação de alimentos, esterilização de materiais, manipulação de medicamentos, guarda de produtos potencialmente tóxicos, saneantes, agrotóxicos, entre outros, e controle da qualidade da água em estabelecimentos de saúde podem evitar muitos dos problemas e desperdícios observados em diversos processos produtivos.

De acordo com o disposto na Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999 (Brasil, 1999) que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cabe à vigilância sanitária desenvolver um conjunto de ações relacionadas aos seguintes bens, produtos e serviços:

- ✓ alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;
- ✓ medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;
- ✓ cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes;
- ✓ saneantes destinados à higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos;
- ✓ conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico;
- ✓ equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos, hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem;

- ✓ imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados;
- ✓ órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições;
- ✓ radioisótopos para uso diagnóstico in vivo, radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia;
- ✓ cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco;
- ✓ quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação;
- ✓ serviços voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias;
- ✓ serviços de interesse da saúde, como: creches, asilos para idosos, presídios, cemitérios, salões de beleza, cantinas e refeitórios escolares, academia de ginástica, clubes etc.;
- ✓ as instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases de seus processos de produção dos bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos(RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Vigilância da Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador é conceituada, na Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, como: "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:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - 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;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo

de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores" (BRASIL, 1990).

É importante lembrar que o processo da industrialização brasileira se deu de forma tardia e ao mesmo tempo acelerada, permitindo que, na atualidade, conviva-se com a existência de ambientes e condições de trabalho que variam desde os cenários mais tecnológicos às condições mais rudimentares de trabalho, inclusive com a existência de trabalho escravo e infantil.

Todo esse processo modifica de forma significativa o ambiente, as condições e a organização do trabalho, interferindo no processo saúde/doença dos trabalhadores.

Ressalta-se que a vida no ambiente de trabalho e fora do ambiente de trabalho, ou seja, os espaços da produção e do consumo estão de tal forma interligados que não é possível separá-los e, assim, eles se auto influenciam. As condições nas quais o trabalho é realizado podem atuar tanto na melhoria das habilidades humanas - oferecendo melhor qualidade de vida e saúde - quanto provocando o adoecer, o agravamento do adoecer e até mesmo diminuindo os anos potenciais de vida dos trabalhadores.

Soma-se a isso a relação entre diversos processos produtivos e o meio ambiente, acarretando problemas de saúde para as populações em geral. Podem-se citar como exemplos a agricultura, que acarreta contaminação ambiental (solo, água e ar) por agrotóxicos, as indústrias siderúrgicas, que têm provocado intensa poluição do ar, acarretando inúmeros problemas respiratórios para as populações circunvizinhas (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

A alteração no perfil da morbimortalidade dos trabalhadores brasileiros, inseridos no mercado formal ou informal de trabalho, tem sido um alerta para a gravidade do problema. Essa preocupação está presente para pesquisadores desde 1880, quando foram elaborados os primeiros estudos a respeito do tema, que versavam sobre a intoxicação crônica por chumbo em trabalhadores (MENDES, 1980). Observa-se aumento nos acidentes do trabalho, na prevalência de doenças profissionais ou do trabalho, no número de afastamentos, nas aposentadorias por invalidez, no absenteísmo, nos sofrimentos mentais e psicológicos - quer sejam diretamente nos trabalhadores, quer nas suas relações sociais e familiares.

Se quisermos entender e intervir no processo saúde/doença das populações, o trabalho e as condições de trabalho constituem-se em elementos de referência centrais.

MATRIZ 1: Territorialização e Vigilância em Saúde na Atenção Básica				
1	Quais ações são ou devem ser compartilhadas entre a APS e a Vigilância em Saúde?	Cite 3 exemplos.		
2	A equipe conhece o fluxo de notificação no SINAN e acessa informações de outros sistemas da vigilância, tais como: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SIPNI, Sistema de Informação da Vigilância da Qualidade da Água de Consumo Humano – SISÁGUA, Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador - SIST, FORMSUS-PNEM)?	Sim	Não	Como são utilizadas as informações?
3	Há processos de formação e educação permanente, compartilhados pela APS e VS, para fomentar ações de promoção e proteção da saúde?	Sim	Não	O que pode facilitar este processo? Quais temas são relevantes?
4	A APS e a VS realizam análise da situação de saúde, planejamento e monitoramento de forma permanente e articulada?	Sim	Não	Como facilitar a integração do processo de trabalho?

