



Pós-Graduação em

Atenção Básica em Saúde da Família

Integralidade na Atenção à Saúde

2ª Edição

Organizadores:

Adélia Delfina da Motta S. Correia
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira



Integralidade na Atenção à Saúde

2ª Edição

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 16/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar Cêzar Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Sílvia Helena Mendonça de Soares
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

I61 Integralidade na atenção à saúde / organizadores, Adélia Delfina da Motta S. Correia...[et al.]-- 2. ed. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
179 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-331-5
Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Política de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Família – Saúde e higiene. I. Correia, Adélia Delfina da Motta S. II. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal.

CDD (22) 362.1



Integralidade na Atenção à Saúde

2ª Edição

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Adélia Delfina da Motta S. Correia
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculessandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alinutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

O Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade EAD, apresenta a Estratégia de Saúde da Família - ESF como um salto conceitual genuíno, uma transição paradigmática que vem se constituindo em grande desafio para trabalhadores, pensadores e gestores do Sistema Único de Saúde - SUS. Desta forma, assumir que a estratégia está na fronteira do conhecimento, por si só tem sido motivo suficiente para impulsionar o processo de trabalho que se materializa neste curso.

Com o objetivo de formar profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas integrantes das Equipes de Saúde da Família, o curso - que tem seu sistema instrucional baseado na Educação à Distância - é organizado por meio de um conjunto de cadernos, apresentados em diferentes mídias, utilizando ferramentas interativas. Nesse contexto, este Caderno de Estudo, tem o objetivo específico de estimular a reflexão e as práticas de planejamento, monitoramento e avaliação, a fim de auxiliar as equipes/alunos na organização da demanda de trabalho utilizando métodos de planejamento.

O Pacto de Gestão foi um importante fomento para que o SUS buscasse rever e avançar na sistematização de seus processos de Planejamento. Os últimos anos foram marcados por importantes avanços no setor, incentivando o debate metodológico e a estruturação de setores de planejamento nas Secretarias Municipais e Secretarias de Estado de Saúde. Todo esse movimento tem reafirmado a necessidade da utilização de métodos de planejamento que auxiliem desde a identificação dos problemas de saúde prioritários, até a escolha dos caminhos a serem percorridos para o seu enfrentamento.

Por isso neste módulo trazemos a proposta de discutir sobre o processo de planejamento no SUS e a sua importância para a reorganização do trabalho da Equipe de Saúde da Família e o fortalecimento da sua capacidade de atuar com foco na resolubilidade, integralidade e redução de iniquidades.

Colegiado Gestor

Em seus 22 anos de existência o Sistema Único de Saúde (SUS) obteve muitas conquistas. Motivo de orgulho para aqueles que participaram de sua criação e que defendem seu fortalecimento.

Desde as históricas mobilizações em defesa da Reforma Sanitária, ocorridas no final dos anos 70 e durante a década de 80 do século passado, muitas vitórias foram obtidas. Nesse período, foram incluídas dezenas de milhões de pessoas até então excluídas da rede principal de atenção à saúde e que eram chamadas de “indigentes” - indignos de ser gente, ou seja, sem cidadania plena. Tornou-se o maior projeto de inclusão social até então implantado no Brasil.

O SUS também formulou e implantou políticas de saúde que são referências em nível mundial. Como os “Programas” contra o tabagismo, de prevenção das DST/AIDS e o de imunizações, dentre outros, além de criar e consolidar a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, composta pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde; na atualidade é um dos sistemas de saúde mais amplos em todo o mundo com ações que vão do pré-natal até transplantes de alta complexidade.

Não se pode negar, no entanto, que o SUS ainda é um Sistema em construção, exigindo daqueles que nele acreditam muita paciência, persistência, tolerância e porque não dizer generosidade frente às incompreensões e críticas, muitas vezes injustas, que por vezes são difundidas pelos meios de comunicação. Também devemos cultivar a humildade para poder admitir as limitações ainda existentes no SUS, pois, caso contrário, corremos o risco de nos transformar em uma seita de defensores acrílicos de um projeto que, por mais generoso e avançado que seja sempre apresentará limitações.

Afinal estamos inseridos em um “Sistema maior” que é, em sua essência, desigual e injusto. Cabe salientar que as doenças e agravos que sobrecarregam o Sistema e cuja (des)atenção gera as críticas acima referidas tem, em sua maioria,

origem multifatorial e são produtos dos chamados determinantes sociais do processo saúde-doença. É fato que o impacto maior recai sobre o SUS, no entanto, as soluções quase sempre estão fora da governabilidade do Sistema de Saúde sendo necessárias ações intersetoriais e políticas públicas amplas, consistentes e de longo prazo para que a situação seja melhorada.

Por outro lado, não se pode negar que o modelo de compreensão da gênese do processo saúde-doença ainda é hegemonicamente “biologicista”, “unifatorial”, contribuindo para a persistência de um modelo de atenção voltado para a cura e não para a promoção e a prevenção, centrado na rede hospitalar e não nas redes de atenção primária e de ambulatórios especializados. Muitas vezes, devemos acrescentar a essa compreensão equivocada do processo saúde-doença o desconhecimento das mudanças no perfil demográfico e social nas últimas décadas. Fatos que têm gerado profundas alterações no perfil epidemiológico de morbimortalidade da população brasileira.

O aumento da expectativa de vida tem feito com que, cada vez mais, um conjunto de pessoas passe a necessitar de uma linha de cuidados permanentes e não apenas do atendimento pontual em busca de um diagnóstico e tratamento por um enfermeiro, médico, psicólogo ou odontólogo por exemplo. Outro exemplo marcante de impacto sobre o Sistema de Saúde vem dos acidentes de trânsito que, lamentavelmente, ainda continuam na esfera da segurança pública e não da saúde pública; a abertura de novos leitos de terapia intensiva somente alcançará os resultados esperados se houver a implantação concomitante de uma profunda política de promoção e prevenção, além de um novo projeto que apresente alternativas viáveis e consistentes para a mobilidade urbana desse início de milênio.

Nesse contexto, o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família se apresenta como um caminho a ser trilhado por todos aqueles que acreditam no SUS. Reconhecemos que muitas das dificuldades são oriundas da carência de recursos

humanos formados dentro dessa “nova” concepção do processo saúde-doença, já que, até bem pouco tempo, poucas foram as iniciativas no sentido de formar e qualificar em larga escala ostrabalhadores já inseridos nessa Estratégia.

Graças a uma ampla parceria entre Instituições de Saúde e Ensino de Mato Grosso do Sul, com o apoio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde foi possível criar essa oportunidade ímpar para a formação e qualificação dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em nosso Estado.

Por isso, devemos reconhecer o importantíssimo papel do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família como projeto estruturante do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso do Sul, cujo conteúdo contribuirá de forma decisiva para a superação de uma visão ainda restrita do processo saúde-doença, moldando uma concepção mais generosa de relações humanas entre usuários e trabalhadores do SUS com o objetivo de ajudar na construção de uma sociedade mais justa, mais humana e mais fraterna.

Rivaldo Venâncio da Cunha

Responsável Técnico pela Unidade Fiocruz Cerrado Pantanal



Unidade 2 Integralidade na Atenção à Saúde

Apresentação da Unidade	15
Prefácio da Unidade 2	17

Módulo 1 Planejamento em Saúde

Prefácio do Módulo 1.	25
Apresentação do Módulo 1	27
Seção 1 - Planejamento em Saúde	28
Seção 2 - Análise Estratégica das Condições de Saúde	47
Seção 3 - Elaboração do Plano de Ação	67
Seção 4 - Monitoramento e Avaliação	82
Seção 5 - O Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS.	89
Referências	97

Módulo 2 Vigilância em Saúde

Prefácio do Módulo 2.	103
Apresentação do Módulo 2	105
Seção 1 - Vigilância em Saúde na Estratégia de Saúde da Família	106
Seção 2 - Utilização da Epidemiologia nos Serviços de Saúde	109
Seção 3 - Estudos Epidemiológicos e Indicadores de Saúde	118
Seção 4 - Vigilância em Saúde e suas Práticas	134
Referências	172

UNIDADE 2

INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

MÓDULO 1

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

AUTORAS

Maria Cristina Abrão Nachif
Sônia Maria Oliveira de Andrade



Sobre as Autoras:

Maria Cristina Abrão Nachif

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pela UFMS, Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília / UnB, Docente e Pesquisadora da ESP Dr. Jorge David Nasser da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Diretora de Gestão e Políticas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande / MS.

Sônia Maria Oliveira de Andrade

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pela UFMS, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública/USP, docente e pesquisadora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, lotada no Departamento de Saúde Coletiva, orientadora da Escola de Saúde Pública e consultora credenciada no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde e Mato Grosso do Sul.

A formação de profissionais para a Estratégia Saúde da Família tem sido um dos grandes desafios para a consolidação do novo modelo, uma vez que às equipes, de caráter multiprofissional, além de dividirem um espaço comum de trabalho, têm no cotidiano a perspectiva real da mudança de práticas, visando a integralidade do cuidado aos usuários e suas famílias; nesta lógica, o profissional requerido atualmente na área da saúde deve estar ciente do contexto social que o rodeia, comprometendo-se com a realidade e prevendo participação na mesma, utilizando-se de senso crítico e capacidade de reflexão

Nesta nova concepção, existe a necessidade de entender novas situações e propor idéias de acordo com as mudanças. O pressuposto começa com a arte de planejar as ações propostas, e estas deixam de ter seguimento meramente atrelado ao núcleo de saber de cada profissão e passam a buscar novos horizontes: equipe multiprofissional, território e comunidade adscrita, perfil epidemiológico, metas, indicadores de saúde, riscos e vulnerabilidades, controle social, entre tantas outras variáveis. A significação destas envolve estruturar caminhos, objetivos e resultados a serem alcançados.

O módulo ora apresentado, pelas competentes professoras doutoras, deverá oportunizar aos futuros especialistas a importância do conteúdo. Trata-se de um material de fácil compreensão que objetiva a reflexão do cotidiano de forma inteligente, aliando referencial teórico ao exercício de repensar o próprio processo de trabalho, é a oportunidade de contatar o novo, de fazer a diferença. Por que devemos planejar? Qual é a forma de planejamento mais efetiva? Seria mais adequado considerar a realidade ou executar somente aquilo que já foi formalmente testado? Quais são os principais sistemas de informação em saúde do SUS? Sabemos utilizá-los com toda a potência? O que é um plano de ação? Estaremos prontos para avaliarmos o nosso próprio trabalho?

Estas e outras respostas estão contidas neste excelente material que incentiva o conhecimento e permite refletir,

oportunizando de um lado o conhecimento teórico, e buscando nestes, tão importantes, a aplicabilidade na prática diária, ressaltando a idéia de que é chegado o momento de termos uma visão mais abrangente do objeto: o trabalho em saúde.

Portanto, caros especializandos, esta é uma matéria de extrema importância para quem optou pela Estratégia Saúde da Família, e o material aqui elaborado, com certeza, permitirá o entendimento da necessidade de planejar em saúde.

Referenciando o Professor José Ricardo de C. M Ayres, quando trata do tema da avaliação em saúde, utilizando uma metáfora náutica, este prevê com grande propriedade a necessidade de uma carta de navegação e que esta "não faz sentido sem o barco e sem o mar, não substitui o frescor da brisa marinha, não revela qualquer impressão de travessia ou a emoção da chegada e, no entanto, não há barcos, mares, brisas, travessias e portos sem ela...". Eis aqui o instrumento!

Elizete da Rocha Vieira de Barros

APRESENTAÇÃO MÓDULO 1

O Planejamento em Saúde, entendido como ação social, é um processo que visa à transformação de uma situação em outra melhor, por isso pode ser um forte aliado da Equipe de Saúde da Família e do Gestor, uma vez que disponibiliza ferramentas e tecnologias importantes para a identificação dos problemas e na definição de intervenções eficientes e eficazes. Para a equipe apropriar-se de conteúdos que facilitem a compreensão do Planejamento como ação social transformadora, o módulo foi organizado em 5 seções: Planejamento em Saúde / Análise Estratégica das condições de saúde / Elaboração do Plano de Ação / Monitoramento e Avaliação das Ações de Saúde / Sistema de Planejamento do SUS. Esperamos oferecer material de leitura, oportunidades de reflexão junto com os companheiros de caminhada e atividades práticas que permitam intervenções críticas que visam à transformação. Sabemos que no dia a dia de trabalho estudar, muitas vezes, exige um enorme esforço.

Organize-se para fazer o melhor uso possível do seu tempo. Compartilhe com sua equipe o conhecimento e a experiência acumulados; a solidariedade fortalecerá vínculos e tornará o caminhar mais agradável e menos solitário. Seu tutor está preparado para apoiá-lo; tenha iniciativa para questioná-lo e manter um diálogo crítico, assim você colherá bons frutos no seu trabalho como membro da Equipe de Saúde da Família.

Bons estudos!

As autoras.

Seção 1 - PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Nesta seção vamos iniciar nossos estudos sobre planejamento discutindo sobre sua importância no trabalho das equipes de saúde da família. Na sequência, o planejamento é abordado como um processo que desenvolveu métodos próprios no transcorrer da história. Esperamos que ao final da seção você seja capaz de:

- discutir sobre conceitos gerais do planejamento;
- compreender as principais características e diferenças dos métodos normativo e estratégico de planejamento;
- refletir sobre a importância do planejamento estratégico situacional para o setor saúde e conhecer seus principais conceitos.

1.1 Considerações gerais sobre o Planejamento em Saúde



Alice - Poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?

Coelho - Isso depende muito do lugar para onde você quer ir...

Alice - Não me importa muito onde...

Coelho - Nesse caso, não importa por qual caminho você vá.

Em outras palavras, como diz o dito popular: “Não há vento favorável para nau sem rumo”

Optar pelo planejamento significa assumir uma alternativa à improvisação. É decidir aonde se quer chegar, é acreditar que o futuro pode ser construído. Isto porque planejar implica transformar idéias em ação.



VAMOS REFLETIR!

Pense em situações do seu dia a dia que foram bem planejadas. Reflita sobre os resultados desse planejamento. Agora faça o exercício inverso e reflita sobre situações que você não planejou e as consequências da falta de planejamento.

Uma rápida reflexão sobre nosso dia a dia já revela que o ato de planejar é inerente ao ser humano. Planejamos nossas férias, a compra de um automóvel, fazer um curso de especialização. Se na nossa vida pessoal é assim, o que dizer das instituições de saúde em que a complexidade das tarefas e o elevado volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto? “A cresce-se o fato de lidarem com situações que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.” (PAIM, 2006).

Para esse mesmo autor o planejamento também ajuda a mobilizar vontades. “A identificação dos problemas e dos meios de superá-los eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde.”



VAMOS SABER MAIS!

E o que é planejar?

“A noção mais simples de planejamento é a de não-improvisação. Uma ação planejada é uma ação não-improvisada e, nesse sentido, fazer planos é coisa conhecida do homem desde que ele se descobriu com capacidade de pensar antes de agir...” (GIOVANELLA, 1991).

“Planejamento consiste em se definir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro.” CHORNY (1998).

Para Carlos Matus

“Planejar significa pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; propor-se objetivos. É projetar-se para o futuro, porque as ações de hoje terão sido eficazes, ou ineficazes, dependendo do que pode acontecer amanhã e do que pode não acontecer. O Planejamento é a ferramenta para pensar e criar o futuro porque contribui com um modo de ver que ultrapassa as curvas do caminho e chega à fronteira da terra virgem ainda não palmilhada e conquistada pelo homem. Essa visão ampla serve como suporte das decisões de cada dia: os pés no presente e o olhar no futuro.” (HUERTAS, 1996)

Planejamento é o cálculo que precede e preside a ação. (MATUS, 1989)



VAMOS REFLETIR!

Como seria a sua definição de planejamento? E planejamento em saúde?

Segundo Paim (2006) planejamento também é “um modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem, e para quê.” O documento que registra essas escolhas é o **Plano**.

Matus nos ensina que o Plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento. É um instrumento de negociação, nunca está acabado, mas sempre em construção.

Assim, no contexto da Estratégia de Saúde da Família, o principal objetivo do Plano deve ser o de orientar a ação da equipe de saúde do município, apontar para correções de rumos e avaliação dos resultados obtidos em relação aos objetivos propostos.



VAMOS SABER MAIS!

Você faz parte de uma equipe de saúde da família de um município e esse município tem um Plano Municipal de Saúde (PMS). Sabendo da importância do plano, localize e leia o PMS do seu município.

Na saúde, quase sempre pretendemos alcançar **objetivos complexos**, de maneira **pactuada** entre os gestores do SUS e com a **co-gestão** da sociedade civil. Para tanto, não só é importante planejar, como também dispor de um **método de planejamento**.

Além disso, como planejamos em situações onde a incerteza, em maior ou menor grau, está sempre presente, o planejamento deve ser um **processo permanente**,

considerando que as situações são dinâmicas, estão em constantes transformações. Por isso, um processo permanente de planejamento deve facilitar a direcionalidade das ações, a correção de rumos e o enfrentamento de imprevistos.

Então, até aqui já refletimos sobre o que é planejar e a importância de planejar. Percebemos que o planejamento deve ser um processo permanente amparado por um método. Agora vamos fazer uma pausa para verificar como estamos utilizando essa ferramenta no dia a dia de nosso trabalho.



VAMOS REFLETIR!

Como a sua equipe planeja as ações que dão respostas aos problemas de saúde da sua área de abrangência? Dê exemplos de ações que foram bem planejadas, mal planejadas e que não foram planejadas. Analise os resultados.

1.2 Desenvolvimento do planejamento em saúde

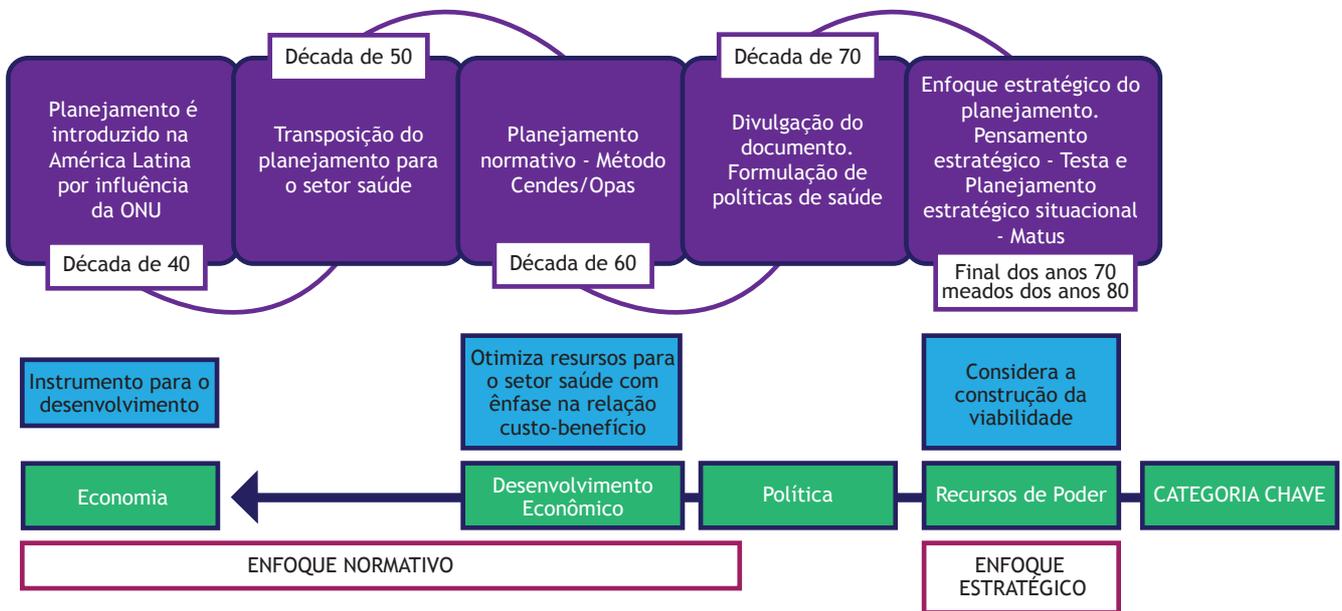
Iniciamos o estudo deste módulo refletindo sobre o que é planejar e porque planejar. Vimos que planejar é pensar antes e durante uma ação. No entanto, existem diferentes maneiras de planejar, ou seja, existem diversos métodos. Então precisamos compreender as principais características de cada método e conhecer um pouco sobre o processo histórico de construção dos **métodos de planejamento**.

Existem muitos métodos de planejamento, cada um com suas vantagens e desvantagens conforme a situação que se apresenta, no entanto, as maiores influências no planejamento em saúde são as do **pensamento normativo e estratégico**.

Para melhor compreensão de como esses dois olhares influenciaram o planejamento em saúde, é preciso voltar no tempo e conhecer um pouquinho da história do planejamento

na América Latina e as origens do planejamento em saúde, expressos no esquema abaixo.

Figura 1 - Esquema Histórico do Planejamento em Saúde



Fonte: adaptado de Almeida et al. (2001), Campos (2001), Giovanella (1991) e Teixeira, 2001

Mas o que significa planejar normativamente ou estrategicamente? Quais as diferenças fundamentais entre os dois métodos? Conheça algumas características do planejamento normativo e do planejamento estratégico.

Quadro 1 - Características do Planejamento Normativo e do Planejamento Estratégico

Planejamento Normativo	Planejamento Estratégico
Basicamente é um problema técnico	Basicamente é um problema entre pessoas
Centrado na lógica da formulação	Centrado na lógica da realização
Planos, programas e projetos expressam o desejável	Planos, programas e projetos expressam a possibilidade
Dá muita importância ao papel dos técnicos	Destaca a importância de integrar o aporte metodológico dos diferentes profissionais com as expectativas, interesses e necessidades e problemas das pessoas envolvidas

Planejamento Normativo	Planejamento Estratégico
Dá muita importância ao papel dos técnicos	Destaca a importância de integrar o aporte metodológico dos diferentes profissionais com as expectativas, interesses e necessidades e problemas das pessoas envolvidas
A definição de objetivos resulta do diagnóstico	A definição do objeto resulta do consenso social entre os diferentes atores sociais implicados no processo
Importância nas decisões do sujeito planejador que esta fora da realidade, considerada como objeto do planejamento.	Destaca a importância da política e da intervenção dos diferentes atores sociais.
O centro do planejamento é um desenho e se expressa em aspectos específicos da realidade social	O centro do planejamento e a dinâmica da condução não se cristaliza em um plano, levando em conta permanentemente as questões da conjuntura política, econômica e social.
O sujeito que realiza o plano tem capacidade de controlar a realidade planejada	Os atores que planejam não controlam por si só a realidade planejada
Não leva em conta, de maneira significativa, os oponentes, os obstáculos e dificuldades que condicionam a factibilidade do planejamento	Procura conciliar o conflito e o consenso como os fatores atuantes dos processos sociais e que condicionam a realização do planejamento.
O ponto de partida é um modelo analítico que explica a situação problema, expressa num diagnóstico.	O ponto de partida é a situação inicial que explica a situação problema, expressa num diagnóstico.
O ponto de chegada é um modelo normativo , que expressa o desenho do deve ser	O ponto de chegada é a situação objetivo que expressa a realização do tempo e da imagem objetivo, que configura o horizonte utópico
O sujeito que planifica esta sobre e fora da realidade planejada.	O ator que planeja esta inserido na realidade que planeja , coexistindo com outros atores sociais que de algum modo, também planejam
O sujeito que planeja tem monopólio do plano	Não há monopólio na elaboração do planejamento , mas a coexistência de vários planos.

Fonte: Adaptado de Ander-Egg, 2007.



VAMOS REFLETIR!

Será que essa abordagem de planejamento normativo ainda não está muito presente nas práticas de planejamento dos serviços de Saúde? E no dia a dia da equipe?

O enfoque estratégico exerceu grande influência no movimento sanitário brasileiro, mas o Planejamento Estratégico Situacional (PES) é o que mais foi difundido, utilizado e atualizado.

No PES o ator que planeja está dentro da realidade e coexiste com outros autores que também planejam, diferente do método normativo, onde o planejador é um sujeito separado da realidade, colocando-se fora dela e querendo controlá-la (GIOVANELLA, 1991). Nesse método o conceito de Situação é um conceito importante.

Você já deve ter ouvido falar em situação de saúde, sabe o que significa?

Para Matus: **Situação** é lugar onde estão os atores e suas ações. É a explicação da realidade que realiza uma força social em função da sua ação e luta com outras forças sociais.

Nessa concepção, a contradição e o conflito são assumidos e o planejamento passa a ser entendido como uma **ação política**.

Para Matus, planejamento situacional refere-se à arte de governar em situações de poder compartilhado, ou seja, nas situações da nossa realidade.

O **Planejamento Estratégico Situacional** é um método de planejamento muito importante e de grande valia para a saúde, por isso é que precisamos conhecer um pouco mais sobre

esse método. A parte trêz desta seção de estudos vai auxiliar você na reflexão de alguns conceitos básicos do PES.

1.3 Planejamento Estratégico Situacional - PES

Como você já sabe, o PES foi pensado por Carlos Matus como uma ação política.

Figura 2 - Planejamento Estratégico Situacional



1.3.1 Conceitos básicos do PES

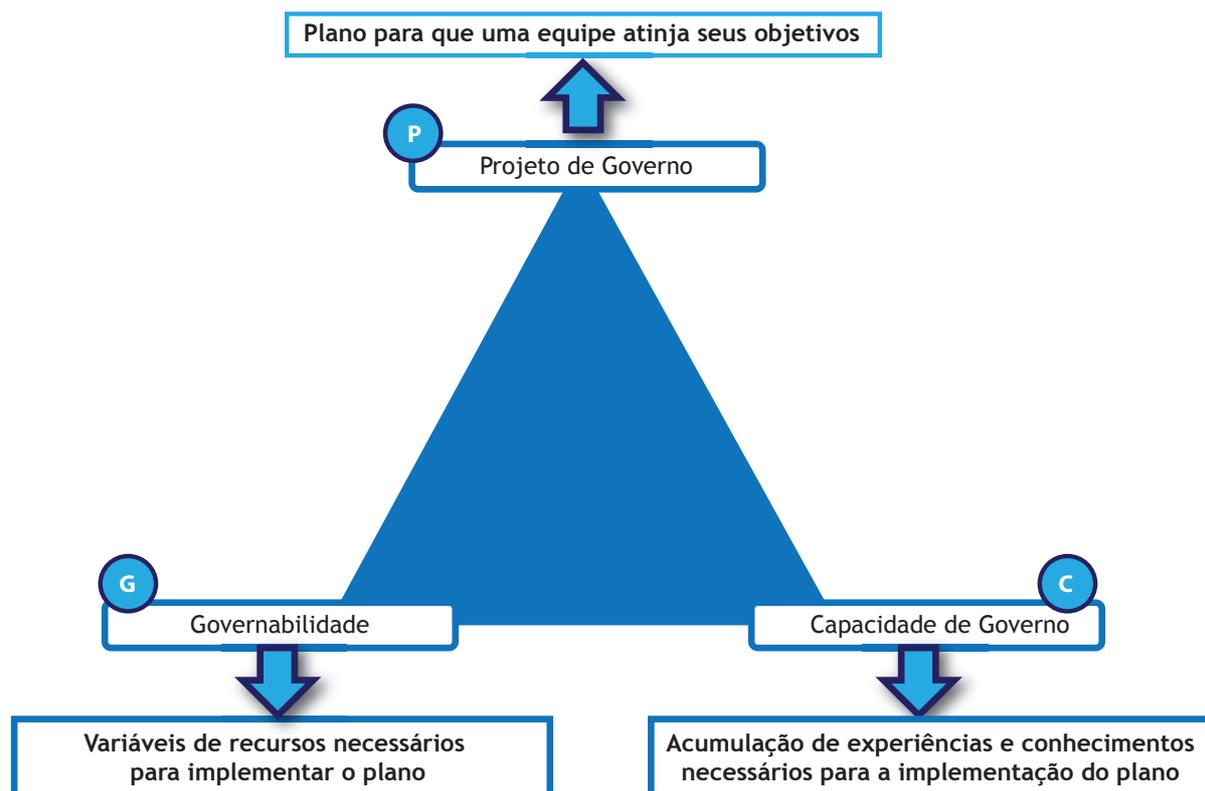
Dentre os conceitos básicos do PES os cinco fundamentais são detalhados a seguir:

- Triângulo de Governo
- Estratégia
- Situação
- Ator Social
- Problema

a) Triângulo de Governo

Matus utilizou-se da figura do triângulo para explicar importantes fundamentos do PES: Projeto de Governo, Governabilidade e Capacidade de Governo.

Figura 3 - Fundamentos do Planejamento Estratégico Situacional



Estes três pontos devem ser vistos numa interrelação dinâmica e a análise do equilíbrio entre os três vértices do triângulo permite avaliar as fragilidades da gestão orientando os ajustes necessários, ou seja, se é preciso trabalhar melhor o plano, se é preciso aumentar a governabilidade ou a capacidade de governo.

O triângulo de governo nos ajuda refletir sobre como se está dando o processo de planejamento em nossa equipe. Por exemplo, às vezes temos um bom plano (do ponto de vista da ciência), mas não temos o apoio da comunidade, ou do gestor,

o que significa que não construímos governabilidade. Também existem os casos onde o gestor possui governabilidade, mas não tem equipe preparada para executar o seu projeto de governo, o que significa dizer que não possui capacidade de governo.

b) Triângulo de Governo

Matus propõe um modelo de planejamento que funcione na realidade e a realidade é conflitiva. Na realidade ou na **situação** existem diversos **atores sociais** com diferentes visões de mundo, interesses e compromissos. São essas diferenças que provocam conflitos. Existindo conflitos, é necessário pensar estrategicamente para enfrentar os oponentes e alcançar os objetivos propostos. Lembre-se que na visão do PES todas as forças sociais planejam e governam.

Pensar e agir estrategicamente implica construir viabilidade (política, técnica e econômica) para o plano (Huertas, 1996)

Ser estratégico é cotejar as oportunidades, fragilidades, fortalezas e ameaças (PAIM, 2006)

Agir estrategicamente é construir as alianças e mobilizações necessárias para a superação dos obstáculos ao plano.

c) Triângulo de Governo

Como já comentamos **situação** é um espaço socialmente produzido onde se inserem diversos **atores sociais** que interpretam e explicam a realidade e sendo assim a situação é um espaço de conflito. Existem diversas explicações sobre a situação, a nossa explicação é apenas uma delas, por isso é fundamental que no planejamento também sejam consideradas as interpretações da realidade de outros atores sociais.

Por exemplo, um grupo de pessoas lideradas pela equipe de saúde da família planeja ações contrárias a implantação de uma indústria na região, considerando os riscos a saúde e ao ambiente. Outro grupo apoia a implantação da indústria considerando que vai aumentar a arrecadação de impostos e gerar empregos.

Isso deixa claro que a explicação ou **análise da situação** depende pelo menos de:

quem explica?
porquê explica?
de que posição explica?

Assim, uma explicação situacional é sempre parcial. Existem múltiplas explicações. Ou seja, existirão tantas explicações quantos atores sociais. Leia atentamente o texto de Max Gehringer.

Duas pulgas estavam conversando e então uma comentou com a outra:

- Sabe qual é o nosso problema? Nós não voamos, só sabemos saltar. Daí nossa chance de sobrevivência quando somos percebidas pelo cachorro é zero. É por isso que existem muito mais moscas do que pulgas.

E elas contrataram uma mosca como consultora, entraram num programa de reengenharia de vôo e saíram voando. Passado algum tempo, a primeira pulga falou para a outra:

- Quer saber ? Voar não é o suficiente, porque ficamos grudadas ao corpo do cachorro e nosso tempo de reação é bem menor do que a velocidade da coçada dele. Temos de aprender a fazer como as abelhas, que sugam o néctar e levantam vôo rapidamente.

E elas contrataram o serviço de consultoria de uma abelha, que lhes ensinou a técnica do chega-suga-voa. Funcionou, mas não resolveu.

A primeira pulga explicou por quê:

- Nossa bolsa para armazenar sangue é pequena, por isso temos de ficar muito tempo sugando. Escapar, a gente até escapa, mas não estamos nos alimentando direito. Temos de aprender como os pernilongos fazem para se alimentar com aquela rapidez.

E um pernilongo lhes prestou uma consultoria para incrementar o tamanho do abdômen. Resolvido, mas por poucos minutos. Como tinham ficado maiores, a aproximação delas era facilmente percebida pelo cachorro, e elas eram espantadas antes mesmo de pousar.

Foi aí que encontraram uma saltitante pulguinha:

- Ué, vocês estão enormes! Fizeram plástica?
 - Não, reengenharia. Agora somos pulgas adaptadas aos desafios do século 21. Voamos, picamos e podemos armazenar mais alimento.
 - E por que é que estão com cara de famintas?
 - Isso é temporário. Já estamos fazendo consultoria com um morcego, que vai nos ensinar a técnica do radar. E você?
 - Ah, eu vou bem, obrigada. Forte e sadia.
- Era verdade. A pulguinha estava viçosa e bem alimentada. Mas as pulgonas não quiseram dar a pata a torcer:
- Mas você não está preocupada com o futuro?
 - Não pensou em uma reengenharia?
 - Quem disse que não? Contratei uma lesma como consultora
 - Ha? O que as lesmas têm a ver com pulgas?
 - Tudo. Eu tinha o mesmo problema que vocês duas. Mas, em vez de dizer para a lesma o que eu queria, deixei que ela avaliasse a situação e me sugerisse a melhor solução.
- E ela passou três dias ali, quietinha, só observando o cachorro e então ela me deu o diagnóstico.
- E o que a lesma sugeriu fazer??
- “Não mude nada. Apenas sente no cocuruto do cachorro. É o único lugar que a pata dele não alcança”**

d) Ator Social

Para Matus, um **ator social** pode ser uma pessoa ou um coletivo de pessoas que atuando em uma determinada situação é capaz de transformá-la.

Figura 4 - Esquema de atuação do ator social



Para tanto é fundamental que o **ator social** tenha:

- um projeto de intervenção;
- capacidade de mobilizar os recursos necessários;
- um mínimo de organização para executar o plano.

Por tudo o que já discutimos até aqui, você já deve ter percebido que para o PES, o planejamento é um **processo participativo**. O PES possibilita a participação de diferentes setores sociais, diferentes atores sociais poderão explicitar suas demandas, propostas e estratégias de solução.

Nessa perspectiva a negociação é um recurso ideativo, criativo, interdisciplinar, de geração de múltiplas opções de ganho mútuo (RIVERA; ARTMAN, 1999).

A **participação** de diversos atores sociais e uso da **negociação** enriquecem o processo de planejamento criando **corresponsabilidades** dando mais **legitimidade** e **viabilidade política** ao plano.



VAMOS REFLETIR!

Na comunidade onde você trabalha é possível perceber os atores sociais que tem influenciado o planejamento da equipe?

Veja bem, todo esse processo participativo exige coordenação. A equipe de saúde da família (ESF) possui potencial para exercer esse papel. A Equipe de Saúde da Família, no caso do planejamento estratégico em saúde, é um dos atores sociais competentes para exercer essa ação central, não centralizadora, mas aglutinadora, capaz de garantir unidade as diversas ações parciais dos diferentes atores sociais.

e) Problema

Matus diz que problema é uma situação insatisfatória acumulada, ou seja, é a discrepância entre uma situação real e a situação ideal ou desejada.

Uma situação só se torna problemática se um ator social assim a considerar, ou melhor dizendo se a considerar inaceitável e capaz de ser transformada na direção desejada.



Todo problema
é autorreferido.

Ou seja, um problema é problema para alguém, para um determinado ator social. O que é problema para um pode não ser para outro, mais ainda pode ser oportunidade. É o caso desse exemplo: um modelo de atenção à saúde centrado no uso de medicamentos, para nós, profissionais de saúde, pode ser um problema. No entanto, para a indústria farmacêutica pode ser uma oportunidade.

Os problemas não são todos do mesmo tipo. Existem problemas mais ou menos complexos e problemas de difícil ou fácil adaptação. A categorização de Matus propõe que os problemas sejam considerados como: problemas estruturados, problemas quase-estruturados, problemas intermediários e problemas finais (ou terminais). Considerando que o planejamento envolve um gasto razoável de energia, devemos priorizar os problemas finalísticos e mais complexos.

1.3.2 Os momentos do Planejamento Estratégico Situacional

Para Matus, o método do PES trabalha com quatro

momentos de planejamento:

- Momento Explicativo
- Momento Normativo
- Momento Estratégico
- Momento Tático Operacional

“Vamos assumir que esses quatro momentos, e por isso o chamamos momentos e não etapas, são um permanente fazer, uma permanente aprendizagem, um permanente cálculo, uma permanente explicação, um permanente desenho, e uma ação persistente no dia a dia. É como uma espécie de espiral, onde esses momentos se repetem incessantemente, mas mudando de conteúdo, contexto e lugar.” (MATUS, 1989).

a) Momento Explicativo

O momento explicativo é o equivalente ao diagnóstico no planejamento normativo.

É o momento de **identificar**, **selecionar** (valorando, priorizando e escolhendo), **descrever** e **explicar** problemas, apresentando e selecionando os nós críticos. Nó crítico é a causa do problema que tem três características:

- Causa cuja solução terá impacto na solução ou minimização do problema
- Causa cuja solução haja disponibilidade de recursos políticos, administrativos e técnicos
- Causa cuja solução contribui para a solução de outras causas problemas

A grande diferença do método normativo é que no PES consideramos a explicação de outros atores sociais, além, da nossa explicação.

“O momento explicativo coloca a complexa tarefa de selecionar problemas e descartar outros. Este mundo está inundado de problemas. A partir desta seleção, surge a necessidade de explicar as causas de cada problema e do conjunto de problemas que marcam a situação inicial do plano.” (MATUS, 1989).

Para explicar os problemas de saúde, devemos recorrer aos sistemas de informações disponíveis, bases de dados, indicadores, inquéritos epidemiológicos, levantamentos, estimativas rápidas, oficinas de trabalho entre a equipe técnica e a comunidade. Sempre que possível os dados devem nos permitir chegar até a explicação de causas e determinantes mais remotos ou mediatos (PAIM, 2006). Se necessitarmos de informações não disponíveis partimos para a coleta de dados. Mas esse é outro assunto que vamos discutir mais tarde.



VAMOS SABER MAIS!

Para refletir - Assista o filme no link e veja que relação estabelece com a explicação de um problema: http://www.youtube.com/watch?v=R_xyzpgqk5Q

b) Momento Normativo

A que se refere o momento normativo? Aqui a preocupação básica é **o que fazer?** É o desenho do **deve ser**, nossa definição de como deve ser a realidade. Aqui o mais importante é estabelecer **objetivos** em função de cada problema ou grupo de problemas. A partir dos objetivos, devem-se estabelecer as **metas** e as **linhas de ação** para cada objetivo específico. Ainda nesse momento são identificados e quantificados os recursos necessários a realização das ações. Em síntese, é o momento privilegiado de atuação de diferentes atores, que orienta o

plano para a mudança que se quer.

c) Momento Estratégico

Para Matus este é o momento de perguntar:

**que operações do plano são viáveis agora?
posso construir viabilidade para as operações?
quais são as restrições que pesam no cumprimento do
desenho normativo?**

É o momento de analisar que algumas operações poderão ser altamente conflitivas do ponto de vista político, muito exigentes do ponto de vista econômico, ou demandante de tecnologia de elevada complexidade. Então quais serão os obstáculos que deveremos superar para transformar o desenho em realidade? Possuímos os recursos de poder necessários para intervir? Possuímos capacidade organizativa e institucional?

Nesse momento, devemos verificar se há contradições entre os objetivos (**análise de coerência**), se os recursos, tecnologias e organização estão disponíveis (**análise de factibilidade**) e se é possível contornar os obstáculos políticos (**análise de viabilidade**) (PAIM, 2006). Todas essas reflexões devem ter por objetivo **construir viabilidade** para as propostas de solução elaboradas no momento normativo.

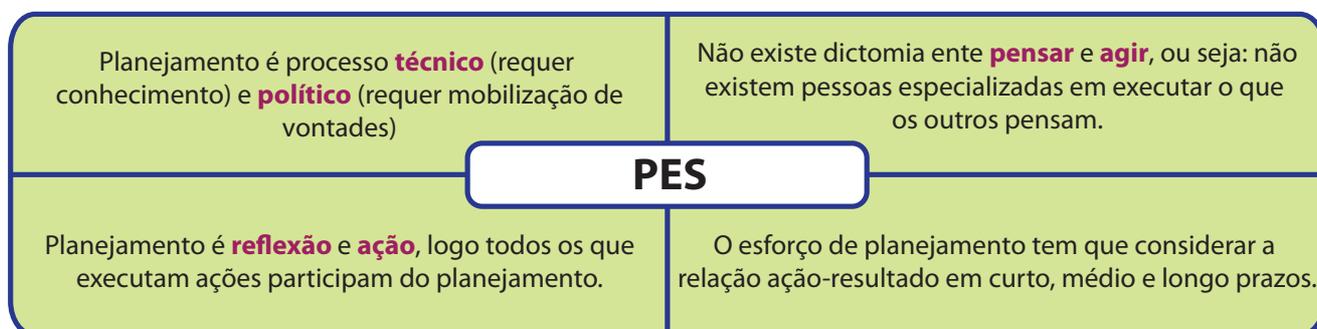
d) Momento Tático Operacional

Para Matus o plano se completa na ação, nunca antes. Somente a ação muda a realidade e este agir faz parte do plano. Não é etapa posterior.

Este é momento de execução do plano sob uma determinada gerencia e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação. É o

momento de monitorar as operações e avaliar continuamente. Em síntese, há quatro premissas das quais não se pode prescindir:

Figura 5 - Premissas do Planejamento Estratégico Situacional



VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

PAIM, J. J. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. P. 15-30

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em saúde. São Paulo: FSP/USP, 1998. v. 2. (Saúde e cidadania)

ARTMANN, E. **O Planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multisetorial**. Disponível em: www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/OPESNIVELOCALJavier.rtf

Seção 2 - ANÁLISE ESTRATÉGICA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Nessa seção nosso principal objetivo é discutir a importância da análise da situação de saúde para a Equipe de Saúde da Família, dotando-a de ferramentas que permitam realizar essa análise na área de abrangência de sua equipe.

Discutiremos também a importância da informação dos Sistemas de Informações em Saúde e de outras fontes de dados, para a realização da análise da situação de saúde.

2.1 Análise da situação de saúde

Leia o texto: “POR QUEM OS SINOS DDOOBBRRAAMM” apresentado a seguir:

Os sinos chamavam para a primeira missa do dia e ele ali, de cueca na mão. Literalmente. A moça tomava banho e o gosto de cigarro na boca anunciava que a farra tinha ido além, muito além de suas posses.

A aliança na mão esquerda, aquele carpete manchado e aquele champanhe pela metade na cabeceira da cama mal arrumada começavam a embrulhar seu estomago.

Lembrou-se de Vinicius de Moraes, da mulher, o filho que ainda não veio... A gravata apertou-lhe um nó na garganta e o paletó deixava ver pequenas manchas de batom.

As meias haviam sumido, procurou-as por entre os travesseiros e almofadas que não reconhecia.

Passando pela sala clara, viu a cortina aberta. Olhou a rua deserta e ouviu mais uma vez os sinos tocando.

Pensou em sua carreira, nos amigos, na família, pensou em tudo, Como sair dali com aquele barulho do chuveiro aberto e a voz suave cantarolando no banheiro?

O peito começou a doer, os sinos a tocar e seu coração disparou. Pegou os documentos, ajeitou a roupa, acendeu mais um cigarro e, já na porta da sala, ouviu uma voz feminina: “Moço, já lavei o banheiro, o senhor já pode entrar”! É os sinos dobraram de vez.

(Conto extraído do livro *Viu, Querida?* PRAXEDES, Malluh. Grifo, 1995).

Fonte: Cardoso, Faria e Santos (2008, p. 29)



VAMOS REFLETIR!

Como você explica essa cena?

Que informações você utilizou para elaborar essa explicação?

Nem sempre temos informações suficientes para elaborar uma explicação que seja clara e objetiva.

Avisão da situação de saúde do território é uma construção racional e imaginativa da equipe dentro de determinado cenário. O cenário é o ambiente (social, econômico, político, tecnológico, etc.) a ser enfrentado pela equipe em determinado horizonte de tempo. Por isso precisamos conhecer bem o cenário e os problemas de saúde com que vamos lidar.

A análise da Situação de Saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos **Problemas de Saúde** da população, com o objetivo de identificar necessidades e determinar prioridades de ação.

A análise se inicia pela caracterização da população, em termos demográficos, condições de vida e situação epidemiológica seguida da identificação e priorização dos problemas.

A caracterização da população e do cenário (ambientes) deve ser elaborada com base nos Sistemas de Informações disponíveis e nas informações obtidas em diálogos com a população. Outra característica é que deve ser preparada com o reconhecimento de que as populações, principalmente urbanas, sofrem mudanças rapidamente e, portanto aquele perfil reflete a situação de um momento.

O processo de produção de dados para a análise da situação de saúde deve, sempre que possível, acontecer de forma participativa.

Para desenvolver uma análise de situação de saúde, que embase um Plano de Ação consistente, sugerimos que se inicie pelo esquema de blocos de informações apresentado a seguir.

Figura 6 - Análise de Situação de Saúde



Fonte: Adaptado de Motta (2001)

A **base da pirâmide**: informações sobre estruturas, interesses e capacidade de agir da população, revelando as fragilidades e pontos fortes das lideranças, organizações comunitárias.

O **segundo nível**: descreve os fatores sociológicos que influenciam a saúde, incluindo o ambiente físico, as condições socioeconômicas e as doenças. Informações sobre o ambiente físico devem descrever as principais ameaças a saúde de ordem ambiental. Informações sobre aspectos sociais focam-se nas crenças e valores que podem impedir mudanças de comportamento. A análise de aspectos econômicos visa conhecer a renda, o perfil de ocupação e as oportunidades econômicas.

O **terceiro nível**: refere-se à obtenção de informações sobre a existência, a cobertura, o acesso e a aceitabilidade dos serviços públicos disponíveis, tais como serviços de saúde, abastecimento de água, esgoto, coleta de lixo e serviços sociais como creches e escolas.

O quarto nível: refere-se às políticas sociais. As análises dessas políticas em especial de saúde permitem avaliar o compromisso dos governantes com o setor.

2.1.1 Construindo a pirâmide de informações

a) Primeiro nível da pirâmide - informações sobre a população

- Composição da população por sexo e faixa etária:
 - existem muitas crianças? E idosos?
 - as mulheres têm muitos filhos? Qual a taxa de natalidade?
 - existem muitas adolescentes grávidas?
 - qual a taxa de mortalidade infantil?
- Migração interna:
 - muitas pessoas residentes em outras áreas vêm em busca de atendimento?
- Localização da população:
 - a população residente na área adscrita a equipe de saúde da família esta muito dispersa ou se concentra perto da unidade de saúde?
- Organização e estrutura da população:
 - grupos existentes e suas relações
- Capacidade de ação da população
 - mobilização, atuação conjunta, etc.

b) Segundo nível da pirâmide - informações sobre o ambiente

- Ambiente físico:
 - quais as condições de moradia?
 - a população dispõe de água potável? A água é encanada?
 - há saneamento básico na área? Como são

- eliminadas as águas servidas?
 - existem rios ou lagos contaminado?
 - como e onde se recolhe e se lança o lixo?
 - existem na área, fábricas/indústrias que contaminam o ambiente?
 - como se dá a ocupação do solo na região?
 - existe pavimentação na região?
 - Ambiente socioeconômico e cultural
 - qual o nível de escolaridade da população?
 - qual o nível de renda da população?
 - quais as principais fontes de emprego e renda?
 - as mulheres trabalham fora de casa?
 - existe trabalho infantil?
 - quais são os hábitos alimentares da população? Costumam praticar a automedicação? Possuem práticas fitoterápicas?
 - Perfil das doenças
 - quais as principais causas de morbidade e mortalidade da população (por sexo e faixa etária)?
 - quais as principais causas de consulta ambulatorial? E de internação?
 - existem enfermidades endêmicas ou epidêmicas na área?
- c) Terceiro nível da pirâmide - informações sobre os serviços**
- Serviços de saúde
 - os serviços de saúde disponíveis garantem acessibilidade, cobertura e qualidade?
 - quais as principais dificuldades?
 - existem serviços de saúde pagos na área? A comunidade costuma utilizar esses serviços? Por que?

- Serviços ambientais
 - abastecimento de água
 - coleta de lixo
- Serviços sociais
 - existem, na área, organizações sociais, religiosas, educativas, recreativas e cooperativas (creches, escolas, etc.)?
 - como os serviços de saúde se relacionam com essas organizações?

d) Quarto nível - Política de Saúde

Aqui se situam as políticas em todos os níveis de governo. As perguntas que devem ser respondidas são:

- existe vontade política para enfrentar e resolver os problemas de saúde da população?
- existe evolução no sistema local de saúde ao longo dos últimos anos?
- existem investimentos consistentes nos serviços de saúde?
- a dependência do serviço de saúde com relação ao nível central é muito rígida?



VAMOS REFLETIR!

Você conhece a pirâmide da área de abrangência de sua Equipe de Saúde da Família?

Algumas equipes, que se encontram melhor estruturadas, já possuem as informações necessárias para dar início a análise situacional, porém outras, provavelmente as mais novas, ainda precisam obter e refinar as informações de maneira que possam compreender a situação de saúde de sua comunidade, e

construir um plano de ação que vá de encontro às necessidades de saúde daquela população.

2.1.2 Obtendo as informações

Você poderá trabalhar com duas modalidades de dados:

Dados Primários

Dados Secundários

Você sabe qual a diferença entre dados primários e secundários?

a) Dados Primários

São aqueles coletados pela equipe com um fim específico. Embora os registros existentes possam fornecer muitas informações sobre as condições de vida e de saúde da população, às vezes para planejar necessitamos fazer uma análise mais qualitativa. Para iniciar a coleta de dados precisamos antes de tudo definir que dados e informações desejamos, como iremos coletá-las e quem são nossos informantes-chave. Precisamos também estimar quantas horas de trabalho serão necessárias para essa tarefa.

Dentre a variedade de técnicas de coleta de dados primários, o **questionário** é o mais utilizado quando se quer obter dados cujos resultados são expressos numericamente. A **entrevista** e a **observação** têm sido muito úteis para a obtenção de dados qualitativos que auxiliem a equipe na compreensão dos problemas de saúde da comunidade (CARDOSO; FARIA; SANTOS, 2008).

A **entrevista**, além de produzir informações que auxiliam na compreensão do problema, pode ser também um canal de participação e envolvimento da população na proposição de soluções.

Uma **entrevista semi-estruturada** é um diálogo orientado e conduzido suficientemente informal para que o informante possa introduzir assuntos que o entrevistador não esperava.



VAMOS SABER MAIS!

Recomendações para a entrevista e questionário

- devemos discutir e analisar as perguntas, que podem ser fechadas ou mistas. Na entrevista a maioria das perguntas deve ser aberta, ou seja, devem estimular o entrevistado a responder de modo livre;
- cada pergunta deve referir-se a uma única idéia, ser formulada de maneira direta, com palavras simples e claras;
- devem-se evitar perguntas que influenciem a resposta - por exemplo: Você não acha que o medico deveria visitar as famílias com mais freqüência?

Não se esqueça das restrições culturais ao formular perguntas. Não se esqueça também que alguns assuntos não são tratados de maneira franca. Seja sutil ao abordar tabus. Comece pelas perguntas menos controversas.

E quem são os informantes-chave?

- trabalhadores dos serviços públicos locais - serviços de saúde, creche, escola, etc.;
- líderes comunitários: diretores de organizações comunitárias, líderes religiosos, liderança de grupos femininos, de jovens, conselheiros, etc.;
- comerciantes, donos de estabelecimentos de diversão, donos de farmácias;
- organizações da sociedade civil que atuam na região ONG/ OSCIP);
- curandeiras, benzedeadas, parteiras, etc.

Para realizar a entrevista é preciso um compromisso, que deve ser rigorosamente cumprido, de que as informações coletadas serão tratadas confidencialmente e que as declarações permanecerão no anonimato.

A outra modalidade mais comum de obtenção de dados qualitativos é a **observação ativa**. Por meio dela podemos conhecer:

- **ambiente físico do território:** condições de saneamento, coleta de lixo, vias públicas, condições de moradia entre outras;
- **serviços oferecidos:** saúde, habitação, educação, etc...
- **equipe de Saúde da Família:** a equipe está completa? Está entusiasmada? Recebe supervisão?

Como já foi referida, outra importante fonte de informação são os dados secundários.

b) Dados Secundários

São aqueles que já estão disponíveis nos sistemas de informações em saúde, no IBGE, nas universidades, nos registros históricos, nos livros, na unidade de saúde, entre outras fontes.

Os Sistemas de Informações em Saúde do SUS são importantes fontes pois possuem muitos dados acumulados que nos permitem analisar o problema do ponto de vista de uma série histórica realizando projeções de tendência. Dada a importância dos Sistemas de Informações em Saúde como fonte importante para a análise situacional, a segunda parte desta seção de estudos vai dedicar-se a esse tema.

Por uma questão de destaque didático, os principais dados secundários comporão a parte 2.

2.2 Sistemas de Informações em Saúde e outras fontes de dados

Você deve ter notado que todo o processo de planejamento tem início com o acesso à informação. Por isso vamos nos deter agora um pouco mais a esse tema.

As informações relativas às ações de saúde, desenvolvidas pelos estados e municípios, são por eles coletados em nível nacional em sua maioria, pelo DATASUS.

Esses sistemas geram informações de diversas naturezas, como dados de morbimortalidade, de capacidade instalada, de formas de financiamento e aplicação de recursos, de monitoramento de programas, etc.

Os sistemas de informações do SUS são públicos e constituem-se em grandes bancos de dados nacionais, portanto, além de sua utilização na área de saúde, servem de base para ações do Ministério Público, dos Tribunais de Conta, dos Conselhos, enfim de toda sociedade.

Atualmente, ainda verifica-se a falta de integração entre os diversos sistemas existentes e nem todos eles trazem a informação desagregada até o nível do território de ação da Equipe de Saúde da Família. Ainda assim precisamos utilizá-los, pois, o compartilhamento dos dados, particularmente, a comparabilidade entre diversas situações é uma das principais ferramentas para a elaboração da análise epidemiológica.