MATRIZ 2: Territorialização e Cadastramento				
1	A equipe atualiza regularmente os dados do território? (população adscrita, indicadores, recursos da comunidade, da rede de serviços públicos e não-governamentais, expansão do território, etc...).	Sim	Não	Barreiras e facilitadores:
2	Como as Equipes têm feito a Territorialização das áreas adscritas?	Descreva os recursos utilizados e cite as dificuldades enfrentadas.		
3	As áreas de risco já estão identificadas no território da sua equipe (mapeamento de risco)? Quais as principais condições de risco e vulnerabilidade que estão presentes no território da sua Equipe?	Sim	Não	Cite ao menos cinco.
4	Sua equipe consegue exemplificar ações desenvolvidas que reduzam os riscos identificados no território?	Sim	Não	Cite ao menos 3 ações.

REFERÊNCIAS

AYRES JRCM, FRANÇA JUNIOR I. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. P. 50-71.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> Acesso em: 25 mar. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.782**, de 26 de jan. de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782.htm> Acesso em: 25 mar. 2017.).

BRASIL. Ministério da saúde. **Curso Básico de Vigilância Ambiental em Saúde**. Nov. 2004. Brasília – DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378**, de 09 de jul. de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária³. Disponível em: <<file:///C:/Users/ses12905950/Downloads/portaria%20n%201378%202013%20-%20regulamenta%20as%20responsabilidades%20e%20define%20diretrizes%20para%20execuo%20e%20financiamento%20das%20aes%20de%20vigilancia%20em%20sade.pdf>> Acesso em: 25 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 195 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM nº. 1378**, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Teixeira, Carmem Fontes, Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz. Doc Preliminar. **Diretrizes Para A Integração Entre a APS e Vigilância Em Saúde**. Mimeo Brasília. 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS – Progestores**. Brasília: CONASS, 2003.

CONASS. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde em Goiás**. Guia do facilitador. Goiás, agosto, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/public/media/hbGDmZleSICqZ7/12081861668616210106.pdf>>.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde – Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**, 6, I. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde – Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**, 6, II. Brasília: CONASS, 2007.

ESPMG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Redes de Atenção à Saúde. **Oficina 3**

– **diagnóstico local**. Guia do Tutor/Facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.

ESPMG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte - Oficina 9: Vigilância em Saúde**. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde / Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

MARQUES, M. C. C. Um novo olhar sobre o território. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007. (mimeo.)

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distritos Sanitários**: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993.

MENDES, R. (Org.). **Medicina do Trabalho – Doenças Profissionais**. São Paulo – São Paulo: Ed. Sarvier, 1980, 573 p.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MORAES, A. C. R. **Território na Geografia de Milton Santos**. São Paulo: Annablume, 2013. 126p.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 44.050**, de 5 de outubro de 2005. Aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/Legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=49010&Hid_IDNorma=49010>. Acesso em: 25 mar. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde**: informações para os secretários municipais, 2. ed. revisada. e ampliada - Porto Alegre, 2013.

SILVEIRA, M. L. e SANTOS, M. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Saúde. In: **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (E. V. Mendes, Org.), p. 221-236, São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

UNGLERT, C. V. S. **Vigilância sanitária e riscos sanitários na sociedade global**. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007.

CASO 1: O caso da gestante com suspeita de doença relacionada a *Aedes aegypti*

Daiana é moradora de um município da região metropolitana de Porto Alegre, mora com sua família em um bairro de periferia que aos poucos foi incorporado ao perímetro urbano, próximo a um posto de gasolina ligado a rodovia federal via de acesso a caminhões e carros de diversas regiões. O bairro teve um crescimento desordenado e sem planejamento, até então com algumas deficiências sanitárias e de infra-estrutura básicas. As casas distam entorno de 10 metros uma das outras, e apesar de existir coleta de lixo duas vezes por semana, uma das atividades de subsistência dos moradores é a coleta e separação domiciliar de lixo para reciclagem, o que gera muitos resíduos. Encontram-se animais domésticos como gatos e cães e algumas criações de galinhas, cavalos e porcos. A estrutura das casas são semelhantes misturando alvenaria e madeira, com alguns anexos no pátio (alpendres, pequenos galpões, galinheiros, casas de animais domésticos), encontram-se separadas umas das outras por tapumes e cercas de arame. A casa de Daiana tem 4 cômodos distribuídos em 60 m².