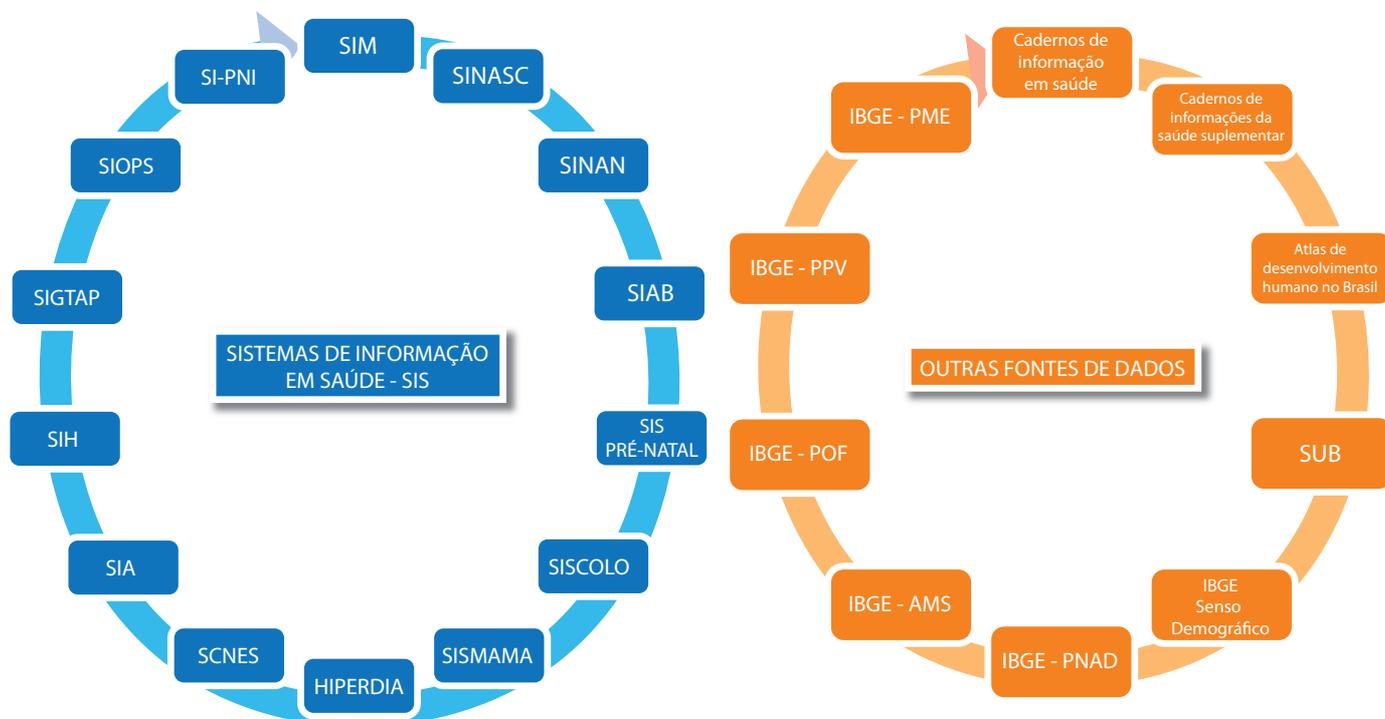
VAMOS REFLETIR!

Você conhece os sistemas de informações do SUS? A sua equipe têm acesso as informações em saúde do município? Como?

Apresentamos a seguir, uma sinopse dos principais sistemas de saúde e fontes de dados de abrangência nacional, para que você possa conhecer suas potencialidades como

ferramenta de planejamento.

Figura 7 - Principais Sistemas de Saúde e Fontes de Dados



2.2.1 Sistemas de Informação em Saúde

a) SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

O SIM objetiva obter, de forma regular, dados fidedignos acerca da mortalidade para subsidiar os gestores dos três níveis de governo na elaboração de análises situacionais e no planejamento das ações de saúde. O instrumento de apuração (entrada de dados) deste sistema é a Declaração de Óbito (DO). As informações geradas pelo SIM permitem não só análises epidemiológicas e construção dos principais indicadores de saúde, mas também auxiliam na avaliação do perfil sociodemográfico da população. O acesso se dá por meio do endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1584.

b) SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos

O Sinasc contém as séries históricas referentes aos dados coletados nos 26 estados e no Distrito Federal, a partir de 1992 e sua análise permite aos gestores do SUS a definição de estratégias de intervenção relacionadas à saúde da mulher e da criança. O instrumento de apuração é a Declaração de Nascimento (DN). É possível também a obtenção de informações acerca do parto e da gestação, tais como tipo de parto, número de consultas pré-natais realizadas, etc. As informações relativas a esse sistema podem ser visualizadas em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1584

c) SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sinan é um sistema de registro de dados referente às doenças e aos agravos de notificação compulsória. É alimentado com base no preenchimento da ficha de agravos de notificação compulsória, efetuado pelos profissionais de saúde da rede pública ou privada. A obtenção das informações desse sistema ocorre por meio do acesso a: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>

d) SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

Se você trabalha em uma equipe de saúde da família, com certeza já conhece esse sistema. O Siab foi desenvolvido para registrar as informações coletadas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família, sejam eles agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, dentistas, etc. Foi implantado em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Sipacs). As informações registradas referem-se aos dados de identificação do profissional e da sua área de atuação e aos cadastros das famílias sob a

responsabilidade das equipes. Os dados referentes às famílias dizem respeito não só à situação de saúde, como também dados referentes às condições ambientais e socioeconômicas. As informações do Siab possibilitam não só análises acerca da situação de saúde e de organização da atenção básica, mas viabilizam a manutenção dos repasses financeiros federais de incentivo da ESF. A obtenção dos dados pode ser dar por meio do acesso ao link: <http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>

e) SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização Pré Natal

O SisPreNatal foi desenvolvido pelo DATASUS com o objetivo de monitorar o acompanhamento das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal (PHPN). O sistema permite registrar o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério. O endereço para acesso é: <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>

f) Siscolo - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

O Siscolo destina-se ao armazenamento de informações do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo de Útero e possibilita a avaliação da prevalência das lesões precursoras do câncer em mulheres submetidas a exames colpocitopatológicos (preventivos). O sistema fornece dados sociodemográficos e epidemiológicos, de qualidade da coleta de material para os diagnósticos laboratoriais, sobre laudos padronizados dos exames citopatológicos coletados e percentual de mulheres tratadas após o diagnóstico. Os dados do Siscolo são divulgados na página do DATASUS na internet (www.datasus.gov.br na opção Siscam). Já conhece?

g) Sismama - Sistema de Informação do Câncer de Mama

O Sismama registra todos os exames mamográficos feitos pelo SUS e permite a avaliação de informações acerca desse tipo de câncer, o que possibilita aos gestores o desenvolvimento de ações mais ágeis e eficazes de controle da doença. Para conhecer o Sismama e o Siscolo, o acesso ocorre por meio do link: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>

h) Hiperdia - Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus

O Hiperdia é o sistema nacional de informações para cadastro e acompanhamento de indivíduos portadores de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*. Nesse sistema há informações sobre número de diabéticos, número de hipertensos e número de diabéticos com hipertensão, segundo sexo, tipo e risco, resumo de medicamentos prescritos e municípios. As informações geradas auxiliam no enfrentamento dessas doenças e no desenvolvimento de ações da vigilância em saúde. Para conhecer mais sobre o hiperdia acesse: http://hiperdia.datasus.gov.br/manuais/leia-me_V1.7.3.0.pdf

i) SCNES - Sistema de Informação para o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES configura-se como importante sistema de registro da capacidade operacional dos equipamentos de saúde existentes do país. Os cadastros existentes compreendem registros da totalidade dos estabelecimentos de saúde, sejam eles prestadores de serviços de saúde do SUS ou privados, especificados segundo estrutura física específica para a

assistência à saúde, equipamentos existentes, informações referentes aos profissionais de saúde atuantes, etc. O CNES contém ainda dados relativos ao tipo de unidade e a sua natureza, ao tipo de convênio e de atendimento prestado. Suas informações são úteis para o gerenciamento do cuidado, o mapeamento dos serviços existentes e sua acessibilidade para a população. Os registros existentes no CNES podem ser verificados pelos endereços: <http://cnes.datasus.gov.br> e http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp



VAMOS REFLETIR!

Você conhece o CNES da sua Unidade de Saúde? Que tal dar uma olhada? Está em conformidade com a realidade?

j) SIA - Sistema de Informações Ambulatórias

O SIA/SUS é um dos mais antigos sistemas do SUS e hoje constitui-se em uma grande base de dados que permite a formulação de indicadores de morbidade, análise para resolutividade da atenção, cobertura, e oferta de serviços entre outros. O sistema é publicado mensalmente através da página do SIA/SUS - <http://sia.datasus.gov.br>, onde o gestor acompanha a validação de suas remessas de bancos de dados.

k) SIH - Sistema de Informações Hospitalares

O SIH, também armazenado no DATASUS, registra as informações obtidas com base na consolidação de dados retirados das autorizações de internação hospitalar (AIHs). Para que as informações obtidas da AIH possam refletir efetivamente o ocorrido com o paciente durante a internação, é necessário que o Prontuário Médico seja corretamente preenchido, já que

se configura como o melhor instrumento de apuração de dados de morbimortalidade hospitalar.

l) SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OMS) do SUS

Durante um longo período discutiu-se a necessidade da unificação das Tabelas de Procedimentos do SIA e do SIH, assim como o desenvolvimento de um sistema que os integrasse, o que ocorreu com o desenvolvimento do Sigtap. É um sistema de gerenciamento que permite consultar os procedimentos da Tabela Unificada do SUS, identificar qual o procedimento SIA ou SIH realizado, assim como o impacto financeiro. O Sigtap pode ser encontrado para download no site <http://siasih.datasus.gov.br>. Outra alternativa para utilização do sistema é o Sigtap Web, também desenvolvido pelo DATASUS, que permite consultas e emissão de relatórios em tempo real. O acesso é feito pelo endereço <http://sigtap.datasus.gov.br> entrando com a palavra **Público** em “usuário” como também em “senha”. Que tal experimentar?

m) SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

O Siops foi desenvolvido para acompanhamento e monitoramento dos gastos públicos em saúde. O preenchimento de dados do Siops é de natureza declaratória e tem como fonte de informação os dados contábeis. Os percentuais mínimos de aplicação de recursos próprios em saúde para os três níveis de governo foram descritos na Emenda Constitucional n. 29, de setembro de 2000. Os dados do Siops podem ser acessados pelo endereço <http://siops.datasus.gov.br/>. Veja como está a situação do seu município.

n) SI/PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização

O SI/PNI foi desenvolvido para orientar as ações do Programa Nacional de Imunizações constituindo-se dos módulos de: apuração do programa de imunizações, estoque e distribuição de imunobiológicos utilizados, e eventos adversos pós vacinação. Na internet estão disponíveis dados sob o nº de doses aplicadas, desagregadas por tipo de vacina, dose recebida, faixa etária e município, além de dados de cobertura da população de menores de 1 ano de idade e de outras faixas etárias. Link: <http://pni.datasus.gov.br/>

2.2.2 Sistemas de Informação em Saúde

a) Caderno de Informações em Saúde

Este caderno é apresentado no formato Excel e exhibe várias planilhas, organizadas por regiões, Unidade Federada, município e Brasil. As planilhas podem ser visualizadas e copiadas no endereço eletrônico do DATASUS (www.datasus.gov.br). Contém diversos tipos de indicadores: demografia, saneamento, assistência ambulatorial, assistência e morbidade hospitalar, nascimentos, mortalidade, imunizações, atenção básica, pagamentos e transferências financeiras federais. Os Cadernos são acessíveis por meio do endereço: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botaoook=OK&obj=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm>

b) Caderno de Informação da Saúde Suplementar - beneficiários, operadoras e planos

A Agência Nacional de Saúde - ANS elabora, anualmente, o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, no qual disponibiliza informações atualizadas acerca de beneficiários, operadoras e planos privados de assistência médica e odontológica. É possível fazer seu download pelo site www.ans.gov.br no link Informação em Saúde Suplementar. Nesse mesmo link, encontra-se o tabulador de dados ANS TABNET, que possibilita realizar livremente outros cruzamentos de dados sobre beneficiários, operadoras e planos. <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>

c) Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil

Nele você encontra o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH de todos os municípios e estados brasileiros. Pode ser acessado pela internet no endereço eletrônico: <http://www.pnud.org.br/atlas/>

d) SUB - Sistema Único de Benefícios da Previdência Social

De responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, o SUB contém informações sobre os benefícios (aposentadoria, pensão, auxílio, etc) concedidos e mantidos aos assegurados. Os dados referem-se à renda, sexo, idade, diagnóstico principal e secundário, ocupação, ramo de atividade, e situação de reabilitação, e podem ser encontrados no endereço www.dataprev.gov.br

e) Dados do IBGE

O IBGE, órgão responsável pelo sistema estatístico nacional, executa censos, inquéritos e pesquisas por amostra domiciliar, a partir das quais são geradas bases populacionais. Conheça o site do IBGE no endereço eletrônico www.ibge.gov.br

- **Censo demográfico** - realizado a cada dez anos consiste no levantamento de informações sobre o universo da população.
- **PNad - Pesquisa Nacional por amostra de domicílio** - realizada no período intercensitário, com base em amostra estratificada provê diversas informações sobre o perfil da população brasileira.
- **MAS - Pesquisa sobre Assistência Médico-sanitária** - Essa pesquisa não tem periodicidade definida. Apresenta o nº de estabelecimentos de saúde existentes, o nº de leitos, o volume de internações, postos de trabalho, e oferta de equipamentos médico-hospitalares, entre outras informações.
- **POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares** - é uma pesquisa domiciliar por amostragem, que investiga informações sobre características de domicílios, famílias, moradores e principalmente seus respectivos orçamentos, isto é, suas despesas e recebimentos
- **PPV - Pesquisa sobre padrões de vida** - é uma pesquisa por amostragem, seu desenho amostral é estratificado e conglomerado em dois estágios de seleção. Tem como unidade primária de amostragem, setor censitário, unidade secundária, os domicílios e unidade de pesquisa a pessoa moradora.
- **PME - Pesquisa Mensal de Emprego** - produz indicadores mensais sobre a força de trabalho que permitem avaliar as flutuações e a tendência, a médio e a longo prazos, do mercado de trabalho, nas suas áreas de abrangência, constituindo um indicativo ágil dos efeitos da conjuntura econômica sobre esse mercado.

Voltando à **análise da situação de saúde**, concluído o levantamento de informações, supõe-se que a equipe esteja apta a identificar os principais **problemas de saúde** da população.

A sistematização da lista de problema a serem priorizados é mais um passo a ser dado. **Os problemas devem ser priorizados**, pois não temos condições de enfrentar todos ao mesmo tempo. A priorização pode ser feita atribuindo pontuação a um conjunto de critérios como magnitude, valorização social, disponibilidade de tecnologia e custos.

Para concluir a análise da situação de saúde, depois de priorizados, os problemas devem ser explicados, ou seja, devemos construir a **rede explicativa** dos problemas priorizados. Para melhor explicar o problema deve-se revisar o conhecimento disponível sobre cada problema.

Se compreendermos bem as “causas” (fatores explicativos) e as “conseqüências” (efeitos) dos problemas aumenta muito as nossas chances de acertar nas ações para enfrentá-los.

Todos esses passos serão detalhados na seção que trata da elaboração do Plano de Ação. Portanto, não se preocupe, **essa é apenas uma primeira** aproximação a esses conceitos. Você ainda terá oportunidade de compreendê-los bem melhor, e o que é melhor: praticando!

Priorizados e analisados os problemas, concluímos a análise da situação de saúde, que caracteriza o momento explicativo do Planejamento Estratégico Situacional - PES, e estamos prontos para desenhar a situação objetivo (momento normativo), decidir as estratégias (momento estratégico) e programar detalhadamente as ações a serem realizadas e os mecanismos de monitoramento e avaliação dos resultados obtidos com a execução das ações propostas (momento tático operacional). Mas, essa é uma conversa que ainda vamos ter... Por enquanto vamos exercitar.

SEÇÃO 3 - Elaboração do Plano de Ação

O plano de ação tem como objetivo a aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional e vamos considerar a sua construção como uma caminhada na qual cada passo dado refere-se a um conjunto de atividades que precisam ser conhecidas e elaboradas para que, ao final, seja possível o desenho do plano como um todo.

Esta seção, em que vamos discutir a Construção do Plano de Ação, foi construída tomando por base o Caderno do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Unidade didática I - Módulo 3: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, de autoria de Francisco Carlos Cardoso, Horácio Pereira de Faria e Max André dos Santos/Nescon - MG. A estrutura da seção, a temática das atividades e os quadros apresentados são oriundos do material acima referido.

Os cinco primeiros passos do Plano de Ação dizem respeito ao momento explicativo e nele é realizada a análise da situação de saúde. Então vamos retomar esses passos iniciais para que possamos continuar o caminho.

Primeiro passo - Definição de problemas

Como já foi dito, tudo começa quando produzimos informações que nos permitem conhecer as causas e as conseqüências dos problemas da área de abrangência da equipe.

Retome as definições de problema já apresentadas neste módulo. Lembre-se que não existe um problema isolado, mas sim vários problemas relacionados. Ao identificar um problema devemos considerar se ele é um problema finalístico (ou terminal). Os problemas intermediários farão parte da cadeia causal do problema. Identificados os problemas, provavelmente você obterá uma lista de problemas muito grande, e precisará definir, coletivamente, as prioridades.

Então vamos ao segundo passo.

Segundo passo - Priorização de problemas

Lembra-se que já discutimos sobre a possibilidade de utilização de critérios para seleção dos problemas? Vamos sugerir o uso de 3 critérios, mas a equipe pode definir outros que julgar relevantes.

Na nossa proposta, para selecionar problemas prioritários considera-se como critérios: a importância do problema, sua urgência e a capacidade do grupo para enfrentá-lo.

Em outras palavras, uma maneira de selecionar problemas é construindo uma planilha onde os problemas são identificados e analisados segundo os valores que lhe são atribuídos, da seguinte forma:

- atribuindo um valor “alto”, “médio” ou “baixo” para a **importância do problema**;
- distribuindo pontos de zero a dez conforme sua **urgência**;
- definindo se a solução do problema está dentro, fora, ou parcialmente dentro da **capacidade de enfrentamento** da equipe;
- Numerando os problemas **por ordem de prioridade** a partir dos resultados da aplicação dos critérios.

O planejamento de uma Equipe de Saúde da Família, denominada Equipe Verde, será utilizado como exemplo para melhor entendimento de cada um dos passos.

Veja a planilha de priorização de problemas da Equipe Verde.

Quadro 2 - Planilha de Priorização de Problemas da Equipe

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	5	Parcial	2
Violência	Alta	5	Parcial	2
Desemprego	Alta	5	Fora	3
Falta de esgoto	Alta	4	Fora	4

A seleção é feita por meio da análise dos pontos e valores atribuídos. Para a equipe do nosso exemplo o risco cardiovascular aumentado foi selecionado como prioridade 1.

Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa será a descrição dos problemas selecionados.

Terceiro passo - Descrição dos problemas selecionados

A identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possam definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. É preciso compreender o problema saber caracterizá-lo, para descrevê-lo melhor.

O que é descrever um problema?

Vamos tomar como exemplo o problema “risco cardiovascular aumentado” que devemos enunciá-lo de forma mais completa da seguinte maneira: 32% da população com mais de 20 anos com risco cardiovascular aumentado. Para descrever o problema priorizado a Equipe Verde utilizou dados do SIAB e outros produzidos pela própria equipe. Foram selecionados

indicadores relacionados com risco cardiovascular, veja como ficou:

Quadro 3 - Descritores do problema “risco cardiovascular aumentado” - Dados de Dezembro/2009

Descritores	Qtd	Fonte
Hipertensos esperados	413	Estudos epidemiológicos
Hipertensos cadastrados	387	SIAB
Hipertensos confirmados	315	Registro da Equipe
Hipertensos acompanhados conforme o protocolo	250	Registro da Equipe
Hipertensos controlados	180	Registro da Equipe
Diabéticos esperados	217	Estudos epidemiológicos
Diabéticos cadastrados	74	SIAB
Diabéticos confirmados	74	Registro da Equipe
Diabéticos acompanhados conforme o protocolo	50	Registro da Equipe
Diabéticos controlados	38	Registro da Equipe
Portadores de dislipidemia ¹	92	Registro da Equipe
Sobrepeso ¹	115	Registro da Equipe
Tabagistas ¹	280	Registro da Equipe
Sedentários ²	160	Registro da Equipe
Complicações de problemas cardiovasculares ³	23	Registro da Equipe
Internações por causas cardiovasculares	58	Registro da Equipe
Óbitos por causas cardiovasculares	8	Registro da Equipe

¹ apenas entre os portadores de hipertensão e diabetes

² levantamento realizado pelos ACS

³ Infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral

Observe como o quadro elaborado pela equipe possibilita uma caracterização do problema que será bastante útil não apenas na definição das ações a serem desenvolvidas, mas também para a organização da agenda da equipe e para o monitoramento e avaliação da eficácia e eficiência das ações.

Quarto passo - Explicação dos problemas selecionados

Até aqui os problemas já estão bem descritos e caracterizados por um determinado ator. Agora chegou a hora de explicá-lo melhor. É necessário conhecer e explicar que outros problemas acontecem “antes” de um determinado problema, ou seja, quais problemas estão fazendo com que ele aconteça ou, em outras palavras, quais as suas causas.

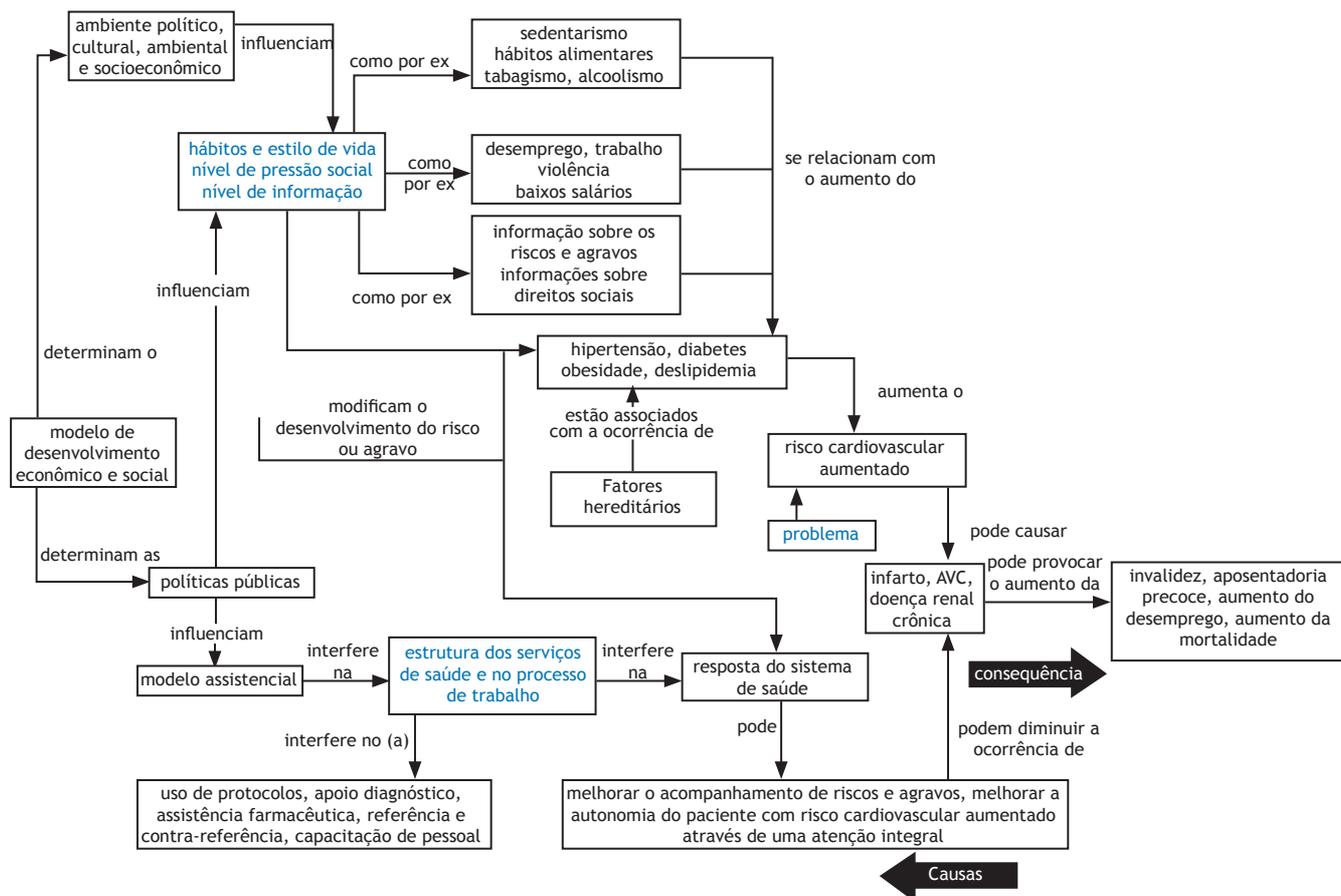
Veja este exemplo de explicação de um problema.

Estou vivendo um problema domestico que é uma goteira na sala de casa. Mas a causa dessa goteira é “outro problema” que são as telhas quebradas no telhado. Essas por sua vez são conseqüência e um “outro problema” que é a minha falta de dinheiro para fazer a manutenção do telhado. Minha falta de dinheiro por sua vez é conseqüência do arrocho salarial que é fruto da política econômica do governo, que por sua vez faz parte da política de ajuste econômico do Fundo Monetário Internacional, que (...). (CECILIO, 1997).

No exemplo do risco cardiovascular aumentado a explicação está sintetizada no esquema que se segue.

Observe que a explicação da Equipe Verde possui determinantes mais gerais (modelo de desenvolvimento econômico e social, políticas públicas) e determinantes mais imediatas (hábitos e estilo de vida, pressão social, causas genéticas, resposta do sistema de saúde, etc.). O quadro facilita a visualização dos problemas a serem enfrentados e nos ajuda na definição de ações para o seu enfrentamento.

Figura 8 - Determinantes Gerais e Determinantes Imediatas



Quinto passo - Seleção de nós críticos

Na metodologia do PES identificar as causas do problema quer dizer identificar os “nós críticos do problema”. A identificação das causas é fundamental porque para enfrentar um problema deve-se atacar suas causas. Na seleção dos nós críticos decide-se sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema.

O nó crítico também traz a idéia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade.

Nó crítico é um tipo de causa que quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

A Equipe Verde, a do nosso exemplo, definiu como nós críticos fundamentais para o problema do risco cardiovascular aumentado:

- hábitos e estilo de vida;
- pressão social;
- nível de informação;
- estrutura dos serviços de saúde;
- processo de trabalho da equipe.

Sexto passo - Desenho das operações

Agora que o problema está bem explicado e estão identificadas as causas consideradas mais importantes, só resta pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando assim a elaboração do plano de ação propriamente dito.

O plano de ação é composto por operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os nós críticos) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem recursos:

- econômicos (ou financeiros);
- organizacionais (estrutura física, recursos humanos, equipamentos, etc.);
- cognitivos (conhecimento acumulado);
- de poder (também denominado recurso político).

Tradicionalmente o mais valorizado é o recurso financeiro; não damos a importância devida aos recursos de poder, cognitivo e organizacional, mas eles são fundamentais para o sucesso do plano.

A partir dos nós críticos identificados no nosso exemplo de risco cardiovascular aumentado, a Equipe Verde propôs as operações necessárias para sua solução, os produtos e resultados esperados e os recursos necessários a sua execução. Veja como

ficou interessante.

Quadro 4 - Operações Necessárias para Solução dos Problemas da Equipe

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Viver com Saúde Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano.	Programa de caminhada orientada; Campanha educativa na rádio local; Programa “Merenda saudável”.	Organizacional - para organizar as caminhadas; Cognitivo - informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político - conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiros - para aquisição de recursos áudios-visuais, folhetos educativos, etc.
Pressão Social	Viver Melhor Aumentar a oferta de empregos; Fomentar a cultura da paz.	Diminuição de desemprego; Diminuição da violência.	Programa de geração de emprego e renda; Programa de fomento da cultura da paz / Rede Saúde e Paz.	Cognitivo - informação sobre o tema, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda e de enfrentamento da violência; Políticos - mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiros - financiamento dos projetos.
Nível de Informação	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	População mais informada sobre riscos cardiovasculares.	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Cognitivos - conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacionais - organização da agenda; Políticos - articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco cardiovascular aumentado.	Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.	Capacitação pessoal, Contratação de compra de exames e consultas especializadas; Compra de medicamentos.	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros - aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo - elaboração do projeto de adequação.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para risco cardiovascular aumentado; incluindo os mecanismos de referência e contra referência.	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado.	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada.	Cognitivo - elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político - articulação entre os setores da saúde e de adesão dos profissionais; Organizacional - adequação de fluxos (referência e contra-referência).

Sétimo passo - Identificação dos recursos críticos

Todo processo de transformação da realidade consome recursos em maior ou menor grau, portanto, a transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos.

Chamamos de Recursos críticos aqueles indispensáveis para a realização de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso a equipe terá que criar estratégias para que possa viabilizá-los.

Veja como ficou o quadro de recursos críticos da Equipe Verde.

Quadro 5 - Quadro de Recursos Críticos da Equipe

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Viver com Saúde	Político - conseguir o espaço na rádio local; Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Viver Melhor	Organizacional - mobilização social em torno das questões do desemprego e da violência; Políticos - articulação intersetorial e aprovação dos projetos; Financeiros - financiamento dos projetos.
Saber +	Políticos - articulação intersetorial.

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Cuidar Melhor	Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Linha de Cuidado	Político - articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Oitavo passo - Análise da viabilidade do plano

O ator que está planejando não controla todos os recursos necessários à execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para então definir ações estratégicas capazes de construir viabilidades para o seu plano, ou dito de outra maneira motivar o ator que controla recursos críticos.

Resumindo, para analisar a viabilidade de um plano, devem ser identificadas 3 variáveis fundamentais:

1. Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano?
2. Quais recursos que cada um desses atores controla?
3. Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos do plano?

A motivação de um ator com relação ao plano pode ser:

- favorável: o ator coloca o recurso à disposição do plano;
- indiferente: não está claro se aquele ator irá apoiar ou fará oposição à utilização do recurso crítico que controla;

- contrária: caracteriza-se pela oposição ativa à utilização do recurso.

Para o PES, a partir desse conhecimento é possível transformar as motivações dos atores. Isso pode ser feito com o desenvolvimento de estratégias que buscam mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar certos atores para que mudem de posição.

Veja como ficou o quadro de análise de viabilidade da Equipe Verde.

Quadro 6 - Quadro de Análise de Viabilidade da Equipe

Operações / Projetos	Recursos Crítico	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Viver com Saúde Modificar hábitos de vida.	Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Sector de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	
Viver Melhor Aumentar a oferta de empregos; Fomentar a cultura da paz.	Políticos: mobilização social em torno das questões do desemprego e da violência; Políticos à articulação intersectorial; Financeiros: financiamento dos projetos de geração de emprego e renda.	Associações de Bairro Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário, Ministério da Ação Social, Organizações Não-Governamentais	Favorável Algumas instituições são favoráveis e outras são indiferentes Indiferente	Apresentar o projeto Apoio das associações
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares.	Políticos: articulação com a Secretaria de Educação.	Secretaria de Educação.	Favorável	
Cuidar Melhor Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: recursos financeiros para o equipamento da rede e para custeio (medicamentos, exames e consultas especializadas).	Prefeito Municipal Secretário de Saúde Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede

Operações / Projetos	Recursos Crítico	Controle dos recursos críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Político: articulação entre os setores assistenciais da saúde.	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	

Nono passo - Definição dos responsáveis pelas operações do plano

A principal finalidade deste passo é designar os responsáveis pelas operações/projetos, além de estabelecer prazos.

O gerente de uma operação é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas. Sua principal função é garantir que todas as ações sejam executadas de forma coesa, coerente e sincronizada, prestando contas do andamento do projeto.

A Equipe Verde construiu o Plano Operativo que se segue.

Quadro 7 - Plano Operativo da Equipe

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Viver com Saúde Modificar hábitos de vida	Diminuir em 20% o número de sedentários, obesos e tabagistas no prazo de 1 ano	Programa de caminhada orientada; Campanha educativa na rádio local; Programa “Merenda Saudável”		Pedro Henrique e Gilda	3 meses para o início das atividades
Viver Melhor Aumentar a oferta de empregos; Fomentar a cultura da paz	Diminuição de desemprego; Diminuição da violência	Programa de geração de emprego e renda; Programa de fomento da cultura da paz	Apresentar o projeto Apoio das associações	Renata e Marco Antonio	Apresentar o projeto em 3 meses. Início das atividades 9 meses. 3 meses para início das atividades
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares	População mais informada sobre riscos cardiovasculares	Avaliação do nível de informação da população sobre risco cardiovascular; Campanha educativa na rádio local; Programa de Saúde Escolar; Capacitação dos ACS e dos cuidadores		Pedro Henrique e Aline	Início em 4 meses e término em 6 meses. Início em 3 meses e término em 12 meses. Início em 6 meses, avaliações a cada semestre. Início em 2 meses e término em 3 meses.
Cuidar Melhor	Adequação da oferta de consultas, exames e medicamentos definidos nos protocolos à demanda, considerando a meta de 80% de cobertura	Equipamento da rede; Contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos	Apresentar projeto de estruturação da rede	Renata Cardoso e Coordenador de ABS	4 meses para apresentação do projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos recursos e 4 meses para compra dos equipamentos. Início em 4 meses e finalização em 8 meses.
Linha de Cuidado	Cobertura de 80% da população com risco cardiovascular aumentado	Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada		Renata Cardoso e Coordenador de ABS	Início em 3 meses e finalização em 12 meses,

Décimo passo - Gestão do plano

Não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de recursos. É preciso um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações / projetos, indicando as correções de rumo necessário. Esse sistema deve ainda garantir o uso eficiente dos recursos, promovendo a comunicação entre todos envolvidos no projeto. O quadro abaixo é uma planilha de acompanhamento de um dos projetos da Equipe Verde.

Quadro 8 - Planilha de Acompanhamento de Projeto da Equipe

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
1 Programa de caminhada orientada	Pedro Henrique	3 meses	Programa implantado e implementado em todas as microáreas		
2 Campanha educativa na rádio local	José Ribeiro	3 meses	Atrasado	Formato e duração do programa definidos; Conteúdos definidos; Falta de definição de horário pela emissora local	1 mês
3 Projeto “Merenda Saudável”	José Ribeiro	3 meses	Projeto ainda em discussão com a Educação	Resistência das cantinas das escolas em não comercializar alimentos não recomendados pelo programa	2 meses

A elaboração do Plano de Ação é uma forma de enfrentar os problemas da equipe de forma mais sistematizada, menos improvisada e, por isso com mais chances de sucesso.

Mas esse sucesso pode ficar ameaçado se não dispusermos e não utilizarmos mecanismos de monitoramento e avaliação de todas essas etapas. É fundamental que a equipe esteja atenta acompanhando passo a passo o desenrolar do plano para fazer as correções de rumo necessário.



VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

SILVA, M. J. P. Onze passos do planejamento estratégico participativo. In. MARKUS, B. (Org.). **Metodologia Participativa: uma introdução a 29 instrumentos**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. P. 161-176

SEÇÃO 4 - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

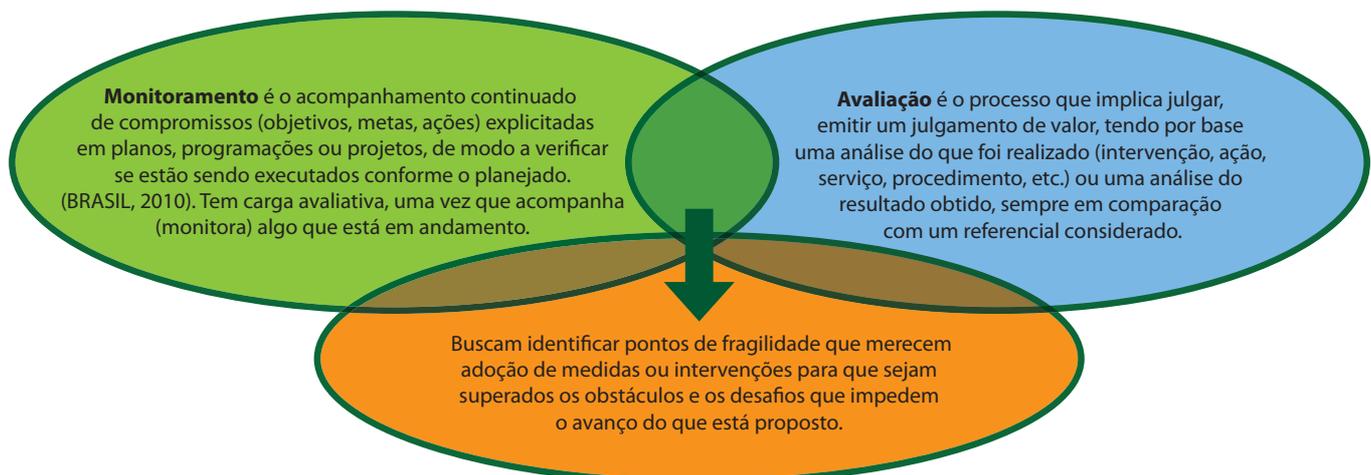
O monitoramento e avaliação têm sido cada vez mais considerados como práticas importantes quando se busca a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Inúmeros esforços vêm sendo empreendidos pelo Ministério da Saúde no sentido de incentivar essas práticas. Os objetivos desta seção contemplam a discussão dos conceitos de avaliação e monitoramento, incentivando essas práticas pela equipe de saúde da família.

4.1 - Conceitos fundamentais

a) Monitoramento e avaliação

Diferentemente do que acontece com avaliação, há pouca produção conceitual sobre monitoramento. Uma síntese dos conceitos mais comumente utilizados é apresentada na figura abaixo.

Figura 9 - Conceito de Monitoramento e Avaliação



Fonte: Brasil (2009) Felisberto (2004) e Hartz (1997, 2000).

A avaliação pode ser entendida como uma atividade que envolve a geração de conhecimento e a emissão de juízos de valor sobre diversas situações e processos e que se realiza fundamentalmente para alimentar os processo de planejamento e tomada de decisão. Assim, deve retroalimentar o planejamento com informações que permitam os ajustes táticos necessários, além das mudanças de caráter mais estratégico.



VAMOS REFLETIR!

A sua equipe tem o hábito de avaliar as ações de saúde que vem sendo desenvolvidas na área de abrangência? Como?

b) Tipologia em avaliação

O referencial teórico mais largamente utilizado na avaliação em saúde é o de Avedis Donabedian que considera três tipos de avaliação:

Estrutura

Processo

Resultado

Estrutura

Corresponde às características relativamente estáveis, tais como condições físicas, organizacionais, recursos e instrumentos.

Processo

Corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e usuários.

Resultado

Mudanças verificadas no estado de saúde dos usuários que possam ser atribuídas a um cuidado prévio.

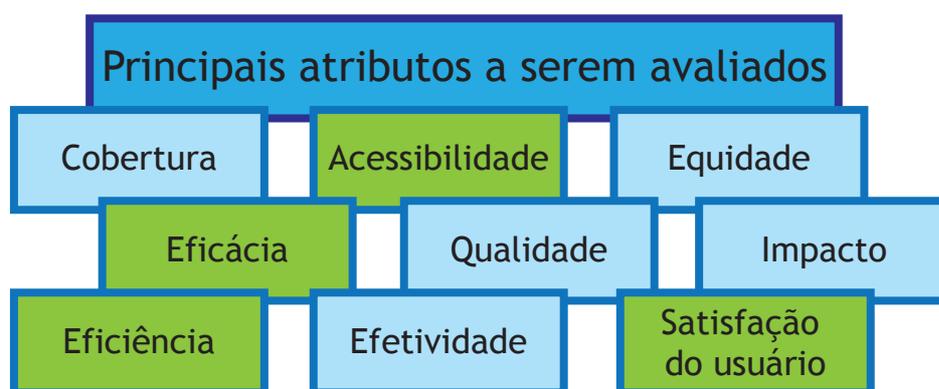
Para Donabedian o processo é o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Já os resultados refletem os efeitos do cuidado, podendo ser um indicador indireto de qualidade. O autor também ressalta a importância da estrutura para o desenvolvimento dos processos e obtenção de resultados.

Assim, a melhor estratégia para avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens.

c) Atributos

Segundo Silva e Formigli (1994) os atributos referem-se às características das práticas de saúde e da sua organização social e podem compor a avaliação em quaisquer dos três elementos da tipologia de Donabedian.

Figura 10 - Atributos às Características das Práticas de Saúde



Podem ser assim agrupados:

- relacionados com a disponibilidade e distribuição dos recursos - **cobertura, acessibilidade e equidade**;
- relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas - **eficácia, efetividade e impacto**;
- relacionadas com os custos das ações - **eficiência**;

- d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento disponível - **qualidade técnico-científica**;
- e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas - **satisfação do usuário**.

A incorporação da avaliação como prática sistemática no dia a dia do serviço poderia nos propiciar o ganho de informações necessárias à definição das estratégias de intervenção.

Ocorre que, entre nós, a avaliação tem sido muito lembrada, pouco praticada e, quando realizada, não é muito divulgada, sendo dificilmente utilizada para a tomada de decisões.

Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pela unidade que não são utilizadas pela equipe. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria-prima para a avaliação continuada do serviço, também chamada monitoramento.

A Estratégia da Saúde da Família vem se constituindo, ao longo do tempo, como indutora do processo de avaliação na atenção básica.

No entanto, segundo Felisberto (2004), o Ministério da Saúde ainda busca clarear a política de avaliação da atenção básica com vistas à superação dos obstáculos para sua execução: o fortalecimento da capacidade técnica de monitoramento e avaliação, com vistas a sua inserção firme e decisiva nas práticas de saúde, seja do cuidado ou da gestão, nos remete a longos caminhos a serem percorridos.

4.2 - Modelo lógico - quadro lógico

O modelo lógico é uma metodologia ou instrumental concebido para organizar trabalhos de monitoramento e avaliação. Tem por objetivo contribuir para a elaboração de

um programa bem desenhado e que possa ser gerenciado por resultados (avaliação) e tem como elementos: recursos, operações, produtos, resultados intermediários e resultados finais.

A construção do modelo lógico contempla quatro etapas:

- a) coleta e análise das informações - inclui a identificação de problemas, operações, ações, produtos e resultados esperados, responsáveis pelas operações, análise de contexto (recursos críticos);
- b) pré-montagem do modelo lógico - etapa em que os elementos coletados são incluídos nas partes do modelo: parte 1 - explicação e descrição do problema, os nós críticos, quem é afetado e beneficiado; 2 - estruturação do programa para alcance dos resultados, incluindo recursos, operações, ações, produtos e resultados intermediários e final; 3 - definição de fatores de contexto, elencando os fatores favoráveis e desfavoráveis;
- c) validação do modelo lógico - faz-se a checagem dos componentes, analisa-se a sua consistência e suas vulnerabilidades;
- d) elaboração do plano de avaliação - julgamento do êxito do plano de ação com a identificação dos planos sucessos e fracassos.

Como nos passos da sessão anterior já foram contempladas três etapas iniciais do modelo lógico, e o plano já se encontra estruturado, faremos a apresentação do plano de ação usando o **QUADRO LÓGICO (QL)**.

O QL é uma matriz que é elaborada sucessivamente num processo de estruturação daqueles elementos considerados os mais importantes de um projeto e que permitem a sua apresentação sistemática, lógica e sucinta.

É importante destacar que o QL não representa um plano completo e sim um resumo do plano de intervenção.

Em outras palavras: com a aplicação do enfoque QL, pretende-se definir e mostrar o êxito de um projeto já na fase do seu planejamento.

Assim, nesse caderno de estudos, utilizamos o QL para que sejam apresentadas as operações e os resultados esperados, de tal forma que se tenha uma rápida visualização do que se planejou.

Segue a proposta de quadro lógico, tomando-se como base o problema “risco cardiovascular aumentado”. Observe que nessa primeira parte do quadro constam o problema, as operações, os resultados esperados e os indicadores.

Quadro 9 - Problema, Operações, Resultados Esperados e Indicadores

Problema	Operações	Resultados esperados	Indicadores
Risco cardiovascular aumentado	1 - modificar hábitos e estilos de vida 2 -	Diminuir em 20% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano	Número absoluto de - sedentários - tabagistas - obesos				

Agora vejam a mesma matriz acrescida dos elementos de monitoramento dos indicadores de risco cardiovascular.

Quadro 10 - Elementos de Monitoramento dos Indicadores de Risco Cardiovascular

Problema	Operações	Resultados esperados	Indicadores	Situação no início do plano	Situação em seis meses	Situação em um ano	Êxito ST - sucesso total SP - sucesso parcial Fr - fracasso
...	Número absoluto de - sedentários - tabagistas - obesos				

Como mapa geral do “percurso” do plano o quadro lógico facilita seu acompanhamento porque pode ser utilizado como ferramenta importante para o registro dos resultados do monitoramento e avaliação.

Os resultados, sejam eles indicativos de sucesso ou fracasso, devem ser discutidos com a equipe de atores envolvidos no plano para que se decida pela manutenção ou correção dos rumos.



VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z; M. Z.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos á prática de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EdUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz. Cap. 1, p. 15-39

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano V, n. 7, p. 24-29, ed.esp., jan. 2003-abr. 2004.

PFEIFFER, P. O quadro lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 51, n. 1, p. 81-124, jan-mar 2000. Disponível em: http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2846

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como Elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico**. Brasília: IPEA, 2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/ComoElaborarModeloLogico.pdf>

SEÇÃO 5 - O Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS

No âmbito do SUS, resgatar ou construir a cultura de planejamento é ao mesmo tempo um avanço e um desafio. Um avanço porque cada dia mais o planejamento é reconhecido no SUS como importante ferramenta de gestão, e um desafio porque planejamento envolve a consolidação de uma cultura que exige mobilização, engajamento e decisão de gestores e profissionais.

A implementação do PlanejaSUS representa um esforço das 3 esferas de governo para contribuir com o aperfeiçoamento permanente da gestão e, portanto, para a qualidade de vida das pessoas, mediante a prestação de serviços de saúde oportunos, resolutivos e humanizados.

Considerando a importância da iniciativa, para concluir seus estudos, esta seção tem como objetivo apresentar as bases de organização e funcionamento do PlanejaSUS, bem como seus instrumentos básicos.

5.1 - Organização e Funcionamento do PlanejaSUS

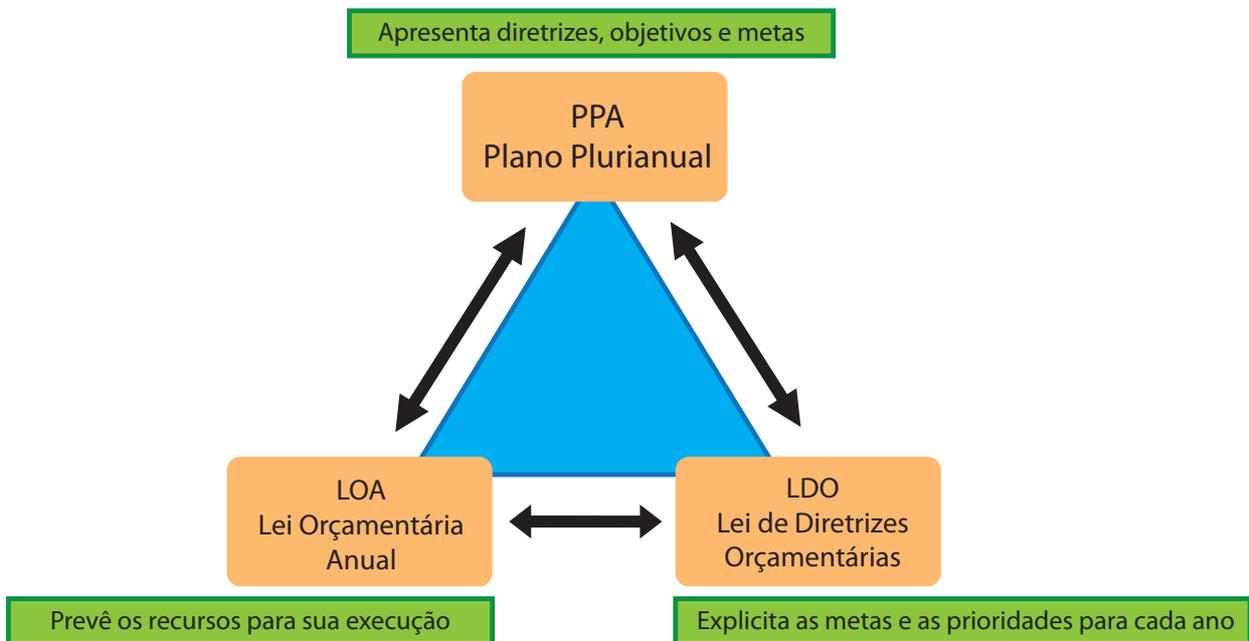
Você já ouviu falar em Sistema de Planejamento do SUS? - PlanejaSUS?

É que o SUS, no contexto do Pacto de Gestão, buscou rever e sistematizar seus processos de planejamento. O intento foi promover a articulação desses processos nas 3 esferas de governo e, em cada esfera de governo, com os instrumentos de planejamento da ação governamental. Esses instrumentos previstos na Constituição Federal de 1988 são o Planoplurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA.

Você sabia que o planejamento governamental é um dever constitucional?

Segue a ilustração correspondente ao Ciclo do Planejamento governamental.

Figura 11 - Ciclo do Planejamento Governamental



No SUS, o planejamento é instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios - é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, destacam-se as Leis 8080/90 e 8142/90. Veja como elas tratam a questão:

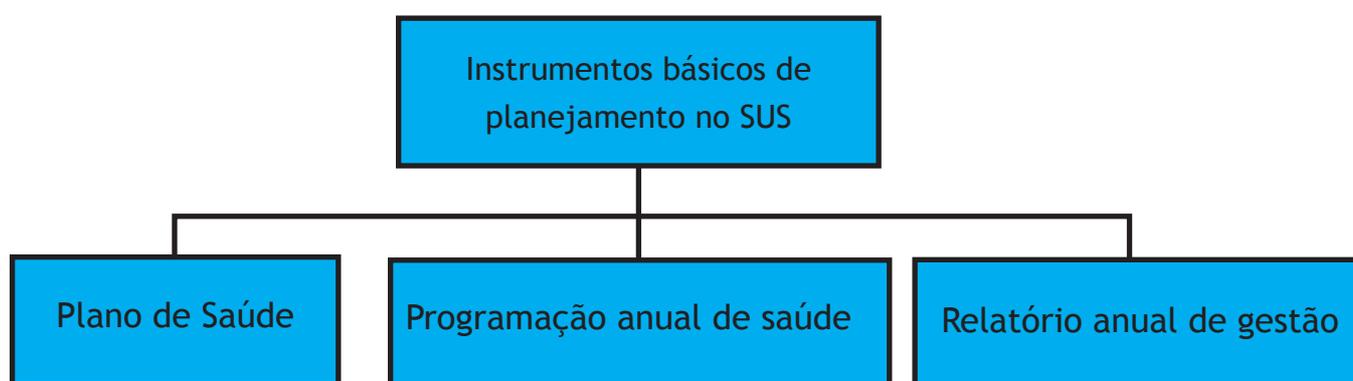
“O planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, estados, e União.” Cap. III Lei 8080/90

“Os Planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.” Art. 36 Lei 8080/90

Para facilitar o cumprimento da Lei o planejamento vem para coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, integrando o Pacto pela Saúde estabelecido entre a gestão federal e os governos estaduais e municipais.

Os resultados decorrentes do processo de planejamento no SUS devem se expressar de forma concreta em instrumentos que lhe são próprios, de maneira a favorecer o aperfeiçoamento da gestão do sistema e conferir direcionalidade.

Figura 12 - Processo de Planejamento no SUS



Na segunda parte desta seção de estudos vamos nos dedicar a compreender um pouco mais cada um desses instrumentos.

5.2 - Instrumentos básicos de Planejamento no SUS

Antes de mais nada, vale reiterar que o processo ascendente de planejamento no SUS deve garantir a participação popular e o controle social.

Para construir os instrumentos de Planejamento no SUS: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e, Relatório Anual de Gestão os municípios tem se utilizado de diferentes modelos de planejamento que variam desde aqueles que só contemplam a simples projeção de tendências, até modelos complexos que propõe uma visão mais problematizadora da realidade. Neste

caderno de estudos, como você já vivenciou, nós adotamos o modelo proposto pelo Planejamento Estratégico Situacional - PES.

Mas, seja qual for a opção feita pelo município, no PlanejaSUS a construção será sempre coletiva, e o importante é ter em mente que planejar implica mobilizar recursos e vontades para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam atingidos.

A formulação e a revisão periódica do Plano, da Programação Anual e do Relatório de Gestão compõem o elenco básico dos produtos gerados no processo de planejamento.

Vamos conhecer um pouco mais dos instrumentos básicos de planejamento no SUS.

a) Plano de Saúde

O processo de formulação ascendente do Plano de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar a unicidade e a consolidação do SUS.

No âmbito do Planejasus considera-se Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em OBJETIVOS, DIRETRIZES e METAS.

Em outras palavras, o **Plano de Saúde** deve ser a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde no município, estado e união. É a base para a execução, acompanhamento, avaliação e gestão do sistema de saúde.



VAMOS SABER MAIS!

Para Pesquisar:

Lembra-se que no início deste módulo perguntamos se você conhecia o Plano de Saúde de seu município? Se teve acesso ao documento? Quais as diretrizes municipais e as metas com relação à estratégia de saúde da família? Busque apropriar-se dessas informações e registre no portfólio.

A recomendação do PlanejaSUS é que o **Plano de Saúde** deva compreender dois momentos:

- análise situacional;
- formulação de objetivos, diretrizes e metas.

A análise situacional, como já discutimos, deve permitir a identificação, explicação e priorização dos problemas.

Os objetivos devem expressar o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.

As diretrizes por sua vez vão apontar as linhas de ação a serem seguidas e as metas expressar quantitativamente os objetivos. As metas devem concretizar os objetivos no tempo, esclarecer e quantificar “o que”, “para quem” e “quando”.

Veja esse exemplo:

- **objetivo:** efetivar a atenção básica como espaço prioritário de organização do Modelo de Atenção à Saúde, priorizando para tal, a estratégia de saúde da família;
- **diretriz:** expansão e consolidação da estratégia de saúde da família;
- **meta:** ampliar para 100 o nº de equipes de Saúde da Família;
- **indicador:** 40% de cobertura populacional com a estratégia de saúde da família.



VAMOS REFLETIR!

O Plano de Saúde do seu município está estruturado mais ou menos desta forma?

b) Programação anual de saúde

O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde - PAS coincide com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário. Portanto, as bases legais para sua elaboração são a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO e Lei Orçamentária Anual - LOA.