Daiana tinha 21 anos, descobriu que estava grávida há 1 mês e há dois dias vinha sentindo dores de cabeça, no corpo e nas articulações, febre de 38° e enjoos. Catarina, enfermeira da Unidade, ficou atenta quando Daiana disse que estava grávida e que tinha viajado para visitar a família do marido que mora em Recife, tendo retornado de viagem há uma semana. Tinha lido recentemente um material sobre Zika Vírus e vinha acompanhando as notícias na imprensa sobre o aumento de casos de microcefalia em Pernambuco nos bebês nascidos de mães que contraíram esse Vírus durante a gestação. Ainda não tinha ocorrido, no entanto, nenhum informe da vigilância do município ou boletim epidemiológico sobre casos suspeitos, então pensou se seria possível que esses sintomas fossem de Zika. Levantou a hipótese de que pudessem ser também Dengue ou Chikungunya.

No exame físico, observou a presença de exantema (manchas vermelhas no corpo), que é um sintoma que pode estar presente tanto na Dengue, quanto em casos de Zika Vírus e também Chikungunya. A enfermeira Catarina questionou Daiana se tinha muitos mosquitos na sua casa e se eles picavam durante o dia ou à noite. Ela disse que sim, e que tinha impressão que era pior cedinho pela manhã. Chamou o médico da Unidade, Ronaldo, para compartilhar o caso.

Depois de trocarem idéias, Ronaldo e a enfermeira Catarina concluíram que possivelmente seria necessário coletar uma amostra de sangue (já que Daiana estava na fase aguda da doença) e o mais adequado seria preencher a ficha de notificação do caso suspeito no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Como nunca tinham atendido um caso assim antes, e tinham dúvidas – inclusive de qual doença notificar - resolveram primeiro ligar para a vigilância epidemiológica do município para avisar sobre a suspeita e esclarecer suas dúvidas. No exame físico, realizaram a prova do laço, que deu negativa. Preocuparam-se também em tentar tranquilizar Daiana, que a essa altura do campeonato já estava ansiosa com essa conversa de Zika e Dengue, ainda mais que estava grávida.

Médico Ronaldo: “Fica tranquila Daiana. Nós vamos fazer assim: precisamos coletar uma amostra de sangue e encaminhar ao laboratório para tentarmos descobrir se tu tens realmente um desses três vírus. Enquanto isso, vamos te

medicar para você se sentir melhor desses sintomas, vamos te hidratar bem e te acompanhar de perto nos próximos dias”.

Daiana: “Ronaldo, mas e se eu estiver com o Zika? E meu bebê? Pode estar com microcefalia?”

Médico Ronaldo: Entendo a sua preocupação, Daiana. Provavelmente você está mesmo com um vírus, mas não temos como ter certeza neste momento qual é. De qualquer forma, o tratamento é dos sintomas, ou seja, não existe nenhum tratamento específico que cure o vírus na hora ou que faça com que a infecção termine antes. Com hidratação, repouso e os analgésicos que vamos te prescrever, tu vais te sentir melhor dentro de alguns dias. Quanto ao teu bebê, se tu estiveres com Dengue ou Chikungunya, não existe risco aumentado de malformações. Quanto ao Zika, ainda precisamos saber muito sobre essa doença, especialmente na gestação. Sabemos que pode haver uma associação entre a infecção por Zika na gestação e malformações de bebês, mas ainda não temos plena certeza da intensidade e frequência com que isso ocorre. Portanto, mesmo que seja Zika, pode ser que não aconteça nada com o teu bebê, mas vai ser necessário um acompanhamento mais de perto do teu pré-natal através de exames de sangue e ecografias para termos certeza de que tudo está correndo bem.

Enfermeira Catarina: “Durante toda a gestação, é importante você se proteger das picadas usando repelentes e também roupas claras e compridas, mosquiteiros ao deitar e/ou telas nas janelas. Você sabe como são transmitidas as doenças: Zika, Chikungunya e Dengue, Daiana?”