Figura 13 - Programação Anual de Saúde - PAS



O propósito da programação é determinar um conjunto de ações que permita concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde, a partir da negociação e formalização de pactos entre os gestores das três esferas de governo.

A Programação Anual de Saúde - PAS deve conter minimamente:

- definição das ações que, naquele ano, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do

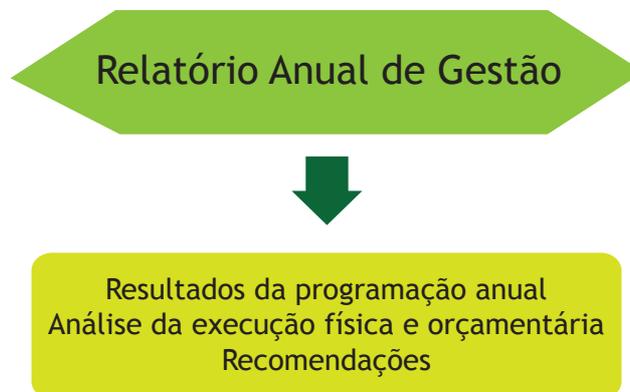
Plano de Saúde;

- estabelecimento de metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
- identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da execução da programação;
- definição dos responsáveis e dos parceiros;
- definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da programação.

c) Relatório anual de gestão

O Relatório Anual de Gestão - RAG apresenta o desempenho da execução das ações em o grau de cumprimento das metas da Programação Anual, além de fornecer as bases para o ajuste do Plano, e indicar os rumos para a programação do ano seguinte.

Figura 14 - Relatório Anual de Gestão - RAG



VAMOS SABER MAIS!

Você conhece o relatório de gestão do seu município?.Busque analisá-lo e registre suas impressões no portfólio

O Relatório Anual de Gestão deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde, após amplo debate com o gestor.

Encerramos esse módulo. Agora se você se interessou pelo assunto não deixe de visitar o site do PlanejaSUS para conhecer mais sobre o tema. O endereço eletrônico é www.saude.gov.br/planejasus



VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva: instrumentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; VIEIRA, C. A. L.; CASTRO, C. G. J. C.; FURTADO, L. A. C.; INOJOSA, R. M. Planejamento e programação em saúde. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Org.). **Gestão de serviços de saúde**. São Paulo: São Paulo: EdUSP, 2001.

ANDER-EGG, E. **Introducción a La planificación estratégica**. Buenos Aires: Lumen Humanitas, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: instrumentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

CARDOSO, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Curso de especialização em atenção básica em saúde da família: módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCOM/UFMG, 2008.

CECILIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E. ; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 151-167.

CHORNY, A. H. Planificación em salud: viejas ideas em nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosário, v. 73, p. 5-30, 1998.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, ano V, n. 7, p. 24-29, ed.esp., jan. 2003-abr. 2004.

GIOVANELLA, L. As origens e as correntes atuais do enfoque estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 26-44, jan./mar. 1991.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulgação em saúde para o debate**, Londrina, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.

HUERTAS, F. **O Método PES: entrevista com Matus São Paulo: Fundap**, 1996.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, p. 107-149.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 3. ed. Brasília, DF: IPEA, 1997.

MENDES JUNIOR, W. V. (Org.). **Caderno de funções gestoras e seus instrumentos**. Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro Fiocruz, 2009.

MOTTA, P. R. Análise estratégica: construindo a nova visão da equipe. In: _____. **Desempenho em equipes de saúde**. Rio

de Janeiro: FGV/Opas. 2001. Cap. 7, p. 81-106. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos/pdrh_des.pdf

OLIVEIRA, R. G. (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**, Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ,, 2009.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos, G.W. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p.15-30.

RIVERA, F. J. U; ARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 355-365, 1999.

SILVA, L. M. V. ; FORMIGLI, V. L .A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

TEIXEIRA, C. F. (2001) Planejamento Municipal em Saúde. ISC. Salvador, Bahia, 56p (mimeo) In: Curso de Especialização em Planejamento em Saúde. Universidade Federal da Bahia. ISC Salvador, Bahia, 2009.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação em saúde: fundamentos. In. _____. **O futuro da prevenção**, Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MÓDULO 2

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

AUTORES

Maria de Lourdes Oshiro
Edgar Oshiro



Sobre as Autores:

Maria de Lourdes Oshiro

Possui graduação em Farmácia Bioquímica e mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Trabalha na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul “Dr. Jorge David Nasser”. Professora dos cursos da área de saúde da Universidade Católica Dom Bosco. Coordenadora do curso de Gestão em Assistência Farmacêutica. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Vigilância em Saúde, Farmacoepidemiologia e Assistência Farmacêutica.

Edgar Oshiro

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Mato Grosso, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Especializando em Docência em Vigilância da Saúde pela FIOCRUZ. Trabalha na Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul “Dr. Jorge David Nasser”. Coordenador do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Instrutor do curso introdutório para equipes de saúde da família. Tutor do curso de saúde da família para conselheiros de saúde.

PREFÁCIO DO MÓDULO 2

A Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul completou 12 anos de investimentos na Estratégia de Saúde da Família, por entender que a mudança do modelo vigente de assistência perpassa pelo constante fortalecimento da atenção básica. Esses investimentos dizem respeito aos incentivos estaduais, ao acompanhamento e monitoramento das equipes, ao apoio técnico aos municípios e ao auxílio de equipamentos. Mas a principal ação estimulada pela gestão estadual tem sido em relação à educação permanente, no intuito de valorizar os profissionais de saúde nos seus processos de formação. Portanto, o Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/FIOCRUZ CERRADO-PANTANAL/UFMS potencializa nossos desejos, possibilitando o alcance de nossos objetivos de forma mais ampla, pois abrange um grande número de profissionais, por sua modalidade a distância.

Mais que isso, o cuidado em apresentar um módulo especial de vigilância em saúde reflete o compromisso do curso em abordar efetivamente temas que proporcionem ao aluno a compreensão do contexto em que se inserem e o conhecimento de seus territórios. A partir disso, as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças podem ser mais bem programadas e planejadas no âmbito das equipes.

Não é mais possível ignorarmos as mudanças no perfil demográfico, epidemiológico e nutricional da população brasileira e os determinantes sociais da saúde que interferem na situação de saúde das populações. Estudar esses temas no decorrer deste módulo de vigilância auxiliará na compreensão da singularidade e especificidade de cada território de atuação, na identificação de problemas e necessidades de saúde, nos fatores de risco, bem como apontará as possibilidades de inclusão de ações de promoção de saúde na programação das equipes, objetivando melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A garantia da integralidade do cuidado, possível pelo fortalecimento da atenção básica, decorre da concepção e do

compromisso compartilhado de responsabilidade sanitária e solidária entre todos os profissionais de saúde!

Esperamos, então, que o módulo de vigilância em saúde deste Curso aponte caminhos e contribua na qualificação de nossos serviços e ações, fortalecendo a atenção básica e consolidando o SUS de Mato Grosso do Sul!

Adriana Maura Maset Tobal

Coordenadora da Atenção Básica- SES/MS

Você está iniciando o Módulo 2 da Unidade 2 - Vigilância em Saúde, no qual serão apresentados os conceitos, medidas de saúde pública e métodos da Epidemiologia. Veremos também o estudo das atribuições da vigilância em saúde na sua área de atuação: epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e sanitária,

Este módulo está organizado em seções:

1. Vigilância em Saúde na Estratégia de Saúde da Família;
2. Utilização da epidemiologia nos serviços de saúde;
3. Estudos epidemiológicos e indicadores de saúde;
4. Vigilância em saúde e suas práticas.

As seções têm a finalidade de proporcionar conhecimentos e subsídios para fortalecer o desenvolvimento de ações no seu território, com vistas à promoção, prevenção, controle e recuperação de doenças e agravos.

Ao longo do curso, você vai refletir e exercitar os conteúdos para serem aplicados junto com sua equipe na prática de Saúde da Família.

Bom estudo!
Maria de Lourdes Oshiro
Edgar Oshiro

Seção 1 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A vigilância em saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2009).

A vigilância, na busca de causa dos problemas de saúde, exige a incorporação de novos conhecimentos, como das ciências sociais, o planejamento urbano, o planejamento estratégico, a geografia, as atividades de promoção e educação em saúde, a ecologia, o meio ambiente e a comunicação social.

Dessa forma, muitas informações estão presentes na clínica (individualmente) e na epidemiologia (população), em que se verificam as causas e determinantes de doenças e mortes para serem referenciadas na dinâmica dos grupos populacionais compostos por famílias.

Segundo Cury, em sua publicação sobre a Vigilância à Saúde e a Saúde da Família, conforme pode ser visto na figura 1, o espaço das práticas na Estratégia de Saúde da Família revela que o trabalho em saúde deve estar imerso no contexto territorial de sua clientela e, a partir de problemas concretos, a equipe deve estabelecer as prioridades para serem trabalhadas. É preciso compreender também que a comunidade deve interagir constantemente com os profissionais de saúde e que deve existir uma forma de controle social para provocar transformações e crescimento de todos os envolvidos. Outro aspecto pontuado é a participação das instâncias intersetoriais na solução de problemas em consonância com as propostas dos conselhos municipais. A educação para a saúde se torna

fundamental no processo, na medida em que aumentam a consciência sanitária dos cidadãos e a participação dos mesmos na definição de prioridades (CURY, 2005).

O processo de descentralização dos serviços de saúde do SUS possibilitou aos municípios a tarefa de assumir as ações de vigilância em saúde - responsabilidade até então das Secretarias Estaduais de Saúde -, sob a coordenação da Fundação Nacional de Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

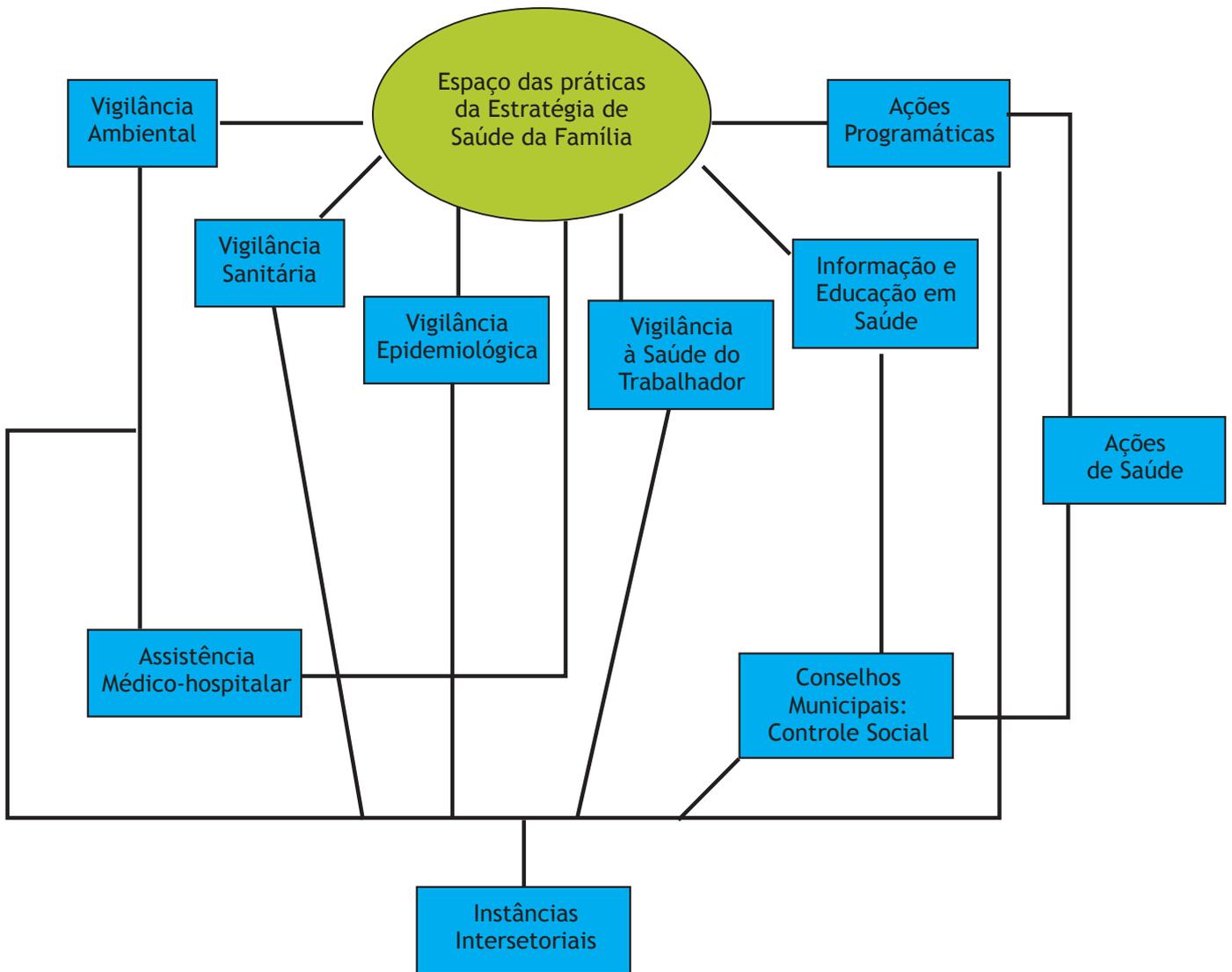
Essa nova forma de gerenciar a saúde, bem mais próxima da realidade local, abre espaços para que as práticas de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) e a Vigilância em Saúde possam estar mais integradas dentro do mesmo território, cooperando entre si nos objetivos comuns e evitando a duplicidade de ações.

O exemplo disso é o controle da dengue no Brasil, onde experiências de integração dos agentes de vigilância e agentes comunitários de saúde resultaram na otimização do tempo, de recursos humanos e financeiros na execução dos serviços.

As ações de vigilância em saúde devem estar inseridas nas atividades da APS, pois este é o lugar natural para o seu desenvolvimento, só assim poderemos oferecer uma proposta de cuidado integral e de responsabilidade pela saúde da população (NORONHA; PENA, 2007).

Nesse contexto, faz-se necessária uma reorientação das práticas de saúde, cujos processos de trabalho para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde caminhem de forma articulada e permanente, em conjunto com a APS e a Vigilância em Saúde, contribuindo para o planejamento e programação local de forma mais direcionada, adequada e participativa da sociedade.

Figura 1 - Vigilância à saúde e Estratégia de Saúde da família.



Fonte: CURY, 2005 p. 3.

Seção 2 - UTILIZAÇÃO DA EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

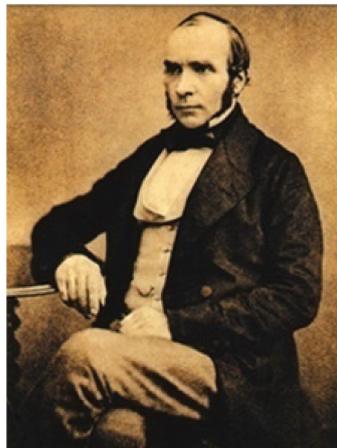
Textos escritos tratando de assuntos sobre epidemiologia são bastante antigos, porém tiveram uma ênfase maior no século XIX, quando foi encontrado registro de uma sociedade de epidemiologia fundada em Londres, em 1850. Historicamente, os estudos de John Snow (1813-1858) foram o marco para essa nova disciplina, constituindo a base da Saúde Pública, voltada para a compreensão do processo saúde-doença na população. A partir dessa época houve grandes avanços na área.



VAMOS SABER MAIS!

Conheça um pouco da história. Acesse: O nascimento da Epidemiologia. http://contanatura.weblog.com.pt/arquivo/2005/10/o_nascimento_da.html

Figura 2 - John Snow



John Snow - considerado pai da epidemiologia moderna

“Sua contribuição está sintetizada no ensaio ‘sobre a maneira de transmissão da Cólera’, publicado em 1855, em que apresenta memorável estudo a respeito de duas epidemias de cólera ocorridas em Londres em 1849 e 1854. Neste trabalho, identifica a cadeia de transmissão do *Vibrio cholerae*, responsável pela cólera, quando se acreditava que a contaminação da cólera ocorria através do ar, pelos miasmas. John Snow acumulou observações e analisou e tratou os dados que associavam a água à transmissão da cólera. Verificou que as

áreas de Londres que se abasteciam com água da Cia Southpark registravam um número de óbitos e uma taxa de mortalidade muito superior à daquelas que recebiam a água da concorrência (Lambeth). No cruzamento da Cambridge Street com a Broad Street, o número de casos de cólera foi tão elevado que em apenas 10 dias se registraram mais de 500 mortes. A contaminação da bomba de água da Broad Street foi claramente comprovada. Ficou demonstrado, então, que a água contaminada com fezes humanas é que era a origem da infecção por cólera. A aprovação de suas recomendações sanitárias preventivas eliminou a cólera da totalidade das comunidades inglesas. Foi um dos fundadores da Epidemiological Society.” (LIMA, 2008).

HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - Hygeia v.4 n 6. 2008. www.hygeia.ig.ufu.br/

Conforme sua origem, a palavra epidemiologia (de epi = sobre; demo = população, logos = tratado) significa o estudo do que afeta a população.

Vale a pena você dar uma olhada nos diversos conceitos apresentados para epidemiologia, de acordo com alguns autores:

“O estudo da distribuição da doença e dos determinantes de sua prevalência no homem (MACMAHON; PUGH, 1970).”

“É uma ciência, fundamentalmente um método de raciocínio indutivo utilizado na investigação e solução de qualquer problema de saúde concernente à comunidade (ARMIJO-ROJAS, 1974).”

“O estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde” (LAST, 1995).

“Estudo do comportamento coletivo da saúde e da doença (PEREIRA, 2000).

Como ciência, a epidemiologia se fundamenta no raciocínio causal; já como disciplina da saúde pública, preocupa-se com o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a proteção e promoção da saúde da comunidade.

As várias definições nos mostram a relação do processo saúde-doença na população em seu contexto ambiental, subsidiando ferramentas de intervenção e solução de problemas.

Franco e Passo (2005) em seu livro apresentam um trabalho de Rufino-Netto e Pereira, 1982, esclarecendo as questões do processo saúde-doença. Na compreensão de doenças, buscou-se visualizar a sua ocorrência, como mostra o Quadro 1, com os diferentes níveis explicativos, desde os decorrentes de alterações biológicas intracelulares até os que ocorrem na sociedade. O exemplo dado foi o câncer com seus *fatores causais* carcinogênicos atuando nos níveis 1, 2 ou 3. *Fatores ligados ao hospedeiro*, como idade, sexo e grupos étnicos, acontecem no nível 4. O item familiares hereditários ocorre no nível 5. O aparecimento de câncer relacionado a costumes e hábitos, no nível 6. Outro tipo é decorrente dos *fatores ambientais*, relacionado ao clima, como por exemplo, a associação de exposição aos raios solares e câncer de pele e, ainda, o tipo de câncer relacionado à falta de higiene ambiental.

Quadro 1 - Nível explicativo das doenças.

Local	Intracelular	Celular	Órgão	Indivíduo	Família	Sociedade
Nível explicativo da doença	1	2	3	4	5	6

Fonte: Adaptado de Franco & Passos, 2005.

Em relação a isso, os profissionais de saúde vêm buscando uma relação entre os fatores tentando descrever a história natural da doença. Muitas doenças foram estudadas pela

metodologia epidemiológica que aplica o método científico e a ocorrência do problema na comunidade, como exemplos: leucemia e exposição a raios X durante a gravidez; ingestão de talidomida e focomelia, tabagismo e câncer de pulmão e outras associações.



VAMOS SABER MAIS!

Focomelia: Caracterizada pela aproximação ou encurtamento dos membros do feto, tornando-os semelhantes aos de uma foca. Por vezes os ossos longos estão ausentes e os membros se prendem ao tronco por meio de ossos pequenos e de forma irregular. A focomelia é rara em seres humanos, sendo consequência de síndromes ou de administração de drogas.

Conforme Waldman (1998), desde meados da década de 80, tem sido amplamente aceita a existência destas quatro grandes áreas de aplicação da epidemiologia nos serviços de saúde, das quais falaremos um pouco mais daqui para frente. São elas:

- Análise da situação de saúde;
- Identificação de perfis e fatores de risco;
- Avaliação epidemiológica de serviços;
- Vigilância em saúde pública.

2.1 - Análise da situação de saúde

A análise epidemiológica de indicadores demográficos e de morbi-mortalidade, com o objetivo de elaborar os chamados “diagnósticos de saúde”, é uma prática antiga em nosso meio.

O incentivo mais amplo da epidemiologia por meio do acompanhamento e análise sistemática da evolução de indicadores demográficos, sociais, econômicos e de saúde,

para melhor compreensão dos determinantes das condições de saúde da população, tem recebido a denominação de “análise da situação de saúde”.

Para que se alcancem melhores condições de saúde e bem-estar para a população brasileira, quaisquer que sejam as políticas de saúde implementadas daqui para frente, aquelas deverão ser fundamentadas numa análise criteriosa da evolução desses indicadores.

A análise da situação de saúde preocupa-se, portanto, não só com a saúde da população, mas também com as condições de bem-estar da comunidade.

Franco e Passos (2005) afirmam que a análise da situação de saúde possui quatro objetivos: conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde de uma população; identificar os principais problemas de saúde; elaborar as prioridades de saúde e realizar a tomada de decisão sobre o desenvolvimento de um programa de saúde comunitária.

Nessa análise são utilizadas informações que devem traduzir as diferentes características que compõem as condições de vida dessa localidade e, assim, obter uma dimensão descritiva para identificar as necessidades, e analítica para identificar as causas dos problemas de saúde.

As informações mais relevantes para o estudo da comunidade são:

População-alvo dos serviços de saúde, estrutura demográfica e sua distribuição de acordo com variáveis socioeconômicas e geográficas;

Estado de saúde da população - morbidade e mortalidade;

Usos dos serviços de saúde;

Crenças e comportamentos relacionados com a saúde;

Problemas do meio ambiente.

A análise e a descrição da situação de saúde de uma localidade permitem discriminar os problemas, seus fatores de risco e as necessidades de saúde. As prioridades são colocadas

em ordem de importância de valoração: magnitude e gravidade do problema, vulnerabilidade, impacto sobre a saúde da comunidade, eficácia e eficiência das ações, factibilidade da intervenção de saúde, disponibilidade de recursos e aceitabilidade da comunidade.



VAMOS SABER MAIS!

Eficácia: é a capacidade de produzir o efeito desejado em condições ideais. Refere-se à capacidade de um medicamento, na dose recomendada, em produzir efeitos benéficos em circunstâncias ideais, como nos ensaios clínicos.

Eficiência: é uma relação entre custos e benefícios. Está voltada para a melhor maneira de executar um processo ou produto com os recursos disponíveis e aplicados de forma racional.

Efetividade: é a demonstração do efeito terapêutico da real condição de uso. Mede o efeito em condições “reais” da população como um todo. Dessa forma, a baixa adesão do paciente a um tratamento pode influenciar sua efetividade.

2.2 - Identificação de perfis e fatores de risco

A urbanização e a industrialização desencadearam riscos de contaminação da água e do ambiente por pesticidas e metais pesados, poluição do ar, riscos ocupacionais etc. e de condicionantes sociais e culturais que podem contribuir positivamente ou negativamente para as condições de saúde das populações.

Por outro lado, o desenvolvimento de novas e sofisticadas tecnologias médicas tem elevado sobremaneira o custo dos serviços, tornando indispensável a utilização racional dos recursos.

A epidemiologia pode ajudar a responder esses novos

desafios por meio da avaliação dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, mediante a identificação de fatores de risco e de grupos da população mais vulneráveis (grupos de risco) a determinados agravos à saúde.

2.3 - Avaliação epidemiológica de serviços

A avaliação de serviços de saúde pode ser feita de diversas formas, mas, de maneira geral, leva em conta o acesso da população aos serviços e à cobertura oferecida (por exemplo: proporção de crianças vacinadas; proporção de indivíduos, atingidos por determinada doença, que são tratados e acompanhados; proporção de gestantes inscritas e acompanhadas pelo programa etc.), ou seja, a proporção da população coberta por diferentes serviços. É evidente que a cobertura somente será elevada se o acesso for amplo.

O acesso pode ser medido em termos de distância, tempo e custo. A avaliação da cobertura implica identificar tanto o denominador (população-alvo residente na área de abrangência dos serviços) como o numerador (número de mulheres grávidas existentes, inscritas e acompanhadas, número de crianças vacinadas etc.).

As informações utilizadas para o cálculo do denominador são usualmente retiradas de dados da população do município ou região, ao passo que as informações para o cálculo do numerador são obtidas de publicações oficiais, do sistema rotineiro de informações, como aquelas relativas a programas de saúde e vigilância, ou, ainda, de levantamentos especiais.

A avaliação de um plano desenvolvido por um sistema local de saúde pode ser efetuada verificando as atividades previstas que foram implementadas com êxito. Outra maneira de efetuarla é verificar o impacto do plano na evolução de indicadores de saúde ou na frequência dos agravos à saúde contemplados pelo plano.

A contribuição da epidemiologia para esse processo se dá principalmente na seleção, construção e análise dos indicadores e na análise do impacto, em termos de morbi-mortalidade, das doenças contempladas pelo plano.

Em síntese, pode-se dizer que esse processo visa estabelecer a *efetividade* e a *eficiência* dos serviços de saúde, entendendo-se por *eficiência* a capacidade de um programa em alcançar os resultados pretendidos alocando o mínimo de recursos; e por *efetividade*, a habilidade de um programa em produzir os resultados esperados nas condições de campo. É importante lembrar que a *efetividade* é um atributo distinto de *eficácia*, que é medida pela capacidade de um programa para produzir resultados em condições ideais (WALDMAN, 1998).

2.4 - Vigilância em Saúde Pública

Até meados do século passado, a saúde pública dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. Os mais utilizados eram o isolamento e a quarentena.

Um terceiro método de controle era o cordão sanitário, caracterizado pelo isolamento de bairros, cidades ou áreas especificadas e não de indivíduos. Tinha por objetivo isolar as zonas afetadas para defender as áreas limpas.

Nessa mesma época, com o desenvolvimento da microbiologia e das ciências afins, criavam-se estímulos para investigações no campo das doenças infecciosas, que resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas, a vacinação. Surge, então, em saúde pública o conceito de vigilância, definido pela função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas “doenças pestilenciais” (WALDMAN, 1998).

Os problemas e necessidades de saúde são identificados

tendo como critério o enfoque clínico e o enfoque epidemiológico. Estes constituem nas principais perspectivas de análise e identificação dos problemas e necessidades de saúde nos planos individual, coletivo e populacional. A proposta da organização da Vigilância em Saúde incorpora esses dois e ainda agrega o enfoque social (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2004).

Nesse contexto valorizam-se os danos ao indivíduo e população (agravos, doenças, óbitos), riscos atuais e potenciais, bem como os determinantes sociais dos problemas e necessidades de saúde encontradas na análise das condições de vida das pessoas e grupos.



VAMOS SABER MAIS!

Enfoque clínico: identificação de problemas de saúde na sua dimensão biológica (anatômica e fisiológica).

Enfoque epidemiológico: identificação dos problemas em grupos de população, a partir da caracterização das condições ecológicas (relação agente-hospedeiro-ambiente) ou das condições econômicas, sociais, culturais.

Enfoque social: identificação dos problemas em populações a partir da caracterização de sua dinâmica histórica, ou seja, do processo de desenvolvimento econômico, social e político dessas populações.

Portanto, a vigilância em saúde contempla uma dimensão político-gerencial e uma dimensão técnico-sanitária. A primeira se baseia no reconhecimento dos problemas de saúde e suas intervenções; planejamento e programação das ações e comunicação social para mobilização da população, e a segunda, no controle dos determinantes, controle de riscos e controle de danos.

Seção 3 - ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E INDICADORES DE SAÚDE

Antes de aprofundarmos o estudo sobre vigilância em saúde, precisamos entender um pouco sobre risco.

Risco é a possibilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde de um indivíduo, grupo populacional ou ao ambiente.

É fundamental o conceito de risco para a vigilância em saúde porque é a possibilidade de que algo aconteça e de que esse algo interfira negativamente no processo saúde-doença, gerando agravos ou danos à saúde, os quais devem ser minimizados. Exemplo disso é a população ficar exposta a uma indústria poluidora e pessoas expostas a fatores de risco de doenças transmissíveis (como a dengue, com o acúmulo de água parada, calor e chuva).

Ao estudar o risco, torna-se necessário diferenciar duas importantes palavras: a **possibilidade** e a **probabilidade** de ocorrência de um agravo ou dano.

A **possibilidade** de ocorrência de agravo ou dano pode ser considerada inerente à vida (viver é estar em risco).

A **probabilidade** é uma medida da relação existente entre o número de agravos/danos que poderia acontecer em uma dada situação e a sua real ocorrência.

O risco vem sendo focado cada vez mais na saúde coletiva e está muito relacionado com saúde e meio ambiente. Inicialmente esta visava estudar os fatores que condicionam a ocorrência e a evolução de doenças crônicas; atualmente visa a qualquer tipo de problema no estudo dos fatores de risco (LIEBER; ROMANO-LIEBER, 2003).

Guilham e Castiel (2006) afirmam que o risco tem uma aplicação na vigilância epidemiológica e na epidemiologia clínica, importante na determinação dos fatores e situações de risco à saúde.

Nesse sentido, temos os fatores de risco, que são fenômenos, alterações físicas ou eventos associados, envolvidos no aumento do risco de desenvolver uma doença. Em contrapartida, há fatores que dão ao organismo a capacidade de se proteger contra determinada doença, estes são chamados de fatores de proteção. Como exemplo, temos o saneamento básico, a atividade física e o consumo de frutas, verduras e legumes.

Dois aspectos devem ser enfatizados em relação aos fatores de risco: primeiro, que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças (por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco para diversos cânceres, doenças cardiovasculares e respiratórias); segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na origem (gênese) de uma mesma doença (agentes causais múltiplos). O estudo dos fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito entre eles e determinados tipos de doença (BRASIL, 2010).

Nas doenças crônicas, as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de exposição única (radiações ionizantes) ou contínua aos fatores de risco (radiação solar ou tabagismo).

Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, herdados ou representar hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural (BRASIL, 2010).

É de suma importância que a equipe de saúde da família, cujo campo de trabalho é o seu território, identifique os fatores de riscos da população adscrita, caracterizando as situações de vulnerabilidade dessas famílias, como as questões ambientais, as práticas de trabalho e as condições econômicas, sociais e culturais.

O comportamento de uma doença numa comunidade e a probabilidade (ou risco) de sua ocorrência são verificados através de medidas de frequência de morbidade.

Em saúde pública podemos entender como morbidade:

- doenças;
- traumas e lesões;
- incapacidades.

O domínio das técnicas de mensuração da frequência de doenças e de óbitos constitui pré-requisito para profissionais que desenvolvem suas atividades rotineiras de vigilância e investigação de surtos em serviços locais de saúde.

Isso se faz por meio do cálculo das taxas em diferentes subgrupos da população, que podem ser delimitados segundo sexo, idade, história de exposição a determinado fator ou outra categoria que permita a identificação de grupos de alto risco e fatores causais. Tais informações são vitais para a elaboração de estratégias efetivas de controle e prevenção de doenças.

Nas atividades das equipes da ESF deve estar bem claro o conceito dessas medidas de saúde pública que veremos a seguir.

3.1 - Medida da Morbidade: Incidência e Prevalência

Segundo Pereira (2000), morbidade é um termo genérico usado para designar o conjunto de casos de um problema de saúde, doença ou agravos à saúde que atingem um grupo de pessoas.

Na epidemiologia, a frequência, que para a população tem um sentido de número de vezes que acontece um evento, precisa ser melhor definida, pois é medida da morbidade feita através da incidência e da prevalência.

A incidência refere-se aos casos novos de uma doença e a prevalência aos casos existentes. Podemos dizer que a incidência é como um filme sobre a ocorrência da doença, e a prevalência é a produção da fotografia na população. Uma é

dinâmica e a outra é estática.

A incidência (ou taxa de incidência) expressa o número de casos novos de uma determinada doença, durante um período definido, numa população sob o risco de desenvolver a doença. O cálculo da incidência é a forma mais comum de medir e comparar a frequência das doenças em populações e esta pode ser expressa por coeficientes ou taxa.

A expressão matemática para o cálculo da incidência é a seguinte:

$$\text{Incidência} = \frac{\text{N}^{\text{os}} \text{ de casos novos de uma doença ocorridos numa população em determinado período}}{\text{N}^{\text{os}} \text{ de pessoas sob o risco de desenvolver a doença durante o mesmo período}} \cdot 1000$$

Na expressão matemática do cálculo da taxa de incidência, o resultado foi multiplicado por 1.000; dessa maneira, expressaremos a incidência por 1.000 habitantes. No entanto, a escolha dessa unidade de referência é arbitrária. Da mesma forma, poderíamos ter escolhido 10.000, 100.000 ou 1.000.000 de habitantes.

Devemos usar a incidência e não números absolutos para comparar a ocorrência de doenças em diferentes populações. Note-se que a transformação do número absoluto de casos numa taxa relativa a uma população genérica (por exemplo, 100.000 habitantes) nos permitirá comparar o coeficiente assim obtido com outros, cujo denominador tenha sido reduzido à mesma base - no exemplo, 100.000 habitantes.

O ponto fundamental da definição de incidência é o de incluir somente casos novos no numerador, medindo, portanto, um evento que se caracteriza pela transição do estado de ausência da doença para o de doença. Logo, a incidência mede o risco ou probabilidade de ocorrer o evento doença na população exposta.

No cálculo da incidência, qualquer pessoa incluída no

denominador deve ter a mesma probabilidade de fazer parte do numerador. Por exemplo, no cálculo da incidência de câncer de próstata, devemos incluir no denominador somente indivíduos do sexo masculino.

A prevalência mede a proporção de pessoas, numa dada população, que apresentam uma específica doença (casos novos + casos antigos) ou atributo em um determinado ponto no tempo.

No cálculo da prevalência, o numerador abrange o total de pessoas que se apresentam doentes num determinado período (casos novos acrescentados dos já existentes). Por sua vez, o denominador é a população da comunidade no mesmo período.

A prevalência pode ser expressa da seguinte forma:

$$\text{Prevalência} = \frac{\text{N}^{\text{os}} \text{ de casos conhecidos da doença num determinado período}}{\text{População durante o mesmo período}} \cdot 100\,000$$

A prevalência é muito útil para medir a frequência e a magnitude de problemas crônicos, ao passo que a incidência é mais aplicada na mensuração de frequência de doenças de curta duração.

A prevalência pode ser entendida como um corte da população em determinado ponto no tempo. Nesse momento, determinam-se quem tem e quem não tem certa doença. Conforme as características da doença investigada, podemos encontrar pessoas que adoeceram há uma semana, um mês, um ano ou ainda há cinco, dez ou quinze anos. De um modo geral, quando estimamos a prevalência de uma doença na comunidade, não levamos em conta a duração da doença.

Dado que o numerador da prevalência inclui pessoas acometidas por determinada doença, independentemente da sua duração, essa medida de morbidade não nos oferece uma

estimativa da dimensão do risco.

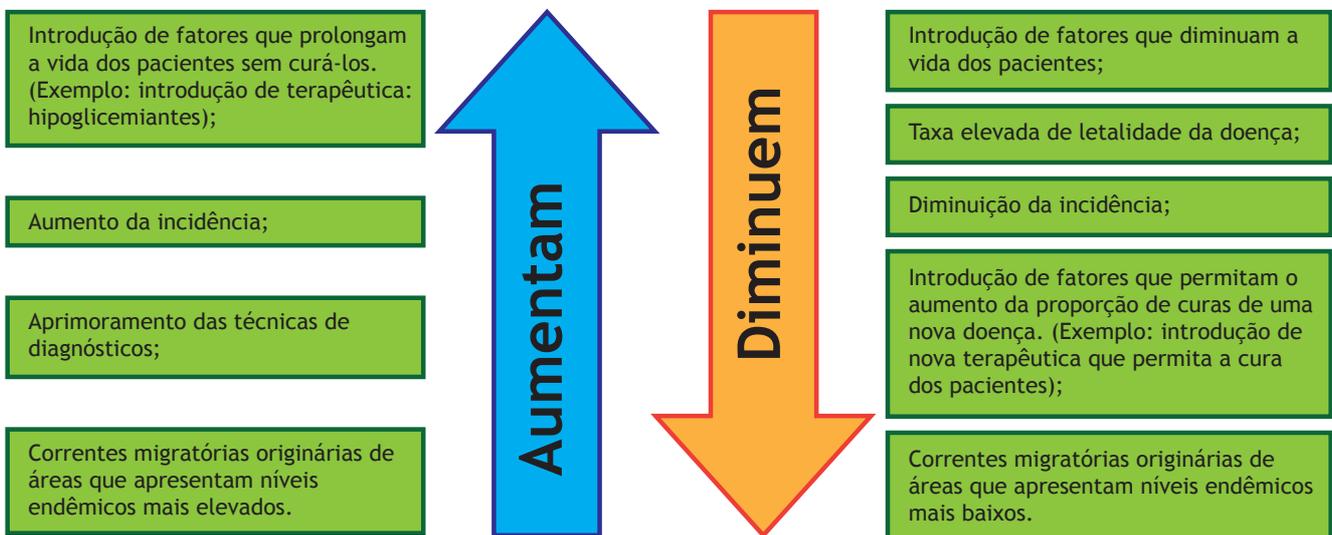
A prevalência é mais difícil de interpretar do que a incidência, porque depende do número de pessoas que desenvolveram a doença no passado e que continuam doentes no presente.

Quando a mensuração da prevalência é efetuada em um ponto definido no tempo como, por exemplo, dia, semana, mês, ano, temos a prevalência instantânea ou prevalência pontual.

Quando a medida da prevalência abrange um determinado período, temos então a prevalência num período que abrange todos os casos presentes no intervalo de tempo especificado.

**Como poderíamos aumentar a prevalência?
ou
Como poderíamos diminuir a prevalência?**

Quadro 2 - Fatores que influenciam na magnitude da prevalência



3.2 - Mortalidade, Letalidade e Risco

Não só a ocorrência das doenças é importante, como também a sua gravidade, devido às consequências que comprometem a qualidade de vida das pessoas, como deficiências, incapacidades e desvantagens.

A mortalidade e a letalidade são fatores que medem a gravidade da doença ou o seu agravo. Ao se fazer um diagnóstico de saúde de uma comunidade ou para se estabelecer a magnitude de determinado problema de saúde numa população, frequentemente as informações disponíveis se restringem aos óbitos. Algumas vezes, mesmo quando a gama de informações é mais ampla, os dados de mortalidade são os que merecem maior confiabilidade.

A mensuração da frequência de mortalidade numa população definida, durante um determinado intervalo de tempo, faz-se pelo cálculo da taxa de mortalidade ou coeficiente geral de mortalidade:

$$\text{Taxa de Mortalidade} = \frac{\text{N}^{\text{os}} \text{ de óbitos por todas as causas numa população definida em determinado período}}{\text{População total para o ponto médio do período}} \cdot 1000$$

A análise de taxas ou coeficiente de mortalidade apresenta algumas dificuldades, uma vez que estas não levam em conta a probabilidade de morte segundo características das pessoas (sexo, idade, etnia, condições sociais etc.).

Para fazer uma análise mais completa de dados de mortalidade é necessário calcular taxas específicas de mortalidade por causa, por idade, sexo etc.

Outro coeficiente bastante utilizado é a taxa ou coeficiente de mortalidade infantil, talvez o mais conhecido e utilizado indicador de saúde, representado por:

$$\text{Taxa de Mortalidade Infantil} = \frac{\text{N}^{\text{os}} \text{ de óbitos, por todas as causas, de crianças menores de 1 ano numa população e períodos determinados}}{\text{Número de nascidos vivos em uma área e período determinados}} \cdot 1000$$

Esse indicador pode ser desdobrado em dois componentes: mortalidade neonatal (óbitos de menores de 28 dias) e infantil pós-neonatal (óbitos entre 28 dias a um ano) para cada mil nascidos vivos.

Estudos de Magalhães, Carvalho (2003), Almeida, Barros (2004) mostram que na mortalidade infantil existe uma forte relação com história materna, doenças maternas, gravidez, pré-natal, fatores relacionados ao parto e pós-parto, principalmente nas condições de saúde e comorbidades em gestantes, na precariedade de cuidados dos pré-natais, parto e pós-parto, favorecendo o aumento da mortalidade perinatal e neonatal.

A letalidade é uma medida de frequência de morbimortalidade muito utilizada e mede a probabilidade de um indivíduo, atingido por um agravo, morrer devido a esse mesmo agravo. A letalidade expressa o grau de gravidade de uma determinada doença, constituindo, juntamente com a frequência de sequelas, um dos indicadores utilizados na identificação de prioridades para o desenvolvimento de programas de controles de doenças (a severidade do dano).

A expressão matemática da letalidade é a seguinte:

$$\text{Taxa de Letalidade} = \frac{\text{Número de óbitos por determinada causa}}{\text{Número de doentes pela mesma causa}} \cdot 100$$

As informações sobre morbidade e mortalidade são importantes para saber por que as pessoas adoecem e a causa das mortes em um dado local e, assim, permitirem um planejamento das ações preventivas e de controle.

Um aspecto importante para a prevenção é a identificação desses fatores de risco e a avaliação de sua importância tanto individualmente como coletivamente, para isso são utilizadas avaliações como o risco relativo e o risco atribuível.

Risco relativo

É a razão entre o risco de ocorrência de uma doença em um grupo que apresenta determinado fator e outro grupo que não apresenta o fator.

O risco relativo é de grande interesse em estudos em que se busca a causa, pois mostra a associação entre o efeito e o determinado fator; quanto mais alto o valor, maior a força dessa associação.

Risco atribuível

É o risco (incidência) adicional de doença após uma exposição, além daquele experimentado por pessoas não-expostas. Corresponde à incidência de doença em pessoas expostas, menos a incidência em pessoas não-expostas (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Fornece uma estimativa do quanto a doença pode ser evitada se o fator for afastado.

As Unidades de Saúde da Família realizam a monitorização das condições da situação de saúde, juntamente com os serviços de vigilância, resultando em qualidade dos serviços e, conseqüentemente, na melhoria de saúde da população.

Como já foi dito, a epidemiologia trabalha com populações e é importante discriminá-las com a investigação; Medronho et al (2009) estabelece que:

População de estudo ou Amostra

É o grupo de indivíduos sobre os quais se fazem as observações e coleta de dados. Exº: 100 crianças nascidas em 2000, no município X.

População-fonte (universo amostral)

É o conjunto de indivíduos que está sendo representado pela população do estudo. Exº: todas as crianças nascidas em 2000 no município X.

População-alvo

É o grupo de indivíduos para o qual se deseja fazer as inferências estatísticas relacionadas com o objetivo do estudo. Exº: crianças nascidas em 2000 no município X.

Base populacional

É o conjunto de indivíduos de onde surgem os casos da doença que farão parte da investigação. Exº: a base populacional para investigar os casos de sarampo em menores de um ano no município X será todos os menores de um ano residentes naquele município.

A estrutura da maioria dos estudos epidemiológicos consiste no enfoque de três questões principais:

Quem adoeceu?

Verifica as doenças segundo as características da pessoa, como sexo, idade, raça, situação socioeconômica, hábitos alimentares e culturais. Exº: a prevalência da hipertensão arterial é mais alta na população negra.

Onde ocorreu a doença?

Analisa espacialmente a distribuição de doenças. Exº: a diarreia é comum em áreas de saneamento precário.

Quando aconteceu a doença?

Avalia as tendências e os períodos de maior ocorrência de doenças. Exº: a dengue é mais comum no verão.

3.3 - Tipos de Estudo Epidemiológico

Os estudos descritivos, como o próprio nome já diz, descrevem a ocorrência de doenças e agravos à saúde de acordo com as características acima, em relação à pessoa, lugar e tempo.

Quanto à variável pessoa, incluem fatores demográficos, como idade, sexo, etnia, ocupação, estado civil, classe social,

procedência, estilo de vida, consumo de álcool, medicamentos, drogas ilícitas e atividade física.

Quanto ao lugar, refere-se à distribuição geográfica das doenças: países, regiões, municípios, etc.

Quanto ao tempo, exploram-se as variações cíclicas e sazonais na ocorrência de doenças; compara a frequência atual com anos anteriores (2, 5, 10, 50, 100 anos atrás).

Os dados gerados pelo sistema de informação de morbimortalidade baseiam-se nas três questões e auxiliam na identificação de grupos mais expostos ao risco de desenvolverem uma determinada doença.

Os dados descritivos constituem elementos importantes para verificar as condições de saúde e são capazes de fornecer hipóteses de fatores ou causalidade de doença que podem ser testados posteriormente.

Os estudos analíticos buscam estabelecer relações entre uma possível causa e o evento do estudo. Neles costumam ser utilizadas técnicas para testar a hipótese de associação entre a causa e o efeito.

Os estudos epidemiológicos podem ser classificados, conforme as unidades de observação, quanto ao papel do investigador, à estratégia de observação e ao propósito do estudo. Para melhor entender, apresentamos o Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação de estudos epidemiológicos.

Unidade de observação e análise	Papel do investigador	Estratégia das observações	Tipo do estudo
Individual	Observação	Transversal	Inquéritos
		Longitudinal	Estudos prospectivos (coortes) Estudos retrospectivos (caso-controle)
	Intervenção ou experimental	Longitudinal	Ensaio clínico
Agregado ou Coletivo	Observação	Estudos transversais	Estudos ecológicos
		Longitudinal	Estudos de séries temporais
	Intervenção ou experimental	Longitudinal	Ensaio comunitário

Na epidemiologia, em um desenho de pesquisa, estudam-se duas classes de seres: agregados humanos, coletivos de homens e mulheres, e indivíduos, membros desses agregados. Uma vez definido o tipo de unidade de observação e de análise, temos o papel do investigador em relação com o objeto da pesquisa. Nesse posicionamento podemos dividir em estudos experimentais ou de intervenção e não-experimentais ou observacionais.

Os estudos experimentais são os de intervenção, em que o pesquisador determina o grupo de exposto e de não-exposto a determinado fator. Esses estudos sofrem a limitação de

fatores éticos, por isso os não-experimentais ou observacionais são realizados na associação de fatores de risco e doenças. Os mais comuns são os ensaios clínico, terapêutico ou profilático e o estudo de intervenção em comunidades (MEDRONHO et al, 2009).

Os não-experimentais, de acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2006), são a investigação que se realiza sem manipular deliberadamente as variáveis, ou seja, consistem em observar fenômenos tal como se produzem em seu contexto natural, para depois analisá-los. O investigador não controla nem a exposição nem a alocação dos indivíduos.

Os desenhos quanto à estratégia de observação podem ser transversais ou longitudinais. Quando um estudo possui um caráter instantâneo, a produção do dado é realizada em um único momento no tempo; diz-se que a estratégia de observação de uma população é seccional ou transversal. É dita longitudinal quando pelo menos duas observações são realizadas em momentos diferentes.

A maioria dos estudos observacionais tem elementos descritivos e analíticos. Os principais estudos observacionais, como se apresentam no Quadro 3, são os estudos ecológicos, estudos de séries temporais, estudos de coorte, estudos de caso-controle, estudos transversais ou seccionais:

a. Estudos Ecológicos

São aqueles que abordam comparativamente, entre continentes ou partes, países, regiões, localidades. Analisam comparativamente, quase sempre por meio da correlação entre indicadores de condições de vida e de situação de saúde.

b. Estudos de Séries Temporais

São aqueles em que uma mesma área ou população são

investigadas em momentos distintos no tempo.

c. Estudos de Coorte

Possuem como característica grupos naturalmente expostos e não-expostos, para neles medir o aparecimento de um resultado que esteja associado à exposição. Utilizando o exemplo do tabagismo e do câncer de pulmão, no estudo de coorte haveria dois grupos: um de fumantes e outro de não-fumantes. Em seguida, por meio de acompanhamento sistemático nos dois grupos, é verificada a incidência de câncer de pulmão.

Esse estudo pode ser classificado em prospectivo ou retrospectivo; o primeiro realiza-se quando os expostos e não-expostos são selecionados no momento zero e acompanhados ao longo do tempo para identificação da doença; o segundo, quando os grupos de estudo são selecionados com base em uma exposição ocorrida no passado. Como exemplo, podemos ter um grupo exposto à radiação no passado, comparado com grupo semelhante, porém não-exposto, ambos analisados pelo pesquisador no momento atual.

A grande vantagem de um modelo retrospectivo é a realização desse estudo sem ter a exigência do longo tempo de acompanhamento.

Das medidas de risco utilizadas no estudo de coorte, o risco relativo é mais usado na prática clínica individual em que o médico se baseia na comparação de riscos entre usuários e não-usuários de tabaco, por exemplo; e o risco atribuível é mais aplicado na saúde pública, pois interessa saber qual o impacto esperado em termos de redução da doença, uma vez implantado um programa preventivo de combate ao tabagismo nessa população (FRANCO; PASSOS, 2005).

d. Estudos de Caso Controle

Consistem na seleção de um grupo de pessoas (caso) que possuem a doença em estudo e são classificadas segundo o grau de exposição ao fator de risco ou de prognóstico de interesse. É um estudo longitudinal, pois a informação sobre a exposição e a doença se refere a momentos diferentes. Uma amostra da população sem a doença em questão é selecionada para formar o grupo - controle. A informação sobre a exposição nos casos e controles é obtida no nível individual.

Como exemplo, pode-se observar o tabagismo e a ocorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM) em funcionários públicos universitários. Nesse estudo, todos os casos de IAM ocorridos num certo período de tempo seriam identificados, coletando-se as informações sobre a presença ou não de tabagismo nesses indivíduos. Uma amostra dos funcionários públicos, que não tiveram IAM, seria então selecionada para ser o grupo-controle; da mesma forma, coletar-se-iam as informações do grupo dos casos. A exposição ao tabaco seria comparada em ambos os grupos (MEDRONHO et al, 2009).

A base do estudo caso-controle consiste na comparação dos dois grupos, e a obtenção dessas informações é um passo crítico na metodologia devido à confiabilidade das informações prestadas pelos participantes. Nesse estudo não é possível calcular o coeficiente de incidência, pois se trabalha com partes da população, porém ele permite verificar a força da associação, ou seja, o quanto a exposição eleva o risco de aparecer a doença, chamada de *odds ratio*, indicador especial de associação.

e. Estudos Transversais

Dizem respeito àqueles em que a determinação da exposição e a doença são estudadas ao mesmo tempo.

Representam ainda uma transição entre os estudos descritivos e os analíticos, citados anteriormente.



VAMOS SABER MAIS!

Um caso para exemplo é o estudo da prevalência da sífilis congênita, como você pode ver na leitura do texto “Estudo de prevalência de sífilis congênita em um Hospital da rede SUS de Niterói-RJ”, de SCHETINI et al, 2005 que você pode encontrar na biblioteca do módulo.

Seção 4 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SUAS PRÁTICAS

A partir da década de 50, observou-se a modificação do conceito de vigilância, que deixa de ser aplicado no sentido da observação sistemática de contatos de doentes, para ter significado mais amplo, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle.

Em 1963, Langmuir já colocava como característica essencial da atividade de vigilância a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de dados da doença.

No Brasil e também em outros países, ocorreu um processo de atuação mais integrada entre as ações típicas de vigilância com a execução dos programas de prevenção e controle de doenças, sendo um campo muito vasto na Estratégia Saúde da Família.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Vigilância em Saúde, adotando o conceito de que a vigilância em saúde é mais ampla do que a tradicional vigilância epidemiológica, incluindo (BRASIL, 2005b):

- a) a vigilância das doenças transmissíveis;
- b) a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco;
- c) a vigilância ambiental em saúde;
- d) a vigilância da situação de saúde, correspondendo a uma das aplicações da área também denominada como análise de situação de saúde.

No Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde é coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (Ministério da Saúde) e reúne a vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, laboratórios de saúde pública, sistemas de informação de vigilância em saúde, programas de prevenção e

controle de doenças, Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Política Nacional de Promoção da saúde.

Tendo em vista os objetivos da vigilância em saúde, a Portaria nº 3252/2009, no artigo 6º, estabelece que

As ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações” (BRASIL, 2009a).

4.1 - Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

A incidência de doenças transmissíveis e a mortalidade em decorrência delas, tanto no Brasil como no mundo, apresentaram, de forma geral, tendência decrescente durante o século XX, quando comparadas a períodos anteriores. Essa tendência tem sido atribuída à melhoria do saneamento, das condições de moradia e do nível de escolaridade; além disso, as tecnologias médicas (como vacinas e antibióticos) e a cobertura dos serviços de saúde foram fundamentais para a diminuição da morbi-mortalidade por doenças transmissíveis (RIBEIRO, 2006).

Quando se pensava que as doenças transmissíveis estavam controladas e que a sua prevalência estava mais restrita a países de baixas condições socioeconômicas, surgiu a pandemia da AIDS e de outros acontecimentos como a resistência de antimicrobianos e a disseminação de outras doenças infecciosas, que levaram a uma revisão dessa questão e à atenção para a vigilância dessas doenças.

Sabroza e Waltner-Toews (2001, p.4) afirmam que

Particularmente alarmante era a incapacidade dos sistemas de vigilância epidemiológica para a detecção precoce e contenção do HIV, revelando a vulnerabilidade das populações urbanas mesmo nos países desenvolvidos. Da mesma forma, o modelo

epidemiológico tradicionalmente hegemônico, baseado na análise de fatores de risco individuais, mostrou-se inadequado para explicar ou prever a dinâmica deste processo infeccioso. A tradicional vigilância de fronteiras e as estratégias de controle sanitário já se haviam mostrado incapazes de prevenir a disseminação internacional de parasitas e vetores, com impactos enormes sobre a economia e os ecossistemas.

Nesse sentido, surgem propostas para a epidemiologia e para a vigilância das doenças emergentes e re-emergentes. As doenças emergentes são as que surgem com impacto significativo sobre a pessoa, como é o caso da AIDS, e as doenças re-emergentes, ou resistentes às drogas, são as que reaparecem após período de declínio significativo, como a cólera e a dengue. Até a reintrodução do *Aedes aegypti* no país, em 1967, a dengue chegou a ser considerada erradicada (PEDROSO; ROCHA, 2009).

O termo emergente também pode ser utilizado para descrever uma doença que atinge uma região antes indene, ou seja, onde até então nunca tinha sido detectado um caso da doença. Um exemplo claro é o da hantavirose.

O mais recente conceito, elaborado pelo Instituto de Medicina (EUA), em 2003, define como emergente a doença infecciosa clinicamente distinta que tenha sido recentemente reconhecida, e re-emergente uma doença conhecida cuja incidência esteja aumentando em um dado lugar ou entre uma população específica, após seu declínio ou controle (BRASIL, 2010b).