Daiana: “na verdade não sei direito. Passa de uma pessoa para a outra, né?”

Enfermeira Catarina: É através do mosquito *Aedes aegypti*. Se ele picar alguém que está doente (como você, neste momento) e depois picar alguém sadio, ele pode passar o vírus. Mas isso não acontece no mesmo momento, é necessário um período médio de 8 dias depois de picar alguém doente para que o mosquito seja capaz de infectar outra pessoa.

E Catarina completou: “E é muito importante que você cuide da sua casa e dos seus familiares também. Como você está fazendo para evitar os mosquitos? Está cuidando dos vasos de planta para não acumular água? Seu pátio tem objetos que possam estar com água parada, como potes ou pneus?”

Daiana: “sim, pois é... teve um moço lá em casa esses tempos, parece que é agente de endemias. Ele deu uma olhada geral e chamou a atenção da gente que tinha que fazer uma limpeza no pátio. Mas sabe como é... A gente foi deixando pra depois e aí esqueceu”.

Ao entrar em contato com a vigilância epidemiológica do município para avisar sobre a suspeita e esclarecer as dúvidas sobre quais os próximos procedimentos a serem seguidos neste caso, Catarina ficou muito surpresa ao ser informada que a vigilância em saúde vinha fazendo um acompanhamento de perto e várias intervenções naquela área, que tinha um índice de infestação predial do mosquito *Aedes aegypti* muito alto. Perguntou como nunca tinha ficado sabendo disso, sendo da equipe de saúde da família que atua naquele território. Ela nem mesmo conhecia o ACE que atuava ali.

Depois que desligou o telefone, ficou pensando também que, se isso acontecia com ela que era de uma equipe de saúde da família, imagine com a Unidade Básica de Saúde, que não contava com Agentes Comunitários de Saúde

(ACS). Refletiu sobre o que era importante fazer a partir de agora. Eles não poderiam perder a usuária de vista. Pensou também na comunidade. Será que os ACS da equipe estavam observando possíveis focos nos domicílios? Será que eles e outros membros da equipe sabiam identificar os sintomas de Dengue, Chikungunya e Zika? Decidiu reservar uma reunião de equipe para trocarem idéias, não somente para alinharem dentro da equipe essas informações, mas também para pensarem juntos em estratégias para divulgar tudo isso para a população para prevenir as doenças. Era preciso também revisar novamente todo o posto de saúde. Já pensou se tem *Aedes aegypti* aqui no posto? Catarina logo se lembrou dos outros atendimentos que a aguardavam... E voltou para o acolhimento pensando: “Bah! Que segunda-feira, hein?!”

Após ler o caso, vamos refletir?

- Vocês conhecem os Agentes Comunitários de Endemias da sua área?
- As equipes conhecem os determinantes ambientais (saneamento básico) do processo saúde-doença de seu território?
- É claro para a equipe os motivos que levam a infestação de seu território pelo *Aedes*?
- Como se dão dos processos de trabalho da equipe focados em educação permanente?
- Como se dá a educação em saúde de forma continuada junto à comunidade? Há a participação da população nesses processos desde a tomada de decisão até a execução de ações no território?
- Como seria se hoje esse caso chegasse para atendimento na sua equipe? Qual os fluxos instituídos para casos como esses e que ações deverão ser desencadeadas junto à vigilância epidemiológica e a entomológica. O que fazer imediatamente?
- A comunicação entre as equipes de APS e a vigilância é frequente?
- Quais as funções de cada ponto da rede de atenção no atendimento de casos de Dengue e Chikungunya?

SUGESTÕES DE AÇÕES DE EMERGÊNCIA EPIDEMIOLÓGICA RELACIONADA AO AEDES			
Ações	Atende	Não atende – Qual o motivo?	Como resolver? (plano de ação)
1. Mobilização da comunidade com divulgação das características das doenças e formas de controle do mosquito <i>Aedes</i>			
2. Mapeamento e controle dos focos de <i>Aedes</i> no território (domicílios e terrenos baldios).			
3. Integração entre ACS e ACE (compartilhamento semanal de informações sobre o território, focos e casos suspeitos)			
4. Notificação dos casos suspeitos para vigilância municipal.			
5. Revisão recente de protocolos e manuais do MS que subsidiam a prevenção, o diagnóstico e tratamento adequado de Dengue, Zika Vírus e Chikungunya.			
6. O acolhimento ocorre em tempo oportuno? A agenda está organizada para atender às demandas espontâneas e urgências na APS)?			

7. Acompanhamento dos casos (agenda capaz de encaixar retornos para acompanhamento de condições agudas como Dengue por exemplo)			
8. Há busca ativa (possibilidade de a equipe realizar monitoramento dos casos que não retornarem espontaneamente e realizar busca ativa)?			
9. Há busca ativa de grupos de risco (gestantes, acamados...)? População que não buscou a Unidade.			
10. Retaguarda clínica – capacidade instalada na Unidade e/ou na rede de coletar e ter resultados de exames laboratoriais com brevidade			
11. Capacidade para realização de reidratação endovenosa na própria UBS, caso necessário.			
12. Orientação adequada dos usuários para procura de outro serviço de referência nos horários em que a UBS encontra-se fechada			
13. Tem acesso à informações sobre sua população, diagnosticados em outros serviços de saúde.			

Tarefa das Equipes

Utilizando o recurso de mapeamento (ex. do Google Maps), localizar no mapa:

1. Área e microárea da equipe
2. Recursos comunitários (ex: igrejas, centros comunitários, clube de mães, associação de moradores, praças e outros espaços de convivência como clubes e quadras de esportes, etc)
3. Pontos de atenção da rede de saúde – hospitais, residenciais terapêuticos, CAPS, etc...
4. Serviços de outros setores governamentais (subprefeitura, escola, CRAS/CREAS, etc) e não governamentais (ONG)
5. Fatores que influenciam no adoecimento das pessoas (esgoto a céu aberto, fábricas emissoras de poluentes, áreas com risco de desabamento, áreas com concentração de lixo)
6. Focos conhecidos de *Aedes aegypti*;

Ao fim desse exercício, problematizar com a Equipe quais as principais vulnerabilidades no território.



Tarefa dos ACE, ACS e visitantes do PIM:

1. Inscrever-se para o Curso EAD de Combate ao *Aedes Aegypti* e Doenças Correlacionadas, com carga horária de 22 horas, auto-instrucional, na modalidade Educação a Distância (EAD). O curso está disponibilizado para todos os 300.000 ACS do país, além de ACEs, e militares. No estado, será

disponibilizado também para os visitantes do PIM. O curso aborda aspectos gerais e práticas de combate ao mosquito *Aedes aegypti*. Visa desenvolver ou aprofundar conhecimentos e habilidades nos alunos para identificação e enfrentamento do mosquito e para a divulgação de informações e orientações aos usuários durante trabalho de campo e visitas domiciliares.

2. Realizar visita domiciliar em todos os domicílios de sua microárea, localizando focos de *Aedes aegypti*, segundo o Plano de Ação

Inscrições:

Plataforma Moodle TelessaúdeRS/UFRGS:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/cursos-inscricoes/inscricoes.php>

<https://moodle.telessauders.ufrgs.br/login/signup.php>

Dúvidas e informações sobre o curso:

Site: www.telessadufrgs.br

Telefone: (51) 3308-2098

E-mail: ead@telessauders.ufrgs.br

ENCERRAMENTO

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Guia de Bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 8ª edição revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica – nº 21**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. 2ª edição revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Dengue: manual de enfermagem – Adulto e Criança**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 2ª edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2013

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

Tarefa da Gestão

1. Estabelecer um plano de ação para o diagnóstico da Atenção Básica de seu município, trabalhando com o conceito de território e adscrição de clientela. Para tanto, é necessário o levantamento dos seguintes dados:

- Processo de trabalho:

Objetivos: mapeamento e análise (atenção, gestor: considerar realocar pessoal e/ou substituir conforme necessidade/produção/cumprimento das tarefas).

- Total de população cadastrada e cobertura de AB municipal;
- Total de população adscrita demarcada por unidade básica a partir da territorialização (processo de diagnóstico de demanda populacional e social, com divisão a partir de distritos sanitários/regiões administrativas, regiões compartilhadas entre as comunidades);
- Total de pessoal na gestão da APS/AB (cargos, salários, carga horária, vínculos - consórcio, servidores, quantos estão cedidos, PMM, DE, insalubridade, outros);
- Total de unidades básicas com seus devidos recursos (equipamentos, salas, medicamentos) catalogados;
- Modelo de atenção de cada unidade básica (ESF/UBS);
- Grau de vulnerabilidade física e social de cada unidade básica a partir da territorialização;
- Rede de atenção à saúde disponível:
 - Hospitais (públicos e privados)
 - UPAs ou unidades de pronto-atendimento/ambulatório
 - NASF (profissionais, carga horária, salários, benefícios);
 - CAPS;
 - Transporte (veículos rápidos, ambulância, SAMU);
 - Exames laboratoriais e de imagem disponíveis para a atenção básica (e sua análise de qualidade), bem como a análise de seus contratos junto aos prestadores (estado);
 - Educação em saúde (residência médica e residência multiprofissional).
- Identificação das fragilidades e excessos:
 - Recursos humanos;
 - Infra-estrutura (salas, computadores, telefones, equipamentos)
- Levantamento da utilização do Telessaúde pelas suas unidades.

ANEXO I

e-SUS

Atenção Básica

CADASTRO DOMICILIAR

DIGITADO POR:

DATA: / /

CONFERIDO:

FOLHA:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*

Cód. CNES UNIDADE*

Cód. EQUIPE (INE)*

MICROÁREA

DATA:*

ENDEREÇO / LOCAL DE PERMANÊNCIA

TIPO DE LOGRADOURO:

NOME DO LOGRADOURO:*

Nº:*

COMPLEMENTO:

BAIRRO:*

MUNICÍPIO:*

UF:*

CEP:*

TELEFONES PARA CONTATO

TELEFONE RESIDENCIAL: ()

TELEFONE DE REFERÊNCIA: ()

CONDIÇÕES DE MORADIA

SITUAÇÃO DE MORADIA / POSSE DA TERRA*

LOCALIZAÇÃO*

☐ Próprio
☐ Financiados
☐ Alugado
☐ Arrendado
☐ Cedido
☐ Ocupação
☐ Situação de Rua
☐ Outra

☐ Urbana
☐ Rural

TIPO DE DOMICÍLIO

☐ Casa
☐ Apartamento
☐ Cômodo
☐ Outro

EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra

☐ Proprietário
☐ Parceiro(a) / Meiro(a)
☐ Assentado(a)
☐ Posseiro
☐ Arrendatário(a)
☐ Comodatário(a)
☐ Beneficiário(a) do Banco da Terra
☐ Não se aplica

Nº de Moradores: _____

Nº de Cômodos: _____

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO

☐ Pavimento
☐ Chão Batido
☐ Fluvial
☐ Outro

MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO

Alvenaria/Tijolo:

Taipa:

Outros:

☐ Com Revestimento
☐ Com Revestimento
☐ Madeira Aparelhada
☐ Palha
☐ Sem Revestimento
☐ Sem Revestimento
☐ Material Aproveitado
☐ Outro Material

Disponibilidade de Energia Elétrica? ☐ Sim ☐ Não

ABASTECIMENTO DE ÁGUA

☐ Rede Encanada até o Domicílio
☐ Poço / Nascente no Domicílio
☐ Cisterna
☐ Carro Pipa
☐ Outro

TRATAMENTO DE ÁGUA NO DOMICÍLIO

☐ Filtração
☐ Fervura
☐ Cloração
☐ Sem Tratamento

FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO

☐ Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial
☐ Fossa Séptica
☐ Fossa Rudimentar
☐ Direto para um Rio, Lago ou Mar
☐ Céu Aberto
☐ Outra Forma

DESTINO DO LIXO

☐ Coletado
☐ Queimado/ Enterrado
☐ Céu Aberto
☐ Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?

☐ Sim
☐ Não

QUAL(IS)?

☐ Gato
☐ Cachorro
☐ Pássaro
☐ De Criação (porco, galinha...)
☐ Outros

Quantos: _____

FAMÍLIAS

Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 + ¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 + ¼ ½ 1 2 3 4 +			☐
		/ /	¼ ½ 1 2 3 4 + ¼ ½ 1 2 3 4 +			☐

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.

Assinatura

Legenda: ☐ Opção de Múltipla Escolha ☐ Opção de Única Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

CD/SUS AB v 1.1

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.