Considerando esses conceitos, a Vigilância Epidemiológica tem por objetivo interromper cadeias de transmissão, dentro de um contexto homem-meio ambiente. Isso significa que o conhecimento do território, das formas como se organizam os espaços e as relações sociais são fundamentais. A atuação em Vigilância Epidemiológica exige precisão, informação dirigida para a ação e agilidade na tomada de decisão. Não se pode

pecar pela omissão, com riscos sérios para a comunidade como um todo (CAMPOS, 2010).

Dentre essas ações, a principal é a notificação, ou seja, a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes (BRASIL, 2005a).

Depois de realizada a notificação, inicia-se o trabalho de investigação a campo, procurando esclarecer os casos, a fim de orientar medidas de controle e impedir a ocorrência de novos casos.

Para isso precisamos conceituar o que é um caso.

Podemos definir o caso como **um conjunto de critérios** que se utilizam para decidir se uma pessoa tem ou não uma particular doença ou apresenta um determinado evento adverso à saúde. Isso se faz necessário para assegurar a padronização de procedimentos e permitir a adoção de medidas de controle das doenças transmissíveis.

Estabelecida a definição de caso, pode-se comparar a ocorrência de número de casos de doença ou evento adverso à saúde, em determinado período e lugar, com o número de casos no mesmo lugar num momento anterior ou em momentos e lugares diferentes. Ou seja, diante da apropriação das informações levantadas da incidência de casos, é possível comparar o seu território com outros segmentos territoriais e assim nortear o seu processo de trabalho.

Os casos podem ser classificados em (BRASIL, 2005a):

a) Caso suspeito:

Pessoa cuja história clínica e epidemiológica, com sintomas e possível exposição a uma fonte de infecção/contaminação, sugere estar desenvolvendo ou em vias de desenvolver alguma doença.

b) Caso confirmado

Pessoa ou animal de quem foi isolado e identificado o agente etiológico ou de quem foram obtidas outras evidências epidemiológicas ou laboratoriais da presença do agente etiológico. A confirmação do caso está condicionada, sempre, à observância dos critérios estabelecidos, para a sua definição, pelo sistema de vigilância.

c) Caso descartado

Pessoa que não preenche os critérios de confirmação e compatibilidade; ou para a qual é diagnosticada outra patologia que não aquela que se está apurando.

Para detecção dos casos, a vigilância pode usar várias estratégias, como a notificação voluntária, a busca ativa de casos, a seleção de estabelecimentos de saúde como fonte-sentinela, a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar, a inspeção de produtos e serviços de saúde, entre outros.

A notificação pode ser feita por qualquer indivíduo, ainda que mais frequentemente seja feita por profissional de saúde. Toda informação que chegar à Unidade de Saúde, qualquer que seja a fonte (colegas de escola, trabalho, vizinhos, associação de moradores, imprensa e familiares), deve ser valorizada e investigada para posterior confirmação ou descarte.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) desenvolveu um Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com o objetivo de melhorar a qualidade do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade da população.

Os principais indicadores gerados pelo SINAN são: taxa ou coeficiente de prevalência, incidência ou letalidade.

Esse sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que

constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória.

Vale ressaltar que, segundo o artigo 8º da Lei nº 6.259/75, em relação à **notificação compulsória**,

É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato comprovado ou presumível de casos de doenças transmissíveis, sendo obrigatório a médicos e a outros profissionais de saúde, no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos de ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças de notificação compulsória.

A notificação de outras situações de surto, epidemia ou agravo inusitado também deve ser efetuada, para que se possam tomar medidas de intervenção e controle da situação.

Apesar da importância e da obrigatoriedade da notificação, a ocorrência de subnotificações compromete as ações de prevenção e controle das doenças. Por isso, é importante que as equipes de saúde da família procurem conhecer as características epidemiológicas das doenças e criar estratégias para sua detecção e incentivo da notificação.

A Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória e doenças de notificação imediata, conforme o quadro 4 e 5, respectivamente.

Quadro 4 - Agravos de notificação compulsória, conforme Portaria da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS (SVS/MS) nº 5, de 21 de fevereiro de 2006.

Botulismo	Leishmaniose visceral
Carbúnculo ou antraz	Leptospirose
Cólera	Malária
Coqueluche	Meningite por <i>H. influenzae do tipo B</i>
Dengue	Peste
Difteria	Poliomielite
Doença de Creutzfeldt-Jacob	Paralisia Flácida Aguda
Doença de Chagas - casos agudos	Raiva humana
Doença meningocócica e outras meningites	Rubéola
Esquistossomose (em área não endêmica)	Síndrome da Rubéola Congênita
Eventos adversos pós vacinação	Sarampo
Febre Amarela	Sífilis Congênita
Febre do Nilo Ocidental	Sífilis em gestante
Febre Maculosa	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Febre Tifóide	Síndrome febril ictero-hemorrágica aguda
Hanseníase	Síndrome Respiratória Aguda Grave
Hantavirose	Tétano
Hepatites virais	Tularemia
Infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical	Tuberculose
Influenza humana por novo subtipo viral	Varíola
Leishmaniose Tegumentar Americana	

Fonte: BRASIL, 2006a

Quadro 5 - Agravos de notificação compulsória imediata, conforme Portaria da SVS/MS nº5, de 21 de fevereiro de 2006.

Caso suspeito ou confirmado	Surto ou agregação de casos ou de óbitos
Botulismo	Agravos inusitados
Carbúnculo ou antraz	Ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória
Cólera	Difteria
Febre Amarela	Doença de chagas aguda
Febre do Nilo Ocidental	Doença meningocócica
Hantavirose	Influenza humana
Influenza humana por novo subtipo viral	Caso confirmado de tétano neonatal
Peste	Epizootias e/ou morte de animais que podem preceder a ocorrência de doenças em humanos
Poliomielite	Epizootias em primatas não humanos
Raiva humana	Outras epizootias de importância epidemiológica
Sarampo em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior	
Síndrome febril ictero-hemorrágica aguda (SIFHA)	
Síndrome Respiratória Aguda Grave	
Variola	
Tularemia	

Fonte: BRASIL, 2006a

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde podem adicionar à lista outras patologias de interesse regional ou local, justificada a sua necessidade e definidos os mecanismos operacionais correspondentes. O quadro 6 mostra a lista das doenças e agravos de notificação compulsória de Mato Grosso do Sul conforme Resolução n.º 693 SES/MS, de 12 de dezembro de 2005.

Quadro 6 - Lista das doenças e agravos de notificação compulsória do Estado de Mato Grosso do Sul

Acidentes por animais peçonhentos	Intoxicação por Agrotóxico
Atendimento Antirrábico Humano	Leishmaniose Tegumentar Americana
Botulismo	Leishmaniose Visceral
Carbúnculos ou “Antraz”	Leptospirose
Citomegalovirose em gestantes e crianças menores de 01 ano	Malária
Cólera	Meningite por Haemophilus Influenzae
Condiloma Acuminado	Peste
Conjuntivite	Poliomelite
Coqueluche	Paralisia Flácida Aguda
Dengue	Paracoccidiomicose
Difteria	Raiva humana
Doenças de Creutzfeldt - Jacob	Rubéola
Doenças de Chagas (casos agudos)	Síndrome da rubéola congênita
Doenças Meningocócicas e outras Meningites	Sarampo
Esquistossomose (em área não endêmica)	Sífilis congênita
Eventos adversos Pós-Vacinação	Sífilis em gestantes
Febre Amarela	Sífilis adquirida
Febre Maculosa	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS
Febre Tifóide	Síndrome Febril Ictero-hemorrágica Aguda
Febre Purpúrica Brasileira	Síndrome Respiratória Aguda Grave
Hanseníase	Tétano Acidental e Tétano Neonatal
Hantavirose	Toxoplasmose em gestantes e crianças menores de 01 ano
Hepatites Virais	Tularemia
Herpes Genital	Tuberculose
Infecção Gonocócica	Varicela
Infecção pelo HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão	Variola
Infecção pelo HTLV em gestantes	

Fonte: Mato Grosso do Sul, 2005

Obs: ficam sujeitos à notificação imediata via telefone os casos suspeitos de Botulismo, Carbúnculo ou Antraz, Cólera, Febre Amarela, Febre do Nilo Ocidental, Hantavirose, Peste, Raiva Humana, Síndrome Febril Ictero-hemorrágica Aguda, Síndrome Respiratória Aguda Grave, Varíola, Tularemia, Poliomielite, Paralisias Flácidas Agudas, Tétano Neonatal, Surtos ou Agregação de casos ou de óbitos por agravos inusitados, Difteria, Doença de Chagas Aguda, Doença Menigocócica e Influenza Humana.

A vigilância epidemiológica deve fazer parte da rotina da equipe de saúde da família, por meio do desenvolvimento de ações de notificação das doenças, encaminhamento dos casos suspeitos às unidades de saúde, diagnóstico dos casos, busca de pacientes faltosos ao tratamento, realização de busca ativa de doenças, investigação de casos, realização de imunizações (vacinas), atividades educativas e planejamento de ações conjuntas.

4.2 - Vigilância Epidemiológica de Doenças Não-Transmissíveis e Agravos

Como já visto anteriormente, a transição do perfil epidemiológico das populações, em que se observa declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e aumento das mortes por doenças crônicas e degenerativas e por causas externas, revela que é necessário reorganização e adaptação das instituições nos processos de trabalho para atender a essa nova demanda.

A partir de 2000, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) iniciou ações de estruturação da área de Doenças e Agravos Não -Transmissíveis (DANT), de forma que, em 2003, criou-se a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (CGDANT).

Para desenvolver suas atribuições, a CGDANT estrutura-

se abrangendo as seguintes áreas: vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis, violência de acidentes e violências e promoção da saúde. A CGDANT é parte da estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

4.2.1 Vigilância de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

As estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença, constituindo um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda (WHO, 2002). Dentre esse grupo de doenças, estão as enfermidades cardiovasculares, o diabetes *mellitus* e algumas neoplasias que estão entre as maiores causas de mortalidade nas Américas.

No Brasil, em 2004, as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida (BRASIL, 2006b). A principal causa de óbito no Brasil, em 2004, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias e causas externas (MALTA et al, 2006).

Hoje, há evidências suficientes para se afirmar que é possível prevenir a maioria das DCNT, bem como alterar o seu curso, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos, por meio de ações para a prevenção dos principais fatores de risco para DCNT (BRASIL, 2008a).

Ou seja, as informações da morbidade e da mortalidade em um dado momento refletem sempre a exposição a um ou mais fatores de risco no passado. Por outro lado, a exposição atual a esses fatores de risco indica uma maior ou menor probabilidade de desenvolver uma doença crônica no futuro (BRASIL, 2005b).

Conforme a figura 3, podemos observar que os fatores de risco podem ser classificados em “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras

drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (BRASIL, 2005b).

Figura 3 - Rede de causalidade hipotetizada para as doenças crônicas não-transmissíveis com destaque a focos e oportunidades de intervenção (BRASIL, 2005b)



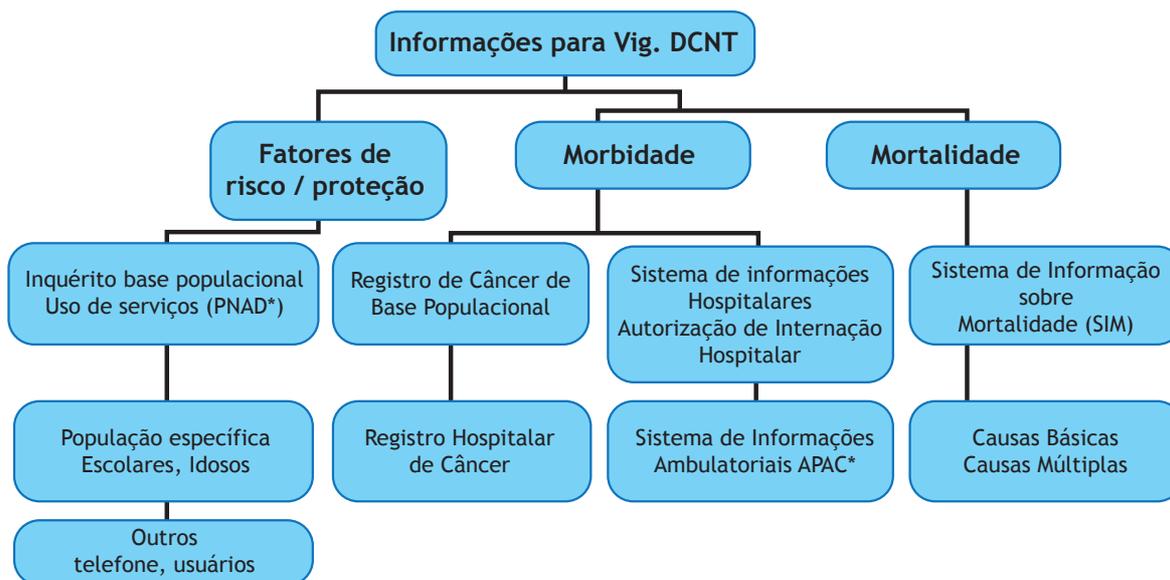
Fonte: OMS, modificado por Barreto, SM. 2004.

Portanto, a modificação do perfil de risco, com a adoção de modos de vida saudável é a estratégia mais importante para prevenir novos casos de doenças crônicas e, assim, deter o crescimento das mesmas e melhorar o prognóstico daqueles que já estão doentes (BRASIL, 2005b).

Vale destacar que nos fatores de risco comportamentais não se deve levar em conta a culpabilização do sujeito no processo de exposição, pois a adesão a certos modos de viver não resulta apenas de escolha individual, mas é medida por determinantes sociais, culturais e econômicos (BRASIL, 2005b).

A Figura 4 apresenta as fontes de dados e informações estratégicas para o apoio aos processos de vigilância de DCNT, segundo três eixos: fatores protetores e de risco, morbidade e mortalidade por DCNT.

Figura 4 - Diagrama de fontes de informações para a vigilância de doenças crônicas não- transmissíveis no Brasil.



* PNAD: Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade

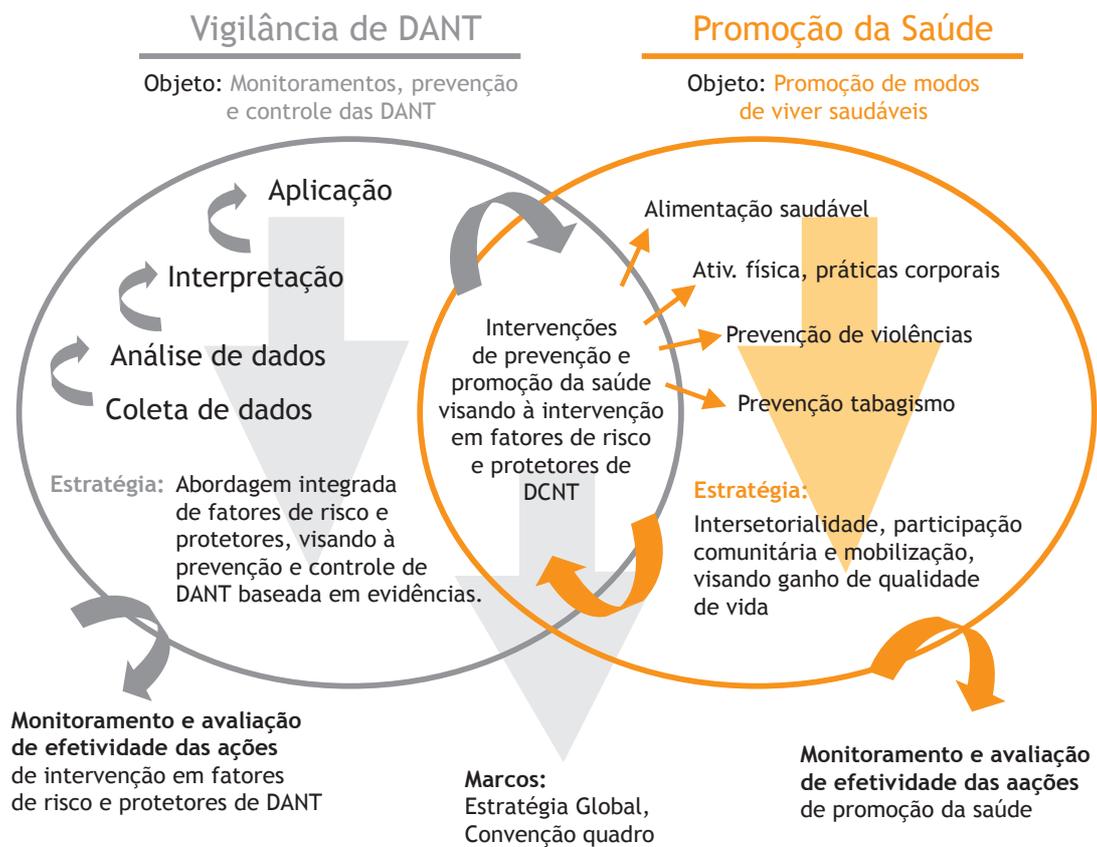
Fonte: BRASIL, 2005b.

Essas fontes de informações possibilitam o monitoramento continuado da ocorrência da DCNT, de tal forma que os responsáveis pela vigilância podem prover os gestores de subsídios para elaboração de programas de prevenção.

A atuação das equipes de saúde da família é essencial para as ações de prevenção e promoção da saúde no cuidado integral das DCNT, desenvolvendo ações intersetoriais, com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. A Figura 5 mostra a articulação entre Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT) e promoção da saúde, suas

interfaces, articulações e parcerias. Ou seja, a Vigilância das DANT deve estabelecer parcerias com outros setores (educação, meio ambiente, agricultura, trabalho, comércio, entre outros), com o objetivo de induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a redução dessas doenças.

Figura 5 - Articulação entre a Vigilância de Doenças e Agravos Não -Transmissíveis (DANT) e promoção da saúde



Fonte: Duarte (2005)



VAMOS SABER MAIS!

A Organização Mundial de Saúde descreve 10 mitos que comumente acompanham as DCNT e as tornam negligenciadas na sua abordagem mundial pelos governos, pela mídia e pela população em geral. A superação desses mitos é essencial para a definição de políticas públicas de cuidado integral das DCNT (BRASIL, 2008b); é importante que você os conheça:

1) “As DCNT afetam predominantemente os países ricos”.

Tal noção se revela errônea, pois 4 em cada 5 mortes por DCNT ocorrem em países em desenvolvimento.

2) “Países em desenvolvimento poderiam controlar as doenças transmissíveis antes das DCNT”.

Também é uma falsa questão, pois nos países em desenvolvimento convive-se com velhos e novos desafios e a dupla carga de doenças, que devem ser objetos de intervenção.

3) “As DCNT afetam predominantemente pessoas ricas”.

Outra concepção equivocada, pois as pessoas pobres são mais afetadas, uma vez que, na maioria das vezes, não têm acesso a escolhas saudáveis e têm menos acesso a tratamentos adequados. Além disso, as DCNT podem levar pessoas e famílias a aumentar sua pobreza, por reduzir sua capacidade de trabalho e resultar em maiores gastos.

4) “As DCNT afetam predominantemente pessoas idosas”.

A maioria das DCNT afeta pessoas com menos de 70 anos de idade, levando-as à morte e à incapacidades prematuras.

5) “As DCNT afetam predominantemente homens”. Na verdade, afetam igualmente homens e mulheres. Dados da OMS revelam que as doenças cardiovasculares produziram em 2005, no mundo, 3,6 milhões de mortes em mulheres (47% das mortes por tal causa).

6) “As DCNT são resultados de estilos de vida não saudáveis”.

A responsabilidade individual ocorre apenas quando o indivíduo

pode ter acesso à opção por escolhas saudáveis. Os governos têm um papel crucial em prover escolhas saudáveis, em especial para providenciar proteção social para grupos vulneráveis. Isso é especialmente verdadeiro para crianças, que não podem escolher o ambiente em que vivem, sua dieta, a exposição ou não ao tabaco etc.

7) “As DCNT não podem ser prevenidas”. Tal atitude pessimista não corresponde à realidade. A eliminação dos fatores de risco pode extinguir pelo menos 80% das doenças cardiovasculares, dos casos de diabetes tipo 2 e Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 40% dos casos de câncer.

8) “Prevenir DCNT é muito caro”. Em sua maioria, as intervenções de prevenção de DCNT são custo-efetivas em todas as regiões do mundo. Investir nessas ações custa muito pouco e tem ótimo resultado.

9) “Algumas pessoas têm muitos fatores de risco e vivem muito tempo”. Esses casos certamente existem, mas não são muito frequentes. Na maioria das vezes, as pessoas que têm um ou mais fatores de risco desenvolvem doenças e morrem precocemente.

10) “Todo mundo irá morrer um dia”. Isso é fato, mas a morte não precisa ser lenta, prematura ou dolorosa.



VAMOS REFLETIR!

Discuta junto a sua equipe os dez mitos. Coloque em seu portfólio uma síntese abordando os conteúdos discutidos em sua equipe e quais ações poderão ser realizadas para minimizar essa situação.

4.2.2 Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

A violência é um problema social e de saúde pública, que acarreta prejuízos emocionais, psicológicos e cognitivos, ameaçando o desenvolvimento dos povos e afetando a qualidade de vida da sociedade (MARZIALE, 2004).

O Relatório Mundial sobre a violência e a saúde, da Organização Mundial de Saúde, conceitua a violência como:

Uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (OMS, 2002, p.5).

O tema violência entrou na agenda do campo da saúde recentemente, por volta das duas últimas décadas do século XX, pautada pelo crescimento dos números de óbitos e adoecimentos por causas externas (MALTA, 2007).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que tem permitido conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública. O VIVA foi estruturado em dois componentes: 1) vigilância contínua de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA Contínuo); 2) vigilância sentinela de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Sentinela).

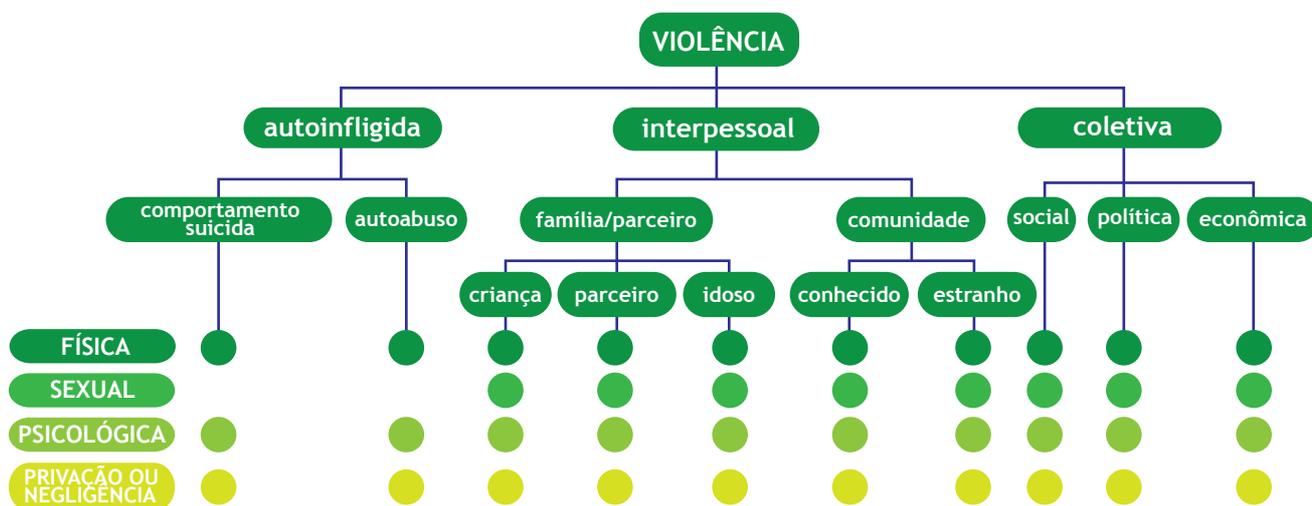
Essa vigilância tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, além de articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências,

garantindo, assim, a atenção integral e humanizada, a proteção e a garantia dos direitos humanos.

A vigilância epidemiológica de violências e acidentes vem complementar as análises epidemiológicas já realizadas com os dados dos sistemas de mortalidade e de morbidade hospitalar, revelando mais detalhes sobre as características da vítima, circunstâncias do evento e do provável autor de agressão. É uma estratégia útil para detalhar os casos menos graves e sobre os quais não existiam dados - pois se refere aos casos que não seriam registrados pelos tradicionais sistemas de informação em saúde do país -, além de revelar a violência doméstica e a sexual, que ainda permanecem encobertas em nossa sociedade (BRASIL, 2010c).

Conforme a Figura 6, a Organização Mundial da Saúde divide a violência em três categorias: violência dirigida a si mesmo ou **autoinfligida**; **violência interpessoal**; **violência coletiva**.

Figura 6 - Tipos de violência conforme a Organização Mundial de Saúde.



Fonte: http://who.int/violence_injury_prevention/psf/injuryguidelines.pdf

a) Violência autoinfligida

- 1. Comportamento suicida:** envolve tentativas de suicídio e pensamentos suicidas ou autolesões deliberadas.
- 2. Autoabuso:** inclui atos de automutilação.

b) Violência interpessoal

1. Violência da família ou parceiro íntimo - ocorre entre membros da família e parceiros íntimos. Esse grupo inclui as formas de violência como abuso infantil, violência contra a mulher, violência sexual, violência contra idosos, violência contra pessoas com deficiência.

2. Violência comunitária - ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, podendo ser conhecidos ou estranhos. Geralmente ocorre fora de casa, nos espaços públicos. Esse grupo envolve os casos de estupro por desconhecidos, violência juvenil, violência institucional (em escolas, asilos, trabalho, prisões, serviços de saúde etc.) e a violência no trabalho (assédio moral e sexual).

c) Violência coletiva

1. Social - nesta subdivisão estão os crimes de ódio por grupos organizados, atos terroristas e violências de multidões.

2. Política - inclui guerras e conflitos de violência, violência de estados e atos de grandes grupos.

3. Econômica - ataques de grupos maiores motivados por ganhos econômicos, para interromper a atividade econômica de um país ou região, negar acesso a serviços essenciais ou criar fragmentação econômica.

Em cada tipo de violência, podemos visualizar as agressões que podem ser de natureza **física, sexual, psicológica,**

negligência ou privação.

a) Violência de natureza física

Quando uma pessoa que está em relação de poder com outra causa ou tenta causar dano não acidental, por meio da força física ou algum tipo de arma, podendo provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. As agressões podem ser socos, pontapés, bofetões, tapas ou qualquer outro gesto.

b) Violência de natureza sexual

É todo ato pelo qual uma pessoa, em relação de poder e por meio da força física ou intimidação psicológica, obriga a outra a executar ato sexual contra a sua vontade. A violência sexual ocorre contra crianças e adolescentes, mulheres, pessoas com deficiência ou idosos. É sempre considerada crime, seja praticada por desconhecido ou por familiares: pai, padrasto, avô, tio, companheiro, ou até mesmo marido. A violência sexual pode ocorrer em uma variedade de situações como:

1. Abuso incestuoso/Incesto: São atividades de cunho sexual envolvendo pais, irmãos ou outro parente próximo, os quais se encontram em uma relação desigual de poder. Costumam ser mantidas em sigilo pela família, pelo alto grau de reprovação social. Podem vitimar crianças e adolescentes com deficiência física ou mental, que apresentam mais fragilidade e menos condições de defesa.

2. atentado violento ao pudor: As relações sexuais (carícias íntimas, masturbação, sexo oral e anal) neste caso são diferentes da conjunção carnal e, portanto, podem ter como sujeito, ativo ou passivo, homens ou mulheres que forem submetidos a essas práticas sem consentimento, mediante

violência ou grave ameaça.

3. Estupro: De acordo com a legislação vigente, é a relação sexual vaginal, que ocorre sem o consentimento da mulher, devido à utilização de violência ou grave ameaça praticada por desconhecido ou pelo parceiro.

4. Assédio sexual: Constranger alguém com objetivo de obter vantagem ou favorecimento sexual, utilizando-se de sua condição de superioridade hierárquica no trabalho ou função. A ação do agressor inclui ameaças veladas, sussurros, olhares maliciosos a portas fechadas.

5. Exploração sexual: É o uso de pessoas de qualquer idade ou sexo, com fins comerciais ou lucrativos, para manter relações sexuais, produzir materiais pornográficos (fotos, filmes, vídeos, etc.).

6. Pornografia infantil: Apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação e publicação, por qualquer meio de comunicação, inclusive a rede mundial de computadores (internet), de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito envolvendo crianças ou adolescentes.

7. Pedofilia: É o ato de um adulto ao manter atividades sexuais com uma menina ou menino, o que constitui um crime.

8. Voyeurismo: Transtorno em relação à preferência sexual, com tendência de observar pessoas em atividades sexuais ou íntimas (tirar a roupa, por exemplo), com o propósito de excitar-se, sem que a pessoa observada saiba ou com sua aprovação. Voyeurismo é uma parafilia (antiga perversão sexual) classificado pela CID 10 nos TRANSTORNOS DA PREFERENCIA SEXUAL - F65. É muito comum que pessoas com transtornos da personalidade (F60) também apresentem parafilias, mas não é regra.

c) Violência de natureza psicológica

É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento dos indivíduos por meio de agressões verbais ou humilhações constantes, como: ameaças de agressão física, impedimento de trabalhar fora, de sair de casa, de ter amizades, de telefonar, de conversar com outras pessoas.

1. Assédio Moral : É a exposição de um trabalhador a situações humilhantes e constrangedoras, repetitivas e prolongadas, em que prevalecem atitudes e condutas negativas dos chefes em relação a seus subordinados. A vítima escolhida é isolada do grupo sem explicações, passando a ser hostilizada, ridicularizada, inferiorizada, culpabilizada e desacreditada diante dos colegas. As vítimas podem apresentar sintomas como depressão, palpitações, tremores, distúrbios do sono, hipertensão, distúrbios digestivos, dores generalizadas, alteração da libido e pensamentos ou tentativas de suicídios.

d) Privação ou Negligência

É a ausência de atendimento às necessidades básicas, físicas e emocionais das crianças, adolescentes, adultos, idosos ou pessoas com deficiência (física, mental, visual, auditiva).



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais sobre o impacto da violência sobre a saúde da população brasileira e latino-americana, visite o site da CLAVES, Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, acessando o seguinte link <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/claves>

Nas situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas a notificação é de caráter compulsório e contínuo, conforme determinado pelas Leis de nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), nº10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 10.778/2003 (Notificação de Violência contra Mulher).

Cabe à equipe de saúde da família estar atenta a situações de violência dentro de sua área de atuação, identificando os tipos e causas de violências presentes no ambiente familiar e na comunidade, encaminhando as vítimas à rede de atenção e proteção e de acompanhando para a condução do caso.

Entre outras ações de vigilância, é importante estimular a participação social na busca de estratégias de prevenir a violência, através do debate do assunto nas famílias, comunidades, escolas, serviços de saúde e outros setores da sociedade.

Diante desse crescimento da violência no mundo, em 1999, a Assembléia Geral das Nações Unidas realizou um movimento global pela não violência e declarou uma cultura de paz como:

um conjunto de valores, atitudes, comportamentos e modos de vida que rejeitam a violência e previnem os conflitos, atacando suas causas para resolver os problemas através do diálogo e negociação entre indivíduos, grupos e nações (BRASIL, 2009a, p.5).

Nesta mesma declaração, também foram definidos os oito campos de ação em que o Estado e a sociedade civil devem atuar para garantir a promoção da cultura de paz. São eles: educação para a paz; desenvolvimento econômico e social sustentável; direitos humanos; igualdade entre os gêneros; participação democrática; compreensão, tolerância e solidariedade; comunicação participativa e livre circulação de informação e conhecimento; paz e segurança internacionais (BRASIL, 2009a).



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais sobre os detalhes das ações acima citadas, entre na biblioteca e abra o arquivo Relatório Mundial de Cultura de Paz.

4.3 - Vigilância em Saúde do Trabalhador

O trabalho é uma atividade que faz parte da vida do ser humano e, independente de ser remunerado ou não, ele é muito importante como uma fonte de autoestima, geração de conhecimento, realização pessoal e obtenção de bens materiais.

Porém o trabalho também pode ser levado para o lado negativo, como uma forma de explorar a mão de obra, escravizar as pessoas, degradar a condição humana e expô-la a situações de perigo, dentre outras condições adversas. Nessas condições ou em ambientes inadequados, o exercício do trabalho pode propiciar o surgimento de doença, acidente e morte do trabalhador.

No atual cenário em que vivemos, de avanços tecnológicos, competitividade no mercado de trabalho e maximização de lucros, há um risco crescente e diversificado de danos ou agravos que incidem sobre o trabalhador, como problemas músculos-esqueléticos, câncer, perda auditiva, intoxicações químicas, acidentes, doenças cardiovasculares e problemas emocionais. Essas são algumas das doenças mais importantes relacionadas ao trabalho que são frequentes no Brasil (FACCHINI et al., 2005).

Tradicionalmente, os fatores de risco presentes nos locais de trabalho podem ser classificados em cinco grandes grupos:

Riscos físicos: ruído, vibração, radiações ionizantes e não ionizantes (micro-ondas, ultrassom, raio laser), temperaturas

extremas (calor e frio), pressão atmosférica anormal;

Riscos químicos: agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas, e poeiras minerais e vegetais comuns nos processos de trabalho;

Riscos biológicos: vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária;

Riscos da organização no trabalho: decorrente da organização e gestão do trabalho, como por exemplo: do uso de máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigência de produtividade, relações de trabalho autoritárias, entre outros;

Riscos mecânicos e de acidentes: ligados à proteção de operacionalização de máquinas, inadequação da estrutura física, ordem e limpeza do ambiente e falhas de sinalização, que podem provocar acidentes do trabalho.



VAMOS SABER MAIS!

Para um maior conhecimento das doenças e agravos, o Ministério da Saúde lançou um Manual de Doenças relacionadas ao trabalho, com o objetivo de orientar aos profissionais de saúde quanto à prevenção, à vigilância e à assistência à saúde dos trabalhadores, que você pode encontrar na biblioteca do módulo.

A Constituição de 1988 atribuiu ao Sistema Único de Saúde, competência de ações na área da Saúde do Trabalhador, através de políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além de serviços e ações que possam promover, proteger e recuperar a saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) regulamentou

os dispositivos da Constituição sobre a Saúde do Trabalhador, definindo-os 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 (BRASIL, 1990).

Através da Portaria MS/GM n° 3.120 de 1° de julho de 1998, o Ministério da Saúde define a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como a ação contínua e sistemática, ao longo do tempo, para detectar, conhecer, pesquisar e analisar fatores tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos relacionados aos processos e ambientes de trabalho, determinando e condicionando os agravos à saúde do trabalhador. A Vigilância em Saúde do Trabalhador tem a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções que eliminem ou controlem seus efeitos deletérios à saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1998).

Em 2002 foi criado, no âmbito do SUS, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), como uma estratégia de garantir a atenção integral à saúde do trabalhador; dentre os objetivos da RENAST está a inclusão de ações de saúde do trabalhador na rede de Atenção Básica, o fortalecimento dos centros de referência em saúde do trabalhador (CEREST) e uma rede de serviços- sentinela em saúde do trabalhador, conforme a Figura 7.

Aos CEREST cabe a função de dar suporte técnico às ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais, leia a Portaria 2.728 (BRASIL, 2009b), que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), disponível em sua biblioteca virtual.

Figura 7 - Modelo de atenção da RENASt.



4.3.1 Acidentes De Trabalho

Os acidentes de trabalho constituem o principal agravo à

saúde dos trabalhadores no Brasil.

O termo “acidentes de trabalho” refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal ou informal de trabalho.

Tradicionalmente, os acidentes de trabalho no Brasil são divididos em:

Acidentes típicos: são aqueles que ocorrem no local e horário de trabalho, ou quando o trabalhador está prestando serviços da empresa ou viajando a trabalho. Nesta categoria estão os acidentes com máquinas, equipamentos e ferramentas, quedas, queimaduras etc., incluindo-se também atos de violência praticados nos ambientes de trabalho, como agressões, homicídios, etc.

Acidentes de trajeto: ocorrem no percurso de casa para o trabalho ou vice-versa, não importando o meio de locomoção. Esses acidentes relacionam-se intensamente com as condições de transporte dos trabalhadores e com a violência do trânsito nos grandes centros urbanos.

Doenças relacionadas ao trabalho: incorporam doenças que são necessariamente causadas pelo trabalho e as que são precipitadas, desencadeadas ou agravadas por ele.

As informações existentes hoje do número de acidentes de trabalho no Brasil são da Previdência Social, através do preenchimento do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT). Esses dados referem-se somente aos trabalhadores do mercado formal da economia, excluindo os trabalhadores que não têm a carteira de trabalho assinada.

Dias e Hoefel (2005) referem que, de cerca de 85 milhões de trabalhadores no Brasil, apenas um terço são cobertos pelo

Seguro de Acidente do Trabalho (SAT), sendo a estimativa anual de ocorrência de agravos referentes ao trabalho relacionada a mais de um milhão de trabalhadores.

O Ministério da Saúde estabeleceu a notificação compulsória de 11 agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, em rede de serviços sentinela específica (Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004), que são notificados no SINAN NET como: acidentes de trabalho fatais; acidentes de trabalho com mutilações; acidentes com exposição a material biológico; acidentes de trabalho envolvendo crianças e adolescentes; dermatoses ocupacionais; intoxicações exógenas; lesões por esforços repetitivos; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho; pneumoconioses; perda auditiva induzida por ruído; transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho (BRASIL, 2004).

Scherer et al (2007) acreditam que, para a Vigilância em Saúde do Trabalhador ser efetiva, é necessário que haja um Sistema de Informações, contendo os dados importantes para o desenvolvimento das ações e estratégias mais adequadas para a saúde do trabalhador.

A Estratégia de Saúde da Família assume um papel importante na saúde do trabalhador, porque ela pode identificar o perfil dos trabalhadores de sua área e, assim, relacionar as doenças e riscos ligados ao trabalho. Para tanto, as ações de assistência devem estar sempre integradas com as ações coletivas de vigilância da saúde, pois, dessa forma, a equipe de saúde poderá planejar e oferecer ações que visem prevenir os agravos relacionados ao trabalhador.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), as propostas de ações de vigilância da saúde, a seguir, deverão ser discutidas e adaptadas em função da dinâmica de trabalho dos grupos de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde:

- Identificação das atividades produtivas existentes na área, bem como os fatores de risco potenciais para

a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente;

- Cadastramento da população adscrita no território quanto à ocupação exercida (FICHA A /SIAB);
- Análise dos dados coletados, buscando informações a respeito do perfil de saúde do trabalhador em cada área, separando por sexo, faixa etária, escolaridade e ocupação;
- Notificação da exploração do trabalho infantil, do trabalho escravo, bem como da existência de situações de risco para a saúde dos trabalhadores;
- Desenvolvimento de atividades educativas de orientação aos trabalhadores (Direito Trabalhista e Previdenciário).



VAMOS SABER MAIS!

Para ter mais informações e análises sobre a saúde do trabalhador, visite o site do Observatório Saúde dos Trabalhadores, no seguinte endereço: <http://www.observatoriosst.com.br/home.php>

4.4 - Vigilância Ambiental

As ações humanas sobre a natureza têm impactos ambientais que podem ser positivos ou negativos. Dentre as modificações danosas ao meio ambiente estão a exploração da matéria prima, o processo de fabricação e o apelo ao consumo.

Essa intervenção humana sobre o meio ambiente vem sendo acelerada desde o processo de industrialização e urbanização, iniciado na Revolução Industrial, ao final do século

XIX.

Nesse período ocorreram problemas ambientais de diversas magnitudes, que acarretaram danos à saúde de grupos populacionais. Um dos casos mais conhecidos no Brasil foi o do acidente em Goiânia, com o elemento radioativo Césio 137, quando, em 1987, um grupo de pessoas foram expostas acidentalmente ao produto, cápsula de césio, que se encontrava abandonado nas dependências de uma instituição desativada. O acidente provocou lesões graves, queimaduras e óbitos, além da contaminação do meio ambiente e consequências sociais até os dias de hoje.

Nas últimas décadas, a preservação do meio ambiente vem sendo amplamente abordada pelas Nações Unidas e ganhou intensidade na discussão, pelo aumento da frequência de desastres naturais ocorridos ao redor do mundo (tsunamis, secas, enchentes).

Padrões de desenvolvimento não-sustentáveis vêm favorecendo a degradação ambiental, ao mesmo tempo em que afetam o homem, sua qualidade de vida e seu estado de saúde, por intermédio de alterações significativas no meio natural e destruição de diversos ecossistemas. Essas alterações levam a mudanças nos padrões de distribuição de doenças e nas condições de saúde dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2007b).

É recente a incorporação da atenção básica à questão ambiental pela Organização Mundial de Saúde, apontando a urgência do enfrentamento intersetorial e interdisciplinar das questões de saúde e ambiente presentes no cotidiano das populações e na dinâmica dos serviços e sistemas de saúde (IANNI ; QUITÉRIO, 2009).

O Brasil ainda não tem uma política de saúde ambiental, no entanto foram feitos esforços para a elaboração de um documento de “Subsídios para a construção da Política Nacional de Saúde Ambiental” pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. A Vigilância em Saúde Ambiental, braço

operativo dessa política tem como propósito ações que:

“proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde” (BRASIL, 2002, p.7).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem estruturando e fortalecendo um Sistema de Vigilância em Saúde Ambiental em todo o país, para aprimorar um modelo de atuação no âmbito do SUS, e vem constituindo competências que objetivam a implementação de ações em que é constatada a relação entre saúde humana, degradação e contaminação ambiental (BRASIL, 2007b).

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde (CGVAM) na gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA), elencou prioridades de atuação e trabalha com os seguintes programas:

a) 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, à promoção da saúde e à prevenção das doenças de transmissão hídrica.

b) A 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.

c) 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.

d) VIGIDESASTRES

Vigilância de populações expostas a desastres, acarretados por eventos como secas/estiagens, enchentes/inundações, incêndios, florestais, deslizamentos, vendavais, granizo, tornado, furacões.

e) VIGIFISI

Vigilância de populações expostas a fatores físicos, especialmente a radiações eletromagnéticas.

f) VIGIAPP

Vigilância de populações expostas a acidentes com produtos perigosos, tais como explosões, incêndios, vazamentos ou emissões de produtos, que provoquem riscos à saúde humana e ao meio ambiente.

g) VIGIQUIM

Vigilância de populações expostas a contaminantes ambientais e substâncias químicas. O programa estabelece cinco substâncias prioritárias: asbestos, benzeno, agrotóxicos, mercúrio e chumbo.

Sendo muito recente a implantação do SINVSA no nível federal, atualmente o sistema está em um momento de consolidação e ampliação de seu escopo de atuação e para a maioria dos estados e municípios ainda é o momento de implantação e formatação da vigilância ambiental nos seus respectivos níveis.

No processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, a interação entre saúde e ambiente é abordada na questão do saneamento básico, cujo tema é visto na Ficha A (SIAB), com os títulos de Destino do Lixo, Tratamento da Água no Domicílio, Abastecimento de Água e Destino de Fezes e Urina.

Os desafios nessa área para a Saúde não só passam pela falta de saneamento básico, mas também pela poluição do ar, alterações microclimáticas e pelo processo de urbanização, o que tem levado à ocorrência de problemas de saúde, principalmente de grupos mais vulneráveis da sociedade.

A relação entre saúde e ambiente faz parte de um sistema complexo, que carece de instrumentos de avaliação e controle, exigindo abordagens interdisciplinares e intersetoriais que visem à correção ou à mitigação das consequências negativas do desenvolvimento econômico (BARCELLOS ; QUITÉRIO, 2006).



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais, leia a Instrução Normativa SVS/MS nº1, de 7 de março de 2005, que regulamentou as atribuições do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental e definiu às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. A Instrução Normativa está disponível na Biblioteca do Módulo.

4.5 - Vigilância Sanitária

O conceito de Vigilância Sanitária foi regulamentado pela lei 8.080/90 e é definida como:

“um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da

prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionam-se 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).”

Dentro desse rol de atribuições, as ações da Vigilância Sanitária podem ser divididas em grandes grupos de:

- **produtos:** alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e outros de interesse de saúde;
- **serviços de saúde** (centro de saúde, clínicas, farmácias, hospitais, unidades móveis de urgência/emergência etc.) e de **interesse de saúde** (creches, asilos para idosos, presídios, cemitérios, salões de beleza, cantinas, academia de ginástica, clubes etc.).
- **ambientes, incluído o do trabalho** (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).

A vigilância sanitária difere de outras ações e serviços de saúde por ter um vínculo estreito com os setores econômico e jurídico. Diferentemente da assistência à saúde, as ações de Vigilância Sanitária são de competência exclusiva do Estado, que detém o poder de interferir na propriedade privada para assegurar o interesse da coletividade. É essa função que lhe confere o poder de autoridade, o chamado *poder de polícia*, cujas ações, no caso da Vigilância Sanitária, abrangem tanto as atividades de particulares quanto as públicas, pois o Estado submete-se às leis que ele mesmo cria (COSTA, 2001).

Poder de Polícia: Poder dado ao Estado para limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público. O poder de polícia é exercido em duas áreas: judiciária e administrativa.

Em nome da proteção da saúde da população, a Vigilância Sanitária pode punir quem desrespeita as normas sanitárias por meio de sanções administrativas: advertência, multa, interdição de atividades, fechamento de estabelecimentos, inutilização de produtos e outras.

Hoje, a Vigilância Sanitária aparece frequentemente na mídia e começa a ser reconhecida como um instrumento do Estado de promoção e proteção da saúde da população, garantindo, assim, os direitos constitucionais do cidadão. Entretanto, o quadro nem sempre foi esse. Por muito tempo, a Vigilância Sanitária se resumiu às ações de fiscalização sanitária e não se constituindo em representação de proteção da saúde da população (MOSTRA CULTURAL VIGILÂNCIA SANITÁRIA E CIDADANIA, 2010).



VAMOS SABER MAIS!

Para conhecer mais, visite a mostra cultural “Vigilância Sanitária e Cidadania”, idealizada pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Cecovisa/Ensp/Fiocruz) como um espaço de aproximação da Vigilância Sanitária com a população.

No Brasil, as atividades de vigilância sanitária são de responsabilidade do **Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)**, instituído pela Lei 9.782/99 (BRASIL, 1999), sob a

coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde.

O SNVS encontra-se nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e é integrado pelas representações:

- ANVISA;
- Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância sanitária;
- Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais;
- Sistemas de Informação de Vigilância Sanitária.

O SNVS, dentro do seu campo de competência, detecta emergências em saúde pública e define ações de intervenção, por intermédio de:

I - Rede de Comunicação em VISA - Rcvisa, que notifica surtos relacionados a alimentos;

II - Farmácias Notificadoras, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas em relação ao consumo de medicamentos;

III - Hospitais Sentinela, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos e equipamentos de saúde;

A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde (chamadas de unidades sentinela) que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes. relacionados ao trabalho.

IV - NOTIVISA, que notifica eventos adversos e queixas técnicas relacionados com os produtos sob vigilância sanitária, quais sejam:

1. medicamentos, vacinas e imunoglobulinas;
2. artigos médico-hospitalares;
3. equipamento médico-hospitalar;
4. sangue e componentes;
5. agrotóxicos.

V - Centro de Informações Toxicológicas, que notifica intoxicações e envenenamentos.

VI - Postos da ANVISA em portos, aeroportos e fronteiras, que notificam eventos relacionados a viajantes, meios de transporte e produtos.

Como já vimos, a Vigilância Sanitária possui um espaço privilegiado de comunicação e promoção da saúde, pelo fato de lidar com produtos e serviços presentes no cotidiano dos indivíduos, abrindo oportunidade de aplicação de ações educativas no âmbito da vigilância sanitária (LUCCHESI, 2006).

Porém um dos principais desafios é que esse conhecimento alcance a população, de forma a fortalecer uma cultura voltada para a saúde e poder proporcionar a capacidade de as pessoas conseguirem maior compreensão e controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas (DWYER, TAVARES, DE SETA, 2007).

Uma das formas para que esse conhecimento seja disseminado na população é através de uma parceria entre a Vigilância Sanitária e as Equipes de Saúde da Família; estas, por conhecerem as atividades humanas presentes no seu território e sua proximidade com a população, permitem que o trabalho em conjunto proporcione ações com maior efetividade.

A constituição dessa parceria possibilita aos profissionais da vigilância sanitária a oportunidade de estarem em contato permanente com a população, por meio de visitas domiciliares mensais e reuniões propostas pela Equipe de Saúde da Família (DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Ao compartilharem as informações de risco com a população, o sistema de vigilância sanitária e a Equipe de Saúde da Família fortalecem o exercício do direito de cidadania e a participação social no controle do risco sanitário dos produtos e serviços que podem afetar a saúde (DWYER; TAVARES; DE SETA, 2007).

Riscos sanitários: são os perigos que podem ameaçar nossa saúde no dia-a-dia, quando consumimos um produto ou quando utilizamos um determinado serviço.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. *Rev Bras Epidemiol*, v. 7, n.1, p. 22-35, 2004.

ARMIJO-ROJAS, R. *Epidemiologia - epidemiologia básica*. Tomo I. Buenos Aires: Intermédica. Editorial, 1974.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde pública*, São Paulo v. 40, n.1, 2006.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990: (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.120, de 01 de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 02 de julho de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 de janeiro de 1999.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Vigilância Ambiental em

Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravo à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 37, 29 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde - Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005b. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. SVS n.º 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação de notificação compulsória. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 de fevereiro de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde: Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis*:

promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 23 de dezembro de 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 12 de novembro de 2009b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *Prevenção e fatores de risco*. 2010a. Disponível: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13 >. Acesso: 5 maio 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância Epidemiológica. 2010b. Disponível: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28002 > Acesso: 15 junho 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistemas de Vigilância de Violência e Acidentes. 2010c. Disponível: http://portal2.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32127 Acesso: 10 julho 2010.

CAMPOS, C. E. A. *Vigilância da saúde no espaço de práticas do PSF*, 2010. Disponível: < http://www.apmfc.org.br/App_Files/Artigos/vigilancia.pdf >. Acesso em 28 maio 2010.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária, Saúde e Cidadania. In:

CAMPOS, F. E.; FURQUIM, G. A.; TONON, L. M. (Orgs.). *Cadernos de Saúde*, 4, Belo Horizonte: Coopmed, 2001. 129p.

CURY, G. C. *Epidemiologia aplicada ao Sistema Único de Saúde/ Programa de Saúde da Família*. Belo Horizonte:COOPMED, 2005. 92 p.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc. saúde coletiva*, v.10, n.4, p. 817-827, 2005.

DUARTE, E. C. Articulação da promoção da saúde e vigilância de Dant. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

DWYER, G. O.; TAVARES, M.F. L.; DE SETA M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no *locus* saúde da família. *Rev Interface Com Saúde Educ.*, v. 11, n. 23, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde*. Brasília : CONASS, 2007a. 278 p. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 6, I).

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). *O processo de trabalho da vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. 60 p.

FACCHINI, L. A. et al. Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas no Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 857-867, 2005.

FRANCO, L. J.; PASSOS, A. D. C. *Fundamentos de Epidemiologia*.

Barueri-SP: Manole, 2005. 380 p.

GUILHAM, M. C. ; CASTIEL, L. D. Risco e saúde. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, O´DWYER G. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p. 15-32, 2006.

IANNI, A.M.Z.; QUITÉRIO, L.A.D. *A questão ambiental urbana na atenção básica e o PSF*. Saúde da família e SUS: Convergências e dissonâncias. Amélia Cohn (org.), ed. Azougue. São Paulo, p. 113- 140, 2009.

LANGMUIR, A. D. The surveillance of communicable diseases of national importances. *New Engl. J. Med.*, v. 268, n. 4, p. 182 -192,1963.

LAST, J. M. *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 3 ed., 1995. 205 p.

LIEBER, R. R. e ROMANO-LIEBER, N. S. Risco, incerteza e as possibilidades de ação na saúde ambiental. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 6, n. 2, p. 121-133, 2003.

LIMA, S. C. Hygeia homenageia John Snow - HYGEIA HOMAGES JOHN SNOW. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - Hygeia*. v. 4, n 6, 2008. Disponível: < [www. http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=85](http://www.hygeia.ig.ufu.br/viewarticle.php?id=85) > Acesso: 05 maio 2010.

LUCCHESI, G. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G.O. (Orgs.). *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.33-48, 2006.

MACMAHON, B. & PUGH, T. *Epidemiology: principles and*

methods. 2. ed. Boston: Brown and Company , 1970.

MAGALHÃES, M. C.; CARVALHO, M. S. Atenção hospitalar e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, Recife, v. 3, n. 3, p. 329-337, jul-set, 2003.

MALTA, D. C. et al. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.16, n.1, p. 45-55, 2007.

MALTA, D.C. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; v. 15, p. 47-64, 2006

MARZIALE, M. H. P. A violência no setor saúde. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 147-148, 2004.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul do MS. Resolução n.º 693. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação compulsória de doenças e agravos, 2005.

MOSTRA CULTURAL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Disponível: < <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/homepage.html> > Acesso em 31 de maio 2010.

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu. 2.ed. 2009. 685p.

NORONHA, J.C.; PENNA, G.O. Saúde da Família e Vigilância em Saúde: em busca da integração das práticas. *Revista Brasileira Saúde da Família*, Brasília, ano VIII, n.16, p.4-9, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre

violência e saúde. Brasília: OMS/Opas; 2002.

PEDROSO, E. R. P. e ROCHA, M. O. C. Infecções emergentes e reemergentes. *Rev Med Minas Gerais*. v. 19, n. 2. p. 140-150, 2009.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000.

RIBEIRO, M. C. S. *Doenças transmissíveis no Brasil: Situação atual*. In: AGUIAR, Z. N.; RIBEIRO, M. C. S. *Vigilância e Controle das Doenças Transmissíveis*. São Paulo: Martinari, 2006.

ROUQUAYROL MZ & ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica/Guanabara Koogan, 2003. 728 p.

SABROZA, P. C. e WALTNER-TOEWS, D. Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(sup). p. 4-5, 2001

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. *Metodologia de Pesquisa*. 3 ed, São Paulo: Editora Mc Graw - Hill, 2006.

SCHERER, V. ; MIRANDA, F. M. D.; SARQUIS, L. M. M.; LACERDA, M. R. . SINAN NET: Um Sistema de Informação a Vigilância na Saúde do Trabalhador. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, v. 12, p. 330-337, 2007.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Q. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico SUS*, Brasília, v.7, n.2, p.7-28, 1998.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo:

Universidade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
Série Saúde & Cidadania. v. 7, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 2002*.
Reducing risks promotion healthy life. Geneva: WHO, 2002

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

ISBN 978-85-7613-331-5



9 788576 133315

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde



SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública

