

Rede TOPAMA

GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE PÚBLICA

EDIÇÃO REVISADA

Organizadores:

Paulo Fernando de Melo Martins

Renata Junqueira Pereira

CENTRAL QualiTOPAMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS UFT

SUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GOVERNO FEDERAL BRASIL UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Presidente da República

LUÍS INÁCIO LULA DA SILVA

Ministra da Saúde

NÍSIA TRINDADE

Reitor da Universidade Federal do Tocantins

Luís Eduardo Bovolato

Coordenador Geral do Projeto Central QualiTOPAMA

Paulo Fernando de Melo Martins

Coordenadora Adjunta para Ações Educacionais na área da Saúde

Denise de Barros Capuzzo

Coordenadora Adjunta para Ações de Pesquisa Diagnóstica Situacional

Renata Junqueira Pereira

REDE TOPAMA:
Gestão e Planejamento em Saúde Pública
Edição revisada

Organizadores:

Paulo Fernando de Melo Martins

Renata Junqueira Pereira

Autores:

Andrielly Gomes

Euzamar de Araújo Silva Santana

Michelle de Jesus P. Filgueira

Quézia Catherine Cavalcante de Melo

Rhavenna Thais Silva Oliveira

Tainara Pereira de Araújo

Tatiana Vieira Ferreira

Wendy Moura Sanches

Coordenação Gráfica

Frederico Salomé

Capa

Felipe Leite

Editoração

Valter Guia dos Santos

Palmas – TO

2023

Copyright © 2023 – Universidade Federal do Tocantis – Todos direitos reservados

Universidade Federal do Tocantins (UFT) | Câmpus de Palmas
Avenida NS 15, Quadra 109 Norte | Plano Diretor Norte
Bloco IV, Reitoria
Palmas/TO | 77001-090



Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins (SISBIB)

R314 Rede TOPAMA: gestão e planejamento em saúde pública. / Andrielly Gomes *et al.;* organizadores: Paulo Fernando de Melo Martins, Renata Junqueira Pereira.– Palmas, TO: UFT/Central Qualitopama, ed. rev., 2023.
230p.:il.; 30 cm.

Curso de extensão: Gestão e Planejamento em Saúde Pública.
ISBN: 978-65-87246-45-1.

1. Saúde pública. 2. Rede TOPAMA. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Gomes, Andrielly. II. Martins, Paulo Fernando de Melo. III. Pereira, Renata Junqueira.IV. Título.

CDD 362.1

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.

Prezado(a) cursista,

Seja bem-vindo(a) ao Projeto Central QualiTOPAMA - Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, Fortalecimento e Organização da Rede de Saúde Interfederativa (Rede TOPAMA), como estratégia para garantir acesso equânime, com defesa e fortalecimento da gestão, tendo como foco o fortalecimento da governança regional.

A Rede de Saúde Interfederativa da Mesorregião do Bico do Papagaio – Rede TOPAMA, está situada em uma região de fronteira estadual na Amazônia Legal, abrangendo 110 municípios, sendo 65 no Norte do Tocantins, 22 no Sudeste do Pará e 23 Sudoeste do Maranhão.

Objetivando maior abrangência, bem como por questões logísticas, neste projeto serão abordados 30 municípios, inclusive, como polos regionais, as cidades de Araguaína/TO, Marabá/PA e Imperatriz/MA, uma vez que são nesses municípios que se concentram os maiores números de atendimentos de saúde e de pessoas à procura dos serviços de saúde.

A região supracitada apresenta baixa cobertura territorial pela Estratégia de Saúde da Família, bem como escoamento sanitário e coleta de lixo deficitários. A saúde materno-infantil também se apresenta carente de ações em saúde pública, agravada pelos altos índices de partos cesáreos e pela baixa cobertura de acompanhamento pré-natal.

A região TOPAMA é endêmica em relação a alguns agravos, tais como hanseníase, tuberculose, leishmaniose e dengue. Ao longo deste material, sob o olhar da heterogeneidade territorial brasileira, do planejamento, da articulação, da assistência e do acesso aos serviços de saúde, tais agravos são abordados.

Para dinamizar o processo de conhecimento e problematização, em nosso curso de extensão, por meio do presente material instrucional, abordamos os sistemas locais de saúde, sistemas de atenção à saúde e as redes de Atenção à Saúde, apresentando a importância de tais sistemas para a construção de políticas públicas de saúde. Na sequência, apresentamos os agravos que se destacam por sua alta incidência e prevalência na região e, finalmente, indicamos elementos essenciais para entendimento do Sistema Único de Saúde no atual contexto.

Em 2020, inusitadamente, o mundo foi envolvido em uma pandemia que, no Brasil, em especial, aprofundou as desigualdades sociais e revelou a importância inquestionável do SUS. Aqui, a equipe coordenadora manifesta a sua solidariedade às famílias que perderam seus entes queridos em decorrência da Pandemia da covid-19.

O cenário é preocupante, exige cuidados especiais e, mais do que nunca, a nossa união é fundamental em defesa do SUS, do Saneamento Básico para todos, da Escola Básica Pública com qualidade socialmente referenciada e da Universidade Pública como centro estratégico de excelência no ensino e na pesquisa científica.

Acreditamos que, associado à utilização do presente material por meio do curso de extensão "Gestão e Planejamento da Saúde Pública", seu empenho será fundamental em prol da construção de uma rede de atenção à saúde que possa atuar de forma integrada na reorganização das ações e serviços de saúde da região.

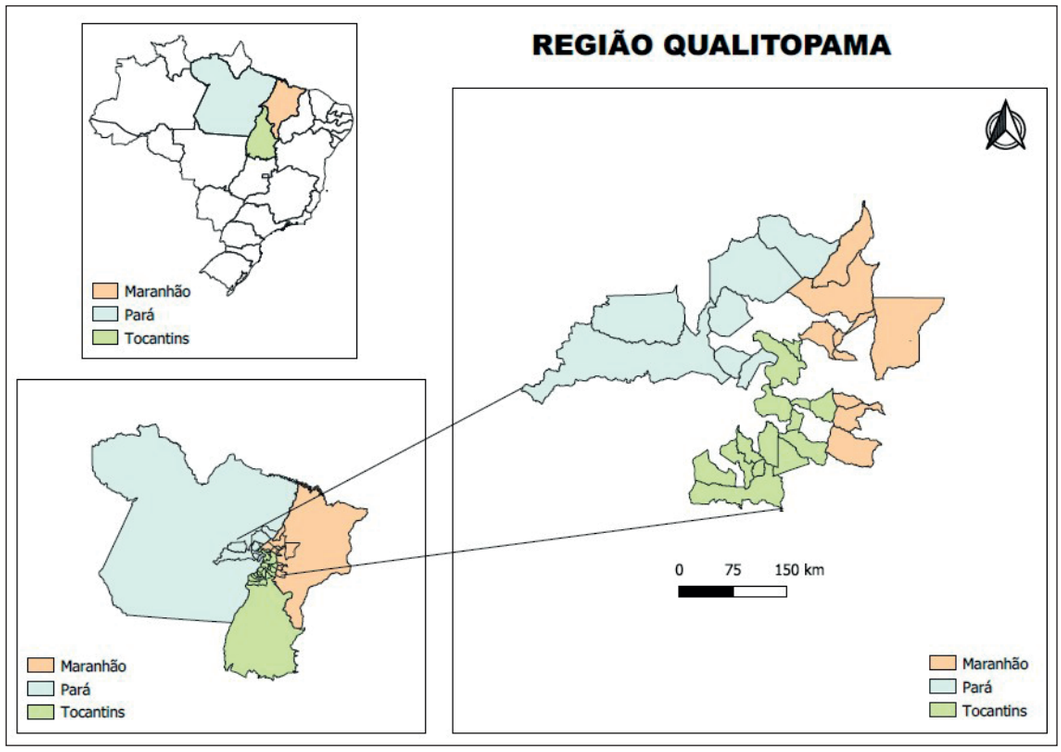
Uma excelente formação!

Prof. Dr. Paulo Fernando de Melo Martins

APRESENTAÇÃO

A Rede de Saúde Interfederativa da Mesorregião do Bico do Papagaio contempla parcialmente os Estados do Tocantins, Pará e Maranhão, alcançando um total de 110 municípios entre esses estados. A Central QualiTOPAMA desempenha importante papel na Rede, atuando especialmente na Vigilância em Saúde, por meio do fortalecimento da regionalização da saúde, a fim de promover a melhor integração entre as ações e serviços de saúde na região.

Figura 1 - Região do Projeto Central QualiTOPAMA



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Os 30 municípios contemplados pelo Projeto piloto da Central QualiTOPAMA são: Araguatins, Augustinópolis, Darcinópolis, Luzinópolis, Tocantinópolis, Ananás, Angico, Araguanã, Piraquê, Aragominas, Araguaína, Carmolândia, Santa Fé do Araguaia e Wanderlândia, no estado do Tocantins; Itupiranga, Marabá, Dom Eliseu, Rondon do Pará, Brejo Grande do Araguaia, Bom Jesus do Tocantins e São Domingos do Araguaia, no Pará; e Açailândia, Itinga do Maranhão, Imperatriz, Amarante, Campestre do Maranhão, Davinópolis, Estreito, João Lisboa e Porto Franco, no Maranhão.

Apesar da heterogeneidade territorial do país, os municípios contemplados

pelo Projeto Central QualiTOPAMA - Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, Fortalecimento e Organização da Rede de Saúde Interfederativa (Rede TOPAMA) apresentam características semelhantes. Estes locais apresentam condições sanitárias e de saúde deficientes, com baixa cobertura da Atenção Básica e alto número de partos cesáreos (evidenciando a baixa adesão do pré-natal por parte da população e pouca assistência à saúde materno-infantil), além de serem consideradas áreas endêmicas para doenças como tuberculose, hanseníase, leishmaniose e dengue (RÊGO; KAMIMURA; SILVA, 2018).

Diante desse cenário, o projeto Central QualiTOPAMA procura fortalecer a regionalização da saúde a partir do conhecimento dos desafios no Sistema Único de Saúde (SUS) relacionados à Vigilância em Saúde (VS), parte integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS), para melhor promover a interação entre as ações e serviços de saúde na região, corroborando assim para a elevação dos indicadores de saúde local e melhora das condições de saúde da população.

A Central QualiTOPAMA procura fortalecer a RAS por meio da qualificação dos profissionais que a compõem, ofertando o curso de extensão de Gestão e Planejamento em Saúde pública (GPSP) para os trabalhadores da área da saúde, que atuam em diferentes pontos da Rede, com foco especial naqueles envolvidos diretamente com a Vigilância em Saúde. Este curso tem por objetivo possibilitar aos trabalhadores da rede municipal, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que os possibilitem pensar em novas formas de organização das ações dentro da RAS.

REFERÊNCIA

RÊGO, I. L; KAMIMURA, Q. P.; SILVA, J. L. G. Regionalização da saúde: implicações à construção de redes de saúde interfederativas. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v. 14, n. 2, p. 455-481, jan/2018.

UNIDADE TEMÁTICA

I

Qual é o conceito de saúde? Quais fatores estão relacionados com a saúde? E qual o conceito de doença? O que significa estar doente? Quais fatores podem levar ao adoecimento? Os profissionais da saúde interferem no processo saúde-doença? Se sim, como? A humanidade sempre procurou entender o que é saúde e como acontecia o processo de adoecimento. As explicações que eram dadas sobre saúde e doença, geralmente estavam relacionadas com as diferentes dinâmicas sociais presentes em cada época.

O que se entendia por "saúde" e "doença" foi mudando ao longo da história. Iniciaremos os nossos estudos entendendo os diferentes modelos explicativos deste processo, desde a antiguidade até os dias atuais. Essa viagem ao longo da história vai ajudá-lo a entender como os conceitos de saúde e doença podem interferir diretamente no tipo de cuidado.

Objetivo de aprendizagem: distinguir historicamente os modelos de saúde-doença e compreender o conceito mais atual de saúde.

Capítulo 1 Construção histórica do conceito de Processo Saúde-doença

Modelo mágico-religioso ou xamanístico

Na antiguidade, a perspectiva mágico-religiosa dominava a crença popular. As pessoas acreditavam que as doenças estavam relacionadas a elementos naturais ou espíritos sobrenaturais. O adoecimento era visto como a repercussão negativa de uma ação (individual ou coletiva) contra a natureza, e para recuperar a saúde, era necessário que as divindades os perdoassem, processo que acontecia intermediado por sacerdotes, feiticeiros ou xamãs (HERZLICH, 2004).

As pessoas acreditavam que a saúde era uma bênção dada pelos deuses, enquanto a doença era um castigo. Com o passar dos séculos e o surgimento das religiões monoteístas, a concepção de "deuses" passou a referir-se a um só Deus, e este passou então a ser o responsável por conceder saúde ou doença às pessoas (BUCK et al., 1988). A religião, nessa época, era entendida como o ponto central para a compreensão do mundo e dos fatores relacionados a ele.

Modelo holístico

Na antiguidade, as medicinas hinduísta e chinesa também apresentavam uma forma própria de entender o processo saúde-doença. Para elas, a saúde representava o equilíbrio entre os elementos naturais e os humores que formam o corpo humano, e era o desequilíbrio entre esses fatores que promovia o adoecimento. O "equilíbrio" era, para eles, o ponto central para a manutenção da saúde e esse conceito deu origem à medicina holística (CRUZ, 2011).

Segundo Alcmeon, no século V a.C, a relação entre dois elementos/fatores seria determinante para o surgimento de doenças. Suas ideias convergiam com as de Heráclito, que defendia a premissa de que opostos poderiam conviver em equilíbrio dinâmico ou poderiam prejudicar-se, promovendo, assim, situações de desequilíbrio, que estariam relacionadas ao ambiente físico como: o clima, os astros, a presença de insetos entre outros (HERZLICH, 2004).

Assim, acreditava-se que o cuidado em saúde deveria ser direcionado à reestabelecer o equilíbrio do corpo, no ambiente em que ele estava inserido, ou seja, a manutenção/recuperação da saúde estava pautada na busca de equilíbrio entre os elementos internos e externos do corpo humano (CRUZ, 2011).

Modelo empírico-racional (Hipocrático)

O ápice da civilização grega, que abriu espaço para que novas formas de explicar o processo saúde-doença surgissem, rompendo assim com as ideias supersticiosas e mágicas, partiu do desenvolvimento de teorias racionais sobre os fenômenos relacionados ao adoecimento. Os médicos gregos eram conhecidos como filósofos naturais que, mais do que combater as doenças, buscavam compreender a relação dos homens com a natureza (ROSEN, 1994).

Hipócrates, considerado por muitos como o pai da medicina, desenvolveu no século VI a.C, a "Teoria dos Humores", na qual afirmava haver relação direta entre o meio em que o homem está inserido e o surgimento ou não de doenças. Os elementos da natureza (água, ar, terra e fogo) estavam diretamente relacionados à manutenção ou não da saúde (HERZLICH, 2004). Segundo a sua teoria, o equilíbrio dos humores (sangue, linfa, bile amarela e bile negra) promovia o estado de saúde e seus desequilíbrios, o de doença, de modo que o cuidado deveria ser voltado à recuperação desse equilíbrio (CRUZ, 2011).

A teorias gregas foram absorvidas pelos romanos, que também construíram teorias que associavam as más condições de trabalho com o desenvolvimento de doenças, tendo contribuído muito para o que hoje conhecemos como "saúde dos trabalhadores", ao constatarem que mineiros adoeciam em maior proporção, em função da má ventilação presente nas minas e a sua constante exposição a líquidos e vapores tóxicos (BATISTELLA, 2007).

Séculos depois, quando as pessoas começaram a viver em comunidades, a teoria de que a doença era transmitida através de "gases" contaminados, como o cheiro de animais e de dejetos em decomposição, tomou força, sendo conhecida como teoria miasmática e tendo perdurado até o século XIX (BUCK et al., 1988).

Ao final do século XVII, no entanto, iniciou-se na Europa a concepção de que o adoecimento poderia estar relacionado a fatores socioambientais, evidenciando assim, as primeiras concepções de determinantes sociais no processo saúde-doença. A partir do surgimento da Bacteriologia, no entanto, essa concepção foi substituída, associando-se o

processo de adoecimento exclusivamente à contaminação; e abandonando-se o papel social no seu desenvolvimento (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Após a descoberta dos microrganismos (teoria microbiana), como agentes que favoreciam o desenvolvimento de doenças, a teoria miasmática perdeu forças e deu espaço à primeira revolução sanitária, onde foram iniciados estudos sobre a associação entre organização social, pobreza e o surgimento de doenças. A teoria microbiana defendia que todas as doenças seriam causadas por um organismo específico, que poderia ser identificado, isolado e estudado (CRUZ, 2011).

Modelo Biomédico

O modelo biomédico, também chamado de modelo da medicina científica ocidental, fortemente aceito atualmente, se desenvolveu a partir do século XVI, dentro do contexto do Renascimento e da Revolução Artístico-cultural. O método de Descartes, entre os séculos XVI e XVII, estabeleceu as regras que seriam o eixo central do seu enfoque sobre o conhecimento: somente será aceito como verdade aquilo que possa ser identificado como tal; dividir as dificuldades a serem examinadas em partes, quantas sejam possíveis e necessárias para solucioná-las; condução do pensamento de maneira sequencial e ordenada, indo-se do simples ao complexo; necessidade de realizar-se uma revisão exaustiva dos diferentes fatos de um argumento (CRUZ, 2011).

Assim, conceito biomédico de doença foi definido como:

Desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto [...], processo que conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais (JENICEK; CLÉROUX, 1982 apud HERZLICH, 2004).

O modelo biomédico explicou o processo de adoecimento a partir da ideia de compartimentalização do organismo, trazendo à saúde uma perspectiva de funcionamento mecânico (BARROS, 2002). Capra (1982) afirma que a fragmentação trazida pelo modelo biomédico tem raízes no modelo da teoria mecanicista, que entende o homem como uma máquina em funcionamento, a doença como um defeito na máquina, e o médico como o mecânico responsável por consertá-la. Esta concepção teve destaque durante o crescimento do modelo capitalista e persiste até os dias de hoje, na estrutura curricular de cursos de graduação em saúde e na organização de serviços assistenciais. Houve um fortalecimento da percepção de que o meio ambiente pode influenciar diretamente no processo de adoecimento, associando-se à doença, fatores do meio e estabelecendo-se o corpo como um receptor de doença.

A articulação de estratégias de cuidado foi então baseada na visão mecanicista e reducionista de que o homem é a máquina que precisa ser consertada, por defeito em

mecanismos próprios ou por influência do meio, fazendo do médico o responsável por consertar o corpo ou o ambiente, para controlar os precursores de epidemias. Foucault (1979) definiu que o cuidado, na concepção biomédica, está voltado ao controle dos corpos humanos e dos espaços sociais.

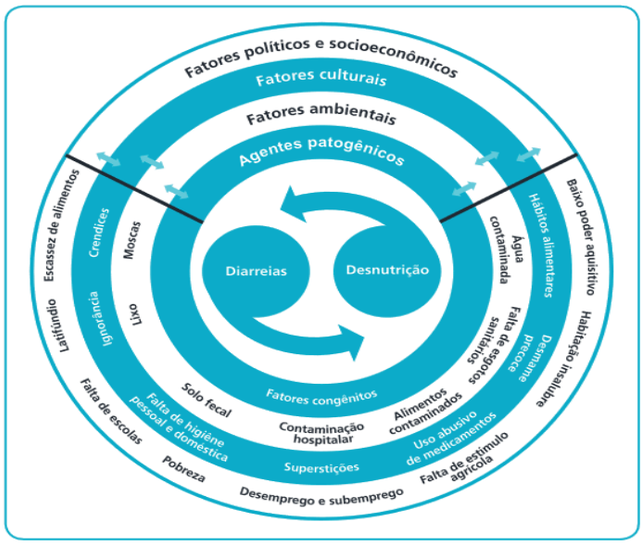
Modelo sistêmico

Ao fim da década de 1970, ganhou força a compreensão de que o processo saúde-doença era mais abrangente do que o modelo biomédico defendia, e este passou a ser entendido como um processo multifatorial e sistêmico.

O conceito de sistema é compreendido aqui como "um conjunto de fatores, que são tão intrinsecamente relacionados que, ao haver a alteração em um deles, o todo acaba sendo afetado (ROBERTS, 1978 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002). A partir desta ideia, "sistema" aborda a perspectiva de "todo", onde diferentes fatores do ecossistema participam dentro do processo saúde-doença, contradizendo a interpretação unidimensional e fragmentada do modelo biomédico.

Assim, se pode entender que a estrutura geral do adoecimento pode ser comparada à uma função sistêmica e, que o sistema epidemiológico se estabelece a partir de um equilíbrio dinâmico. Assim, quando um fator que compõe esse sistema sofre alguma alteração, o dinamismo do sistema como um todo é modificado, atingindo todos os seus componentes, em um processo em que o sistema procurará meios de restaurar o equilíbrio. A figura abaixo evidencia a interação entre os diferentes fatores relacionados a doenças diarreicas:

Figura 2 – Sinergismo multifatorial da determinação das doenças diarreicas



Fonte: Adaptado de Almeida Filho e Rouquayrol (2002).

O sistema epidemiológico foi definido como a ligação entre um agente suscetível e o ambiente, que possui uma organização interna capaz de regular as interações determinantes para o desenvolvimento da doença, em conjunto com os fatores relacionados a cada um dos elementos do sistema (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002, p. 49).

Levando em consideração o modelo apresentado, podemos entender melhor a necessidade de um sistema de saúde mais complexo, capaz de identificar os fatores relacionados à produção e à reprodução de doenças; e que oferte ações e serviços que busquem combater de maneira efetiva e eficiente os elementos identificados.

Modelo da História Natural das Doenças (Modelo Processual)

O modelo da História Natural da Doença (HND), também conhecido como o modelo processual dos fenômenos patológicos, procura identificar os elementos causais para o surgimento de patologias. Os principais sistematizadores dessa ideia, Leavell e Clark, em 1976, no livro "Medicina Preventiva", definiram HND como um grupo de processos que interagem entre si, dando origem ao estímulo patológico no meio ambiente ou em outros locais, indo da resposta do ser humano ao estímulo, até as mudanças que levam ao adoecimento, invalidez, recuperação da saúde ou óbito. O livro apresenta a tríade ecológica que, segundo os autores, se relacionou para promover o adoecimento: agente, hospedeiro e meio-ambiente (LEAVELL; CLARK, 1976 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

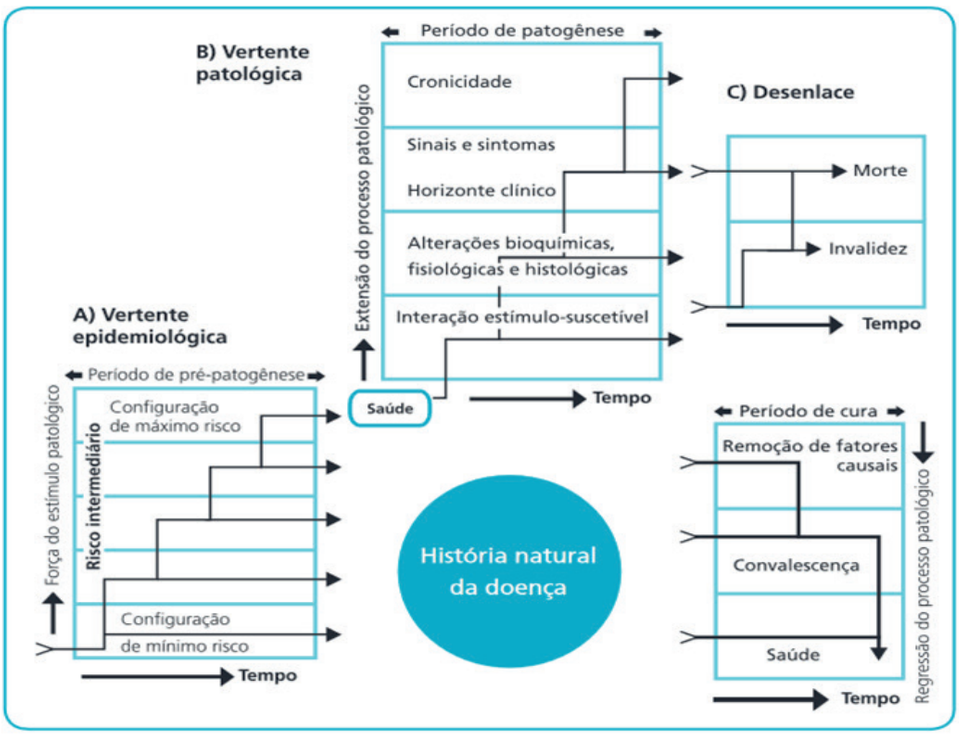
Este modelo procura acompanhar o processo saúde-doença, buscando entender a relação entre o agente causador, o hospedeiro, o ambiente e a forma como a doença se desenvolve, a partir da interação entre eles. Este olhar ajudou os pesquisadores a entender como prevenir e controlar diferentes patologias.

A HND trabalha o processo saúde-doença, na perspectiva de dois períodos sequenciados: o período epidemiológico ou pré-patogênico e o patológico. No primeiro, a atenção é voltada para as relações entre os fatores do agente patológico, do ambiente e do hospedeiro; no segundo, a atenção é direcionada às mudanças pelas quais o corpo humano passa, durante o processo de adoecimento ao interagir com um estímulo externo, necessitando de tratamento. No período epidemiológico, as ações de cuidado são direcionadas à promoção da saúde e de estratégias de prevenção específicas, enquanto no "período patológico", são trabalhadas as atenções secundária e terciária (CRUZ, 2011).

No período epidemiológico (pré-patogênico) podem acontecer situações que representem risco mínimo ou máximo, a depender dos elementos presentes e da maneira como eles se relacionam. Vamos ver um exemplo: pessoas com níveis socioeconômicos elevados, possuem pouca probabilidade de adoecerem de cólera, pois para aqueles que possuem maiores recursos financeiros, a estrutura formada pelos elementos predisponentes à cólera, nesta situação são mínimos. Por outro lado, para pessoas que usam drogas injetáveis

e compartilham seringas, os fatores pré-patogênicos estruturados dão origem a um alto risco de contaminação pelo HIV.

Figura 3 - História Natural da Doença



Fonte: Adaptado de Almeida Filho e Rouquayrol (2002).

No modelo de HND, a palavra "natural" não se refere à sua origem filosófica, excluindo aspectos sociais e privilegiando os naturais. Ele integra os elementos naturais e sociais, compreendendo que ambos têm a mesma importância, e influenciam, cada um a seu modo, todo o processo. A HND, assim, apresenta-se como um quadro esquemático que oferece base para a descrição de diversas patologias. Este modelo possui como principal função apresentar diferentes modos de prevenção e controle, dando suporte à compreensão de patologias específicas, operacionalizando os meios de prevenção.

A sistematização sugerida pela teoria da HND guiou a estruturação do cuidado em níveis diferentes de complexidade, quanto à organização de recursos e ao planejamento de ações. A partir da possibilidade de se evitar a morte, são trabalhadas nessa teoria diversas estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde, possibilitando a interrupção da transmissão, evitando o desenvolvimento de casos e melhorando a qualidade de vida das pessoas (CRUZ, 2011).

A partir da década de 1960, no entanto, houve duras críticas a este modelo e, em seu lugar, foram propostas teorias que abordassem o tema de maneira mais ampla, como o

modelo da determinação social da saúde-doença, que leva em consideração a maneira como as produções sociais e econômicas da sociedade estão diretamente ligadas à saúde da população.

Processo Saúde-doença

É possível observar que, ao longo da história da humanidade, sempre buscou-se compreender o que são "saúde" e "doença" e quais fatores estão relacionados com o seu desenvolvimento. No entanto, para entender estes conceitos, deve-se considerar a distinção entre doença, como é definida pelo sistema de assistência à saúde e, a saúde, como é compreendida pelas pessoas. Deve-se considerar a dimensão de bem-estar, uma ideia ainda mais abrangente, para a qual a saúde não é o único ponto de interesse e nem o mais importante. O sofrimento vivenciado pelas pessoas, famílias e grupos populacionais/sociais não são sempre considerados como parte do conceito de doença que é compreendido pelos profissionais da área da saúde.

Novas formas de compreender saúde e doença devem considerar as evidências de que mortalidade e morbidade são influenciadas por fatores como condições socioeconômicas, onde pessoas com rendas mais baixas ou níveis sociais inferiores apresentam piores condições de saúde. Essa informação funciona como indicativo de que determinantes da saúde estão situados fora do sistema assistencial de saúde (EVANS; STODDART, 2003; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996)

O processo saúde-doença é dinâmico, complexo e possui muitas dimensões por incorporar as esferas biológicas, psicológicas, políticas, ambientais, sociais, econômicas, culturais, entre outras. Observa-se uma complexa interrelação entre estes fatores para o desenvolvimento de "saúde" e "doença" em uma pessoa, família ou coletividade humana/grupos sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doenças". Em carta divulgada no dia 7 de abril de 1948 (conhecido atualmente como o Dia Mundial da Saúde), a OMS apresentou o seu conceito, que ganhou força com os movimentos sociais do pós-guerra e defendeu que o conceito de saúde está relacionado ao direito de uma vida plena, sem privações.

A epidemiologia social trabalha o conceito de saúde-doença, a partir da ideia de que eles estão integrados de maneira dinâmica nas condições de vida da população e de seus grupos sociais. Dentro dessa perspectiva, os aspectos sociais, biológicos, culturais, históricos e econômicos influenciam diretamente a situação de saúde, de maneira individual ou coletiva. Assim, a epidemiologia social estuda a forma como a estrutura socioeconômica pode contribuir para o processo de manutenção da saúde ou de desenvolvimento de patologias, transformando a "epidemiologia" em uma das ferramentas de transformação social (ROUQUAYROL, 1993).

Saúde, doença e cuidado são influenciados pelas condições sociais, modificando-se de acordo com a época, o ambiente/lugar e as condições culturais. A organização do cuidado em ações e serviços de saúde, assim como a das redes de apoio social, devem ser pensadas e organizadas, de acordo com as necessidades específicas da população em um determinado território (CRUZ, 2011).

Marc Lalonde (Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá), defendeu a importância de se analisar os fatores que podem interferir na saúde das pessoas, e que as políticas públicas deveriam agir para combater esses fatores, desenvolvendo assim o conceito de "Campo de Saúde" (*Health Field*), que abrange os seguintes pontos (SCILIAR, 2007):

- Biologia humana – incluindo os fatores de hereditariedade genética e os processos biológicos que acontecem no corpo humano, nas diferentes fases da vida.
- Meio ambiente – como a água, ar e solo, e tipos e condições de moradia e trabalho.
- Estilo de vida – contemplando atitudes que podem melhorar as condições de saúde ou apresentarem-se como fatores de risco para o adoecimento, como consumir bebidas alcoólicas, fazer uso de cigarro, ou ser sedentário.

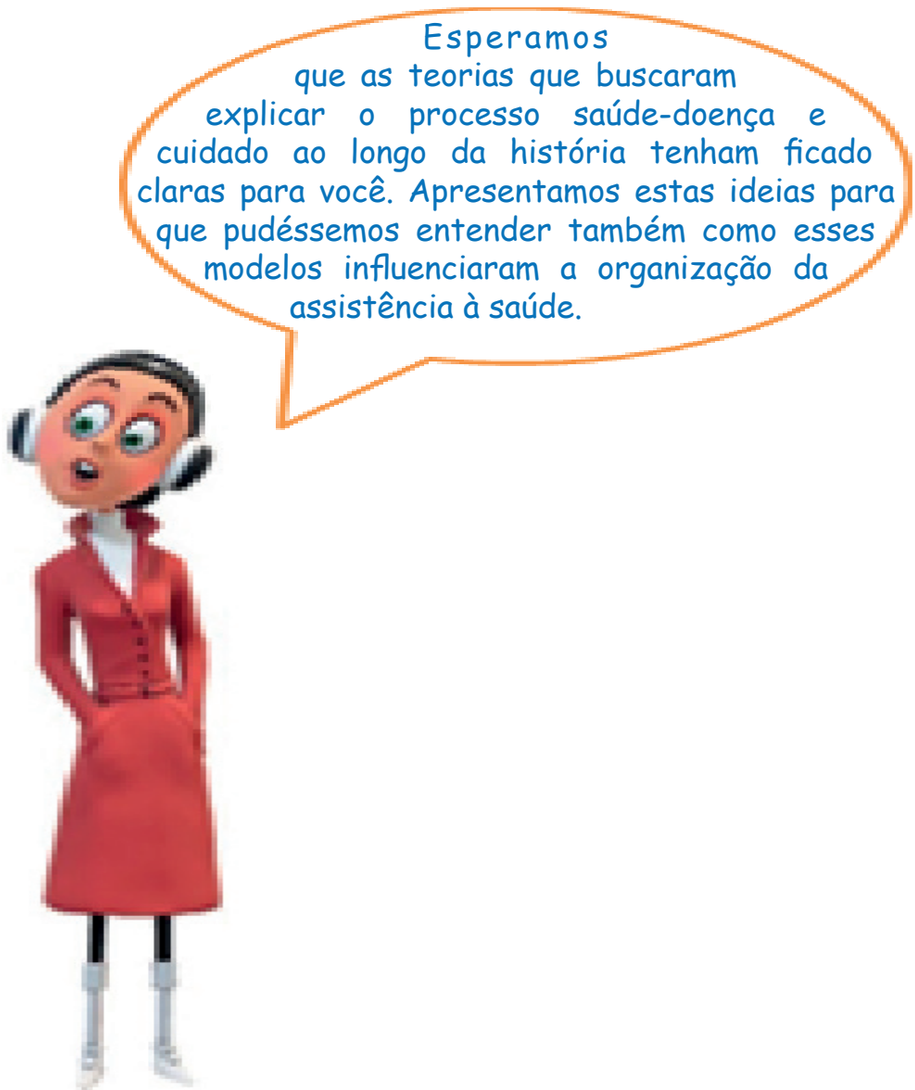
A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, apresenta em seu Art. 3 que, a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, o meio ambiente, condições de moradia e saneamento básico, alimentação, condições de trabalho e renda, educação, atividade física, acesso a transporte e lazer, bens e serviços essenciais. Segundo esta lei, os níveis de saúde da sociedade evidenciam a organização social e econômica do Brasil (BRASIL, 1990a).

Apesar da "assistência médica, medicamentos e hospitais" serem, muitas vezes, a primeira coisa em que as pessoas pensam quando questionadas sobre "saúde", este campo é muito mais amplo e, em muitos casos, é muito mais benéfico prover água potável e alimentos naturais, do que armazéns lotados de medicamentos.

A promoção de hábitos de vida saudáveis, a fim de diminuir a necessidade de intervenções para recuperação da saúde, é essencial. Apesar desses fatores não serem excludentes, em situações em que os recursos financeiros são escassos, a seleção de prioridades se torna necessária.

O processo saúde-doença se desenvolve a partir da interação de diferentes fatores. Castellanos (1990), utilizando uma abordagem analítica, afirma que a operacionalização desse processo se desenvolve a partir de uma organização complexa, com interligação de diferentes domínios, que variam em frequência e intensidade, ao nível dos indivíduos, assim como a própria organização da vida.

Destaca-se assim, a necessidade dos profissionais de saúde compreenderem as diferentes concepções do processo saúde-doença, como diretamente relacionadas às formas de cuidado disponibilizadas, presentes na organização dos serviços assistenciais de saúde e nas redes sociais de apoio (CRUZ, 2011).



ATIVIDADE

CURSISTA

Foram discutidas neste capítulo as formas como “saúde” e “doença” foram entendidas ao longo da história da humanidade. Agora, você deverá, com o auxílio das informações apresentadas neste capítulo, construir uma linha do tempo, apresentando os marcos históricos e os conceitos que eram trabalhados naquele momento sobre o processo saúde-doença. Utilize o quadro abaixo para fazer a construção do seu trabalho.

Capítulo 2 As Redes de Atenção à Saúde – RAS

Agora que entendemos o processo saúde-doença, precisamos compreender como a assistência à saúde é organizada no país.

Objetivo de aprendizagem: compreender o funcionamento e a importância das RAS.

Os Sistemas de Atenção à Saúde formam um grupo de ações com o objetivo central de promover, restaurar e manter a saúde das pessoas. Eles devem ter como diretrizes: alcançar ótimos níveis de saúde para a população, de maneira equitativa; garantir proteção contra riscos para todas as pessoas; acolhimento humanizado por parte dos profissionais da saúde; garantia de serviços assistenciais seguros, efetivos e eficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MENDES, 2011). Esses sistemas se desenvolvem como respostas sociais organizadas, a fim de atender às necessidades, preferências e demandas da população. Assim, eles devem ser articulados pelas necessidades de saúde identificadas na sociedade, visualizadas em sua maioria, por meio das situações demográficas e epidemiológicas locais.

Diante desta necessidade, através da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi instituído no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta a saúde como um direito inerente a todos os cidadãos, sendo uma responsabilidade do Estado promover as condições essenciais ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a).

O SUS é constituído pelo conjunto de todas ações e serviços de saúde disponibilizados para a população brasileira, por meio de instituições e órgãos públicos (federais, estaduais e municipais), da administração direta e indireta, financiadas pelo Poder Público. O serviço particular (iniciativa privada) pode participar do SUS de maneira complementar (BRASIL, 2000).

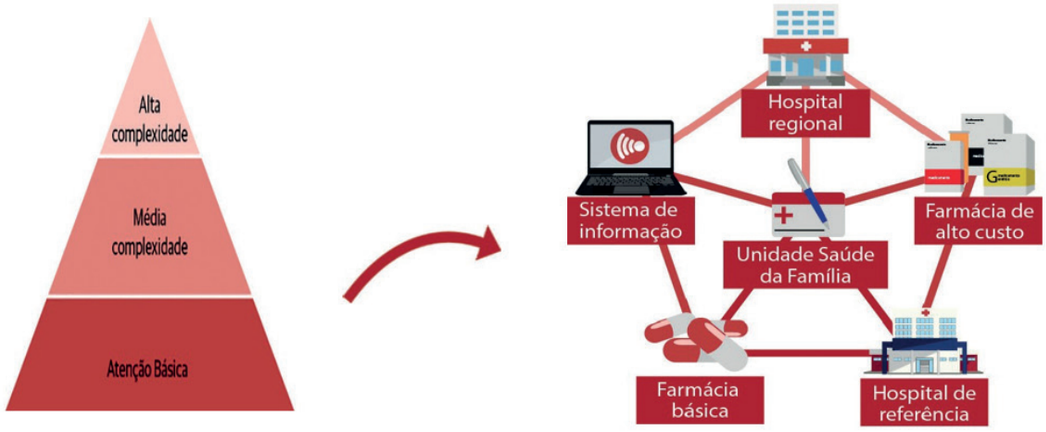
Os objetivos do SUS são: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, as condições indispensáveis para a saúde da população; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e de atividades preventivas (BRASIL, 1990a).

O SUS organiza-se em: Atenção Primária à Saúde – APS (Atenção Básica), atenção secundária (média complexidade) e atenção terciária (alta complexidade). Essa diferenciação em níveis de complexidade pode levar a uma fragmentação dos serviços, promovendo uma hierarquização entre eles. Nestas situações, pode haver uma banalização da APS e supervalorização dos níveis secundário e terciário, por demandarem maior densidade tecnológica (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram-se como uma importante estratégia para combater entraves vivenciados pela fragmentação no SUS. De acordo com

a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as RAS são compreendidas como acordos organizacionais de ações e serviços saúde, que abrangem diferentes níveis de complexidade e que se integram, por meio de sistemas de apoio logístico, técnico e de gestão, a fim de garantir à população integralidade e equidade na oferta da assistência (BRASIL, 2010).

Figura 04 - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para RAS.



Fonte: Adaptado de MENDES (2011).

A imagem esquematiza a mudança estrutural dos sistemas piramidais e hierárquicos para as RAS. Observe que na RAS, a APS encontra-se no centro, promovendo a comunicação entre os pontos de atenção.

A RAS é uma estratégia para acabar com a compartimentalização da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, a fim de melhorar o funcionamento político institucional do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de garantir à população as ações e serviços que ela necessita de forma efetiva e eficiente (BRASIL, 2017).

A Portaria de Consolidação nº3/2017 apresenta como Redes Temáticas de Atenção à Saúde: Rede Cegonha; Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami); Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2017).

A Organização Pan-Americana de Saúde afirma que as redes de atenção à saúde são capazes de fornecer serviços equitativos e integrais às pessoas de determinado local, prestando contas das respostas clínicas obtidas com as ações realizadas e dos gastos orçamentários necessários, bem como pelo estado de saúde da população a quem ela presta cuidados (OPS; OMS, 2011).

A RAS no SUS apresenta seis características essenciais em sua matriz conceitual (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017):

1 - Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção;

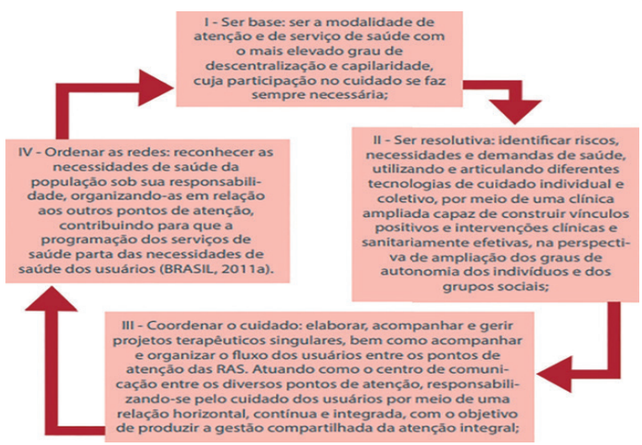
Os pontos de atenção são definidos como espaços em que ocorre oferta de serviços de saúde e todos eles possuem o mesmo nível de importância no alcance dos objetivos definidos para a rede de atenção. Diferente dos sistemas de organização de saúde hierárquicos, que possuem formato de pirâmide e são estruturados de acordo com a complexidade, referente a cada nível de atenção (primária, secundária ou terciária), as RAS são espaços que tem como objetivo melhorar os níveis de saúde da população, oferecendo serviços contínuos em todos os níveis de atenção à saúde. A partir disso, estabelece-se que prontos-socorros e centros de especialidades, por exemplo, possuem a mesma importância no que diz respeito a garantir a assistência à saúde da população, pois cada um cumpre um papel específico para demandas específicas.

2 - Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação;

Segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS configura-se como a articulação de ações em saúde, em nível individual e coletivo, que objetivam a promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde da população, bem como prevenção de agravos, redução de danos, reabilitação, diagnósticos e tratamentos, a fim de promover uma atenção integral que possa impactar positivamente nos níveis de saúde e autonomia das pessoas, assim como nos determinantes e condicionantes em saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 a respeito da organização do SUS, define a APS como a primeira das portas às ações e serviços disponibilizados nas RAS, a fim de garantir acesso universal, igualitário e ordenado à toda a população. A partir desta ideia, a Atenção Básica possui as seguintes funções:

Figura 05 – Atributos da Atenção Básica para cumprir as funções das RAS.



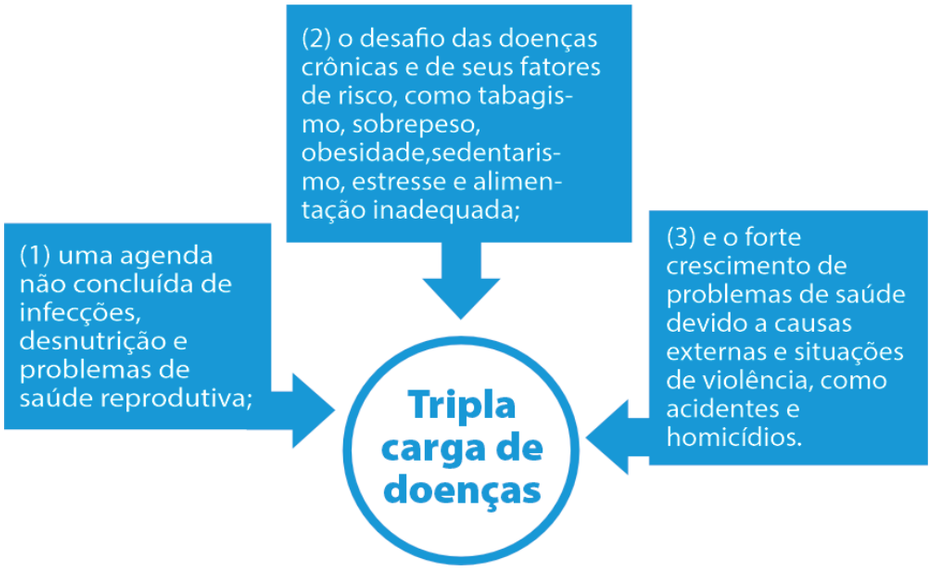
Fonte: Adaptado de Universidade Federal do Maranhão (2015).

A coordenação da RAS realizada pela APS tem sido evidenciada como uma forte estratégia para superar a fragmentação sistêmica, vivenciada anteriormente dentro do SUS. Ter a APS como ordenadora da rede possibilita melhor organização interna (quanto à alocação de recursos e coordenação clínica, por exemplo) e maior eficácia nas ações, frente aos atuais desafios vivenciados no cenário econômico, demográfico, epidemiológico e sanitário de cada território (BRASIL, 2017).

3 - Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica;

O país vivencia uma transição demográfica acelerada, o que influencia diretamente o perfil epidemiológico nacional, com destaque para a tripla carga de doenças, com crescimento da carga de doenças crônicas. Os sistemas de atenção à saúde, que tem base fragmentada, com ações episódicas, reativas e voltadas essencialmente para o combate às patologias agudas, não são eficientes diante das necessidades epidemiológicas atuais. Assim, faz-se necessário que as ações dentro do Sistema Único de Saúde sejam realizadas por meio das redes assistenciais articuladas, que apresentem integração entre os pontos de atenção, garantindo eficiência, efetividade, qualidade e equidade na assistência, frente às demandas de saúde da comunidade adscrita às equipes de saúde, com ações baseadas em estudos científicos atuais (MENDES, 2011).

Figura 06 – Tripla carga de doenças.



Fonte:https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/apresentacao/2019/28-11-2019-Debora-FIOCRUZ.pdf

Um sistema de atenção à saúde organizado em rede possibilita o redirecionamento de ações e serviços, frente a demandas específicas da população e, assim, é possível melhorar a qualidade da assistência prestada e produzir impactos positivos nos indicadores de saúde (BRASIL, 2017).

4 - Ofertar atenção contínua e integral;

Para atender às demandas de saúde locais, de maneira contínua e integral, faz-se necessário que os serviços de saúde ofertados formem uma rede articulada entre os pontos de atenção, garantindo que a APS seja o primeiro nível de atenção, pois ela apresenta 80% de resolubilidade dos problemas de saúde, sendo os outros 20% direcionados por ela dentro de um fluxo, cuja densidade tecnológica vai aumentando à cada nível de atenção que se segue. Dessa forma, mesmo nos casos em que existe a necessidade de encaminhamento, a APS continua sendo o centro de comunicação entre os pontos da rede, estando diretamente responsável pela continuidade da atenção (STARFIELD, 2004).

5 - Cuidado multiprofissional;

É essencial que a assistência prestada seja pautada no cuidado multiprofissional, tendo em vista que os problemas de saúde possuem diferentes causas e fatores relacionados, necessitando, assim, de diferentes abordagens profissionais para sua efetiva assistência. Entretanto, é importante destacar que, além da abordagem multiprofissional, faz-se necessário desenvolver ações interdisciplinares, com um objetivo único que garanta o compartilhamento e a corresponsabilização das atividades desenvolvidas pelos componentes da equipe (UFMA, 2015).

6 - Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos;

As equipes de saúde devem se comprometer com objetivos sanitários (como redução da mortalidade infantil, melhor atendimento à população, entre outros) e econômicos, a fim de gerar melhor custo-benefício para a população adstrita e atendida pela equipe.

Os princípios de uma RAS são a base que ampara a sua estrutura teórica. Mendes (2011) afirma que as RAS devem ser pautadas no conceito de economia de escala; integração horizontal; integração vertical; acesso aos serviços; qualidade da assistência; disponibilidade de recursos financeiros de maneira eficiente; processos de substituição; regionalização e níveis de atenção.

Diante do que foi discutido até aqui, faz-se importante destacar a necessidade dos profissionais de saúde se adaptarem, de maneira individual ou coletiva, às diretrizes da APS e das RAS, que se diferem do modelo biomédico hegemônico defendido anteriormente.

Assim, destaca-se a importância de que ações de educação permanente em saúde sejam realizadas continuamente com as equipes de saúde, a fim de preparar tecnicamente esses profissionais, de modo que eles estejam comprometidos com os princípios da rede e aptos a organizarem seus processos de trabalho em equipe, promovendo a territorialização, a identificação dos usuários, o acolhimento humanizado, a responsabilização e a resolutividade da assistência.

ATIVIDADE

CURSISTA _____

A RAS procura superar a fragmentação da atenção dentro do SUS. Porém, sua estruturação é, muitas vezes, um desafio dadas as particularidades de cada local. Agora, pense em seu município. Você consegue visualizar a articulação dos pontos de atenção à saúde no local onde você trabalha? Faça um desenho ou mapa mental de como você acredita que a RAS está organizada em seu município.

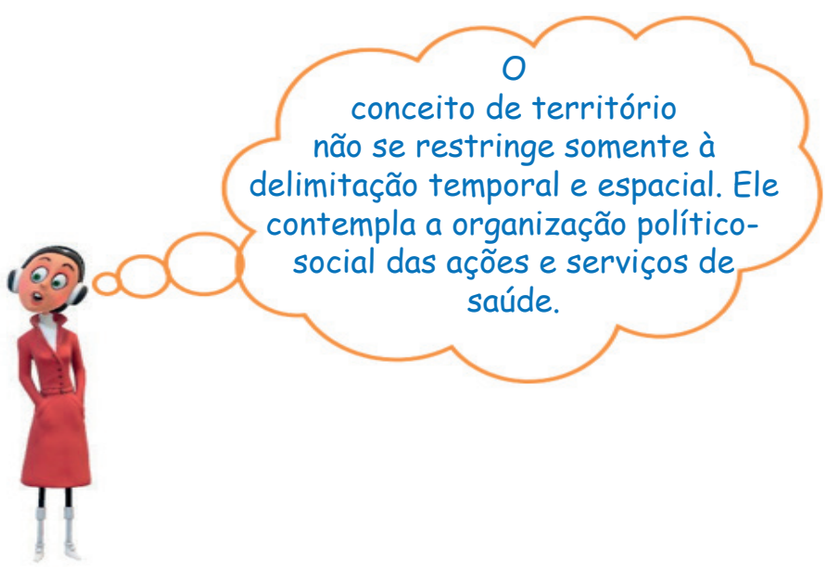
Capítulo 3 A Organização dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS

Como vimos no capítulo anterior, a Rede de Atenção à Saúde visa garantir assistência integral à saúde, de forma eficiente diante das necessidades específicas da população, tendo a APS como responsável pela articulação dos pontos de atenção. Mas, como é possível atender às necessidades singulares de diferentes grupos populacionais?

Objetivos de aprendizagem: definir distrito sanitário e suas subdivisões.

A organização da atenção à saúde específica a cada grupo e, consequentemente, a organização dos serviços locais para suprir a demanda por ações de saúde, começa com a definição do território.

A gestão em saúde está diretamente relacionada às práticas assistenciais, configurando-se como um conjunto de ações administrativas, que visam melhorar e aperfeiçoar as atividades de atenção à saúde oferecidas à determinada população. Em nível local, a gestão está associada à conversão entre as necessidades de saúde dos usuários e suas famílias e as estratégias de saúde que serão direcionados a elas (UFSC, 2016).



Cada território possui o próprio perfil de usuários, assim como, a estrutura física dos estabelecimentos de saúde, recursos financeiros, equipes de saúde e organização social presentes, são diferenciados. Assim, faz-se necessário que a gestão elabore estratégias de condução do sistema local que se adequem às peculiaridades evidenciadas em cada território (BISSACOTTI; GULES; BLUMKE, 2019).

O território é entendido como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde, que deve possuir uma base territorial estabelecida geograficamente, com uma rede de serviços assistenciais voltados às necessidades e características epidemiológicas das pessoas que estão inseridas nesse espaço.

Estabelecer a base territorial é essencial para o dimensionamento do efeito do sistema local sobre os parâmetros de saúde da comunidade. Ela deve ser detalhada, evidenciando-se os domicílios, famílias e usuários que necessitem de atenção específica por alguma razão. A identificação dessas situações particulares pode ser realizada pela equipe Estratégia de Saúde da Família (ESF), no momento do cadastramento individual e domiciliar, ao longo das visitas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipes de saúde, ou durante as ações de saúde executadas na comunidade. Na definição da área de abrangência do território, faz-se necessário que as equipes levem em consideração as especificidades das comunidades indígenas, assentadas, quilombolas, ribeirinhas, moradores de rua, povos da floresta, indivíduos privados de liberdade, entre outros (UFSC, 2016).

Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), que também podem ser chamados genericamente de **Distritos Sanitários**, podem ser entendidos como o processo de regionalização, que visa garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde pela comunidade, influenciando positivamente no estado de saúde local e oportunizando máxima eficácia e eficiência técnico-operacional, social, política e econômica.

A regionalização refere-se à definição de regiões de saúde, a partir de recortes territoriais enquadrados em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores dos municípios e estados, a partir das características econômicas, culturais, sociais e de infraestrutura compartilhadas pela população presente no território. Essas regiões de saúde devem estruturar as RAS, com o objetivo de garantir que os princípios constitucionais de acesso universal, equidade e integralidade da assistência à saúde sejam alcançados. Essa estruturação deve oportunizar a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social (MENDES, 2011).

Segundo a Portaria de Consolidação nº 3/2017, "a região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável" (BRASIL, 2017).

Em geral, a divisão do território é sistematizada em: Território Distrito, Território-área, Território-microárea e Território Domicílio (MENDES, 2011):

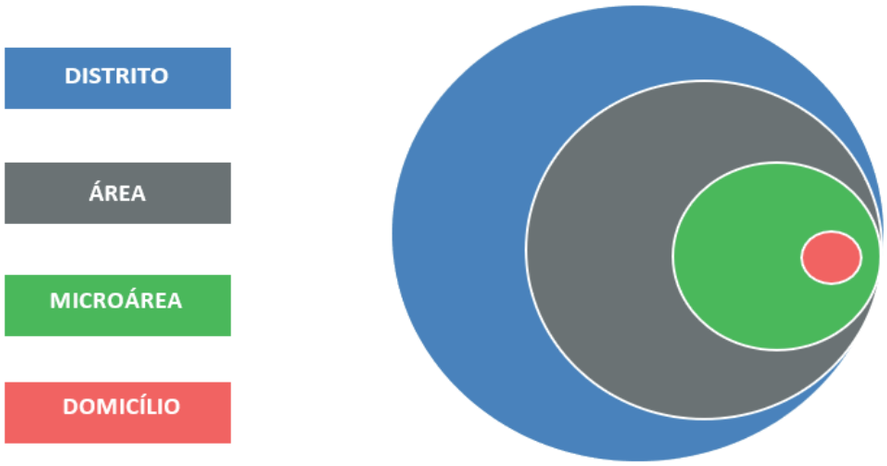
Território Distrito - Delimitação de uma área geográfica que apresenta um sistema regionalizado, que pode coincidir ou não com a definição político-administrativa estabelecida, e possui recursos de saúde disponíveis para atender a população deste local, considerando-se suas características epidemiológicas e sociais.

Território-área - Configura-se como uma subdivisão do Território-Distrito, que representa a população local, estando sob a responsabilidade de uma ESF, o que possibilita que a relação e fluxo população-serviço funcione de maneira mais próxima dos usuários. As equipes são responsáveis por planejar ações de saúde e administrar recursos que atendam às necessidades da população adstrita, e organizar a oferta de serviços disponibilizados dentro da rede.

Território-microárea - Refere-se a uma subdivisão do Território-Área, permitindo que a equipe de saúde realize análises epidemiológicas, ambientais e socioeconômicas contínuas, para identificação das necessidades da população e seu enfrentamento continuado. Cada território microárea fica sob a responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde.

Território Domicílio - Espaço de menor agregação social, familiar ou de grupos de indivíduos. Essa delimitação permite às equipes de saúde conhecerem o perfil epidemiológico de cada unidade familiar e desenvolver de ações de saúde direcionadas.

Figura 07 – Território do Distrito Sanitário.



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Segundo Mendes (2011), nas RAS do SUS, os territórios sanitários fundamentais podem ser divididos ainda quanto à responsabilidade, em:

- O território-microárea – área de responsabilidade do agente comunitário de saúde;
- Território-área – área de responsabilidade de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) ou de uma equipe do PSF;
- Território municipal – área de responsabilidade inequívoca de uma Secretaria Municipal de Saúde;
- Território microrregião sanitária – área de responsabilidade de um Colegiado Microrregional ou de uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Microrregional;
- Território macrorregião sanitária – área de responsabilidade de um Colegiado Macrorregional ou de uma CIB Macrorregional de Saúde;
- Território estadual – área de responsabilidade inequívoca de uma Secretaria Estadual de Saúde;
- Território nacional – espaço de responsabilidade do Ministério da Saúde.
- Pode haver também, em situações especiais, regiões de saúde interestaduais ou internacionais.

Na prática, as ESF atuam no território, realizando mapeamento da área de abrangência, cadastramento populacional e domiciliar e diagnóstico situacional. A partir dessas informações, as equipes realizam o planejamento e priorizam ações voltadas aos problemas de saúde, em parceria com a comunidade onde atuam. Essas ações visam o cuidado aos indivíduos e suas famílias, ao longo do tempo, por meio de uma postura proativa frente aos problemas de saúde-doença identificados.

Capítulo 4 Projeto QualiSUS Rede

Objetivo de aprendizagem: descrever o projeto QualiSUS Rede e as características da região TOPAMA.

O Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS Rede) foi instituído pela Portaria nº 396, de 4 de março de 2011, "como estratégia de apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil". Este projeto foi desenvolvido para contribuir, dentro do SUS, na qualificação das ações de atenção à saúde e gestão em saúde, através da organização de redes regionais temáticas de assistência à saúde e qualificação do cuidado ofertado (BRASIL, 2011).

Esse foi o primeiro plano formalmente desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo claro de investir na estruturação das RAS, em um momento em que havia

pouca experiência da sua implementação efetiva no país (OLIVEIRA et al., 2019).

O QualiSUS Rede tem como estratégias de implementação (BRASIL, 2011):

- Apoiar o desenvolvimento de RAS em regiões metropolitanas e não metropolitanas estabelecidas pelo Ministério da Saúde;
- Realizar intervenções para estruturação de uma rede integrada de atenção à saúde, em cada um dos componentes da rede de serviços de saúde presentes em cada região;
- Incentivar a construção de linhas de cuidado pré-determinadas como um dos elementos de melhoria da assistência à saúde;
- Fomentar prioritariamente a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) de média complexidade e de urgência e emergência, dando prioridade para a adequação da capacidade instalada de serviços de saúde e do parque tecnológico;
- Investir no conjunto de iniciativas de qualificação dos profissionais e de implementação de inovações nos processos e tecnologias de gestão;
- Fortalecer os mecanismos e instrumentos de gestão governamental e organizacional em apoio à estruturação das RAS.

O QualiSUS Rede é desenvolvido em parceria entre o MS, os estados e os municípios, com o objetivo de fortalecer e consolidar as RAS, como um sistema integrado de serviços assistenciais dentro do SUS.

É voltado à implementação de 15 experiências da RAS, em diferentes regiões brasileiras (10 em regiões metropolitanas e 5 em regiões não metropolitanas), a partir da formulação e implantação de acordos regionais e organizados para assistência coordenada ou integrada em Redes Regionais de Assistência à Saúde (RRAS) (BRASIL, 2016). As 15 regiões incorporadas ao projeto contemplam as macrorregiões do país, o que torna possível a presença de diferentes contextos nacionais e incorporação das singularidades das regiões de saúde brasileiras.

As 10 regiões metropolitanas incorporadas ao QualiSUS Rede, são: Rio de Janeiro (RJ), Recife (PE), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR), Florianópolis (SC), Porto Alegre (RS), ABC Paulista (SP), Teresina (PI), Belém (PA), Região Integrada de Desenvolvimento – Ride (DF/GO/MG). As 5 regiões não metropolitanas, são: Alto Solimões (AM), região amazônica, com ênfase na participação indígena; Dourados/Ponta Porã (MS), região de fronteira internacional; Peba (PE/BA), região de fronteira de desenvolvimento agrícola; Região Topama (TO/PA/MA), região interestadual; e Cariri (CE), região com clima semiárido, tendo sido escolhidas para integrar o projeto por serem regiões brasileiras com características sociodemográficas singulares, sendo nomeadas de Regiões Tipo (OLIVEIRA et al., 2019).

As Regiões Tipo são compreendidas como regiões no Brasil em que há prevalência

de doenças negligenciadas, com cobertura de ações e serviços assistenciais inferiores às necessidades locais, além de alta rotatividade de profissionais e índice de desenvolvimento humano baixo (OLIVEIRA et al., 2019).

Segundo a Portaria nº 396/2011, o QualiSUS Rede é estruturado a partir dos seguintes componentes (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010):

- **Componente 1: Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde;**

Este componente envolve o apoio às iniciativas de qualificação das ações assistenciais e à organização das RAS, nas 15 regiões selecionadas para serem incorporadas ao projeto, propostas pelos gestores estaduais em articulação com os gestores municipais de saúde, através de subprojetos, conforme o que foi determinado no Manual Operacional, desenvolvido em conjunto pelo Ministério da Saúde e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e aprovado pelo Ministério da Fazenda (BRASIL, 2011).

O Componente 1 é operacionalizado através de instrumentos legais coerentes à proposta, acordados entre o MS e as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), a fim de garantir a coerência técnica e o cumprimento dos objetivos e ações estabelecidos, assim como a clara definição do papel de cada órgão envolvido na implementação do subprojeto (BRASIL, 2010).

Os Subprojetos são continuamente acompanhados e avaliados, em sua realização, pelas Secretarias de Estado da Saúde e pela Unidade de Gestão do Projeto (UGP/MS), através de métodos avaliativos específicos, que determinarão a continuidade de sua implementação ou a sua interrupção. Para isso, foram realizadas pactuações, de compromissos, metas e indicadores (monitoramento e avaliação), entre os Estados contempladas e o MS, através de acordos de cooperação entre as partes (BRASIL, 2010).

- **Componente 2: Intervenções Sistêmicas Estratégicas;**

Este componente abrange a realização de intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais e de apoio à implantação de RAS, e à qualificação das ações assistenciais à saúde, de acordo com o que é apresentado no Manual Operacional (BRASIL, 2011).

O QualiSUS Rede é executado sob responsabilidade direta da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde (SCTIE), área gestora do Componente, que desenvolveu os Termos de Referência, consolidando as informações com as áreas de estudos, apoiando a Comissão de Licitação na avaliação técnicas das propostas, e garantindo, assim, intervenções estratégicas globais e centradas em prioridades nacionais, para dar suporte à criação de um ambiente institucional e sistemas úteis à implementação das RAS (BRASIL, 2010).

 Componente 3: Gestão do Projeto;

Este componente contempla a organização e o investimento de atividades relacionadas à administração geral do projeto (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010).

As atividades previstas dentro do Componente 3 são interligadas à administração geral do Projeto QualiSUS Rede que contemplam o desenvolvimento de atividades gerenciais relacionadas: à administração geral do projeto; à supervisão das atividades executadas de forma centralizada e descentralizada; ao assessoramento técnico-operacional aos proponentes habilitados; e ao monitoramento e avaliação da execução do projeto. O projeto é administrado por uma unidade colegiada denominada de Unidade de Gestão do Projeto (UGP), de competência da Secretaria-Executiva (SE/MS) (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Os dois primeiros componentes são voltados às estratégias utilizadas para o alcance dos objetivos, enquanto o terceiro é direcionado a gestão administrativa e financeira do projeto (OLIVEIRA et al., 2019).

Em função da complexidade do Projeto QualiSUS Rede, sua adequada operacionalização necessita do estabelecimento de mecanismos e instrumentos específicos relacionados particularmente a: contratações, aquisições, gestão física e financeira e fluxos de implementação (BRASIL, 2010).

Cada unidade de gestão de projeto tem suas competências descritas na Portaria nº 601, de 24 de maio de 2011. Ela tem como função executar as ações técnico-administrativas do Projeto QualiSUS Rede, até o fim do período de realização das ações determinadas em seu cronograma e finalização do procedimento de prestação de contas exigidas pelo BIRD e outros órgãos de controle interno e externo (BRASIL, 2010).

Região TOPAMA

A Região TOPAMA, foco das ações do Projeto Central QualiTOPAMA, é uma rede interestadual que contempla três macrorregiões (norte do Estado de Tocantins, sudeste do Pará e sudoeste do Maranhão) com 110 municípios: 65 deles localizados no Tocantins, 22 no Pará e 23 no Maranhão, distribuídos em 07 regiões de saúde. Esses três estados fazem parte da Amazônia Legal, local em que é possível constatar significativas dificuldades de logística e infraestrutura, que precisam lidar com interesses referentes a conservação da biodiversidade, qualificação de atividades econômicas tradicionais e ampliação de atividades agroeconômicas (CASANOVA et al., 2017).

A população da Região TOPAMA está distribuída desigualmente no território, pois entre os 110 municípios que fazem parte dessa mesorregião, somente doze municípios concentram metade (55%) da população. Além disso, é importante destacar que essa região possui uma grande diversidade social, possuindo em seu território, povos indígenas, assentados, agricultores familiares, mineradores, pescadores, extrativistas, artesãos, e muitas pessoas se enquadram em

um ou mais desses grupos sociais (RÊGO; KAMIMURA; SILVA, 2018).

Os municípios com maiores contingentes populacionais possuem alto grau de urbanização (mais de 80%) e maior concentração dos serviços de saúde ofertados na região, fazendo destas cidades centros de referência de ações de saúde para os municípios circunvizinhos (RÊGO; KAMIMURA; SILVA, 2018).

Na mesorregião TOPAMA, é possível constatar a presença constante de doenças negligenciadas, como tuberculose e hanseníase, por exemplo, associadas a uma baixa cobertura da oferta de serviços de saúde, dificuldade de fixação de profissionais e baixo índice de desenvolvimento humano (OLIVEIRA et al., 2019). O Índice de Gini, uma ferramenta utilizada para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo, que vai de zero (situação de total igualdade) a um (situação de extrema concentração de renda) (IPEA, 2004), se apresentou no último censo em: 0,6099 para o Tocantins, 0,6260 para o Pará e 0,6291 para o Maranhão (DATASUS, 2010), evidenciando assim que a Região TOPAMA apresenta grande desigualdade econômica.

A Região TOPAMA se desenvolve historicamente de maneira heterogênea, evidenciando grandes desigualdades de acesso aos serviços de saúde entre as diferentes regiões, indo desde a oferta de serviços em si até as barreiras geográficas. A sua rede assistencial é, em geral, fragmentada e desarticulada, fazendo-se necessário que a própria população procure meios de solucionar as suas demandas de saúde, através do deslocamento para as cidades polo (Araguaína – TO, Marabá – PA e Imperatriz – MA)(RÊGO; KAMIMURA; SILVA, 2018).

A Região TOPAMA necessita de ações governamentais de apoio, por ter sido possível constatar que ela ainda não possui os elementos necessários que a possibilitem implementar as RAS de maneira satisfatória, frente às demandas singulares da população adscrita (RÊGO; KAMIMURA; SILVA, 2018).

Faz-se necessário qualificar e instrumentalizar gestores e profissionais de saúde presentes nas Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, para planejar e implementar ações de saúde partindo da produção de redes assistenciais e estruturas do processo de regionalização, relacionando-se com as entidades federativas, as público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e a determinação de padrões de qualidade para o fornecimento de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros. A capacitação dos profissionais de saúde presentes nas Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde na elaboração de instrumento de planejamento dentro do SUS apresenta-se como uma estratégia para buscar solucionar (CASANOVA et al., 2017).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N; ROUQUAYROL, M. Z. **Modelos de saúde-doença: introdução à epidemiologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Medci Ed., 2002. p. 27-64.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 1-11, jan./jul. 2002.

BATISTELLA, C. **Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. In: FONSECA, A. F.a; CORBO, A. M. A. (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BISSACOTTI, A. P; GULES, A. M; BLÜMKE, A. C. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. **Hygeia,** 15 (32): 41- 53, junho/2019.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial União, 1990.

BRASIL. **Manual Operacional do Projeto QualiSUS-rede - Documento Base - Volume 1**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. **Mapeamento e diagnóstico da gestão de equipamentos médico-assistenciais nas regiões de atenção à saúde do projeto QualiSUS-Rede**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 396, de 4 de março de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **O que é? - Índice de Gini**. Site do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2004. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&id=2048:catid=28. Acessado em 26 fev. 2023.

BRASIL. Índice de Gini da renda domiciliar per capita – Brasil. Site do DATASUS, 2010. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniuf.def. Acessado em 26 fev. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Senado Federal, 1990.

BRASIL. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BUCK, C et al. **El desafío de la epidemiología**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1988, p 18-19.

CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultura, 1982.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1209- 1224, abr. 2017.

CASTELLANOS, P. L. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. **Boletim Epidemiológico [da] Organização Pan-Americana de Saúde**, v. 10, n. 4, p. 25-32, 1990.

CRUZ, M. M. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. In: Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.21-33.

EVANS, R. G. ; STODDART, G. L. **Producing health, consuming health care.** Soc Sci Med, v 31, n 12, p 1347- 1363, 1990.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

LEAVELL, S.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGrawHill, 1976.

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

OLIVEIRA, M. M. et al. Análise estratégica do Projeto QualiSUS-Rede: contribuições para avaliação em saúde pública. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 987-1002, out-dez 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, jan. 2000.

RÊGO, I. L; KAMIMURA, Q. P.; SILVA, J. L. G. Regionalização da saúde: implicações à construção de redes de saúde interfederativas. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v. 14, n. 2, p. 455-481, jan/2018.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007

SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES. **Enfermagem e saúde do adulto**, 1996

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, DFID, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UFMA. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Gestão e avaliação na atenção básica**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION**. The world health report 2000: health systems, improving performance.** Geneva, World Health Organization, 2000.



Anotações

UNIDADE TEMÁTICA

II

Objetivo de Aprendizagem: caracterizar a PNAB e relacioná-la à educação permanente em saúde.

Princípios e Diretrizes Gerais da ATENÇÃO BÁSICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (APS), realizada em 1978, em Alma Ata, reafirmou a saúde como um direito humano fundamental. Além disso, preconizou, como meta social mundial a ser alcançada, a obtenção do mais alto nível de saúde possível, o que requer a ação de muitos setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Desde então, a OMS enfatiza que a APS é a chave para que esses objetivos sejam atingidos. Em agosto de 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) divulgou seu posicionamento a ideia de que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento dos sistemas de saúde, e que esta se apresenta como a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações nas Américas (BRASIL, 2020).

Mais recentemente, em outubro de 2018, ao completarmos 40 anos de Alma Ata, a Conferência Global sobre APS produziu a Declaração de Astana. Tal documento destaca ser a APS "o enfoque mais eficaz, eficiente e equitativo para melhorar a saúde, o que faz dela um alicerce necessário para conseguir a cobertura universal de saúde" (BRASIL, 2020).

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individual, familiares e coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e VS, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

É desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, democrática e participativa, realizada por equipe multiprofissional e dirigida a populações em territórios definidos, sobre as quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em um território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2017).

Por possuir o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima à vida das pessoas, a APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços disponibilizados pela rede (BRASIL, 2012).

É ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, conforme suas necessidades e também as demandas do território, sendo proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras (BRASIL, 2017).

Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012).

A PNAB tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. Além disso a integração entre a VS e a AB é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho, que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intersetorialidade (MOROSINI et al., 2017).

Dessa forma, objetivando fortalecer a oferta de cuidados próprios da APS, com base no atributo essencial da integralidade (abrangência do cuidado), a Secretaria de APS a à Saúde (SAPS), do Ministério da Saúde (MS), possui várias iniciativas para fortalecer o cuidado integral dentro da APS, além da Estratégia Saúde da Família (ESF), como: o Programa Saúde na Hora, Academias da Saúde, Cuida Mais Brasil, Bancos de Leite Humano, Programa Saúde na Escola, Programa Saúde Bucal, Programa de Imunização, Centro de Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas, Mais Médicos e outros. Tais iniciativas são executadas nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas Unidades de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde (BRASIL, 2020).

O SUS é um sistema complexo, de caráter público, que atende mais de 190 milhões de pessoas, das quais 80% dependem exclusivamente dele, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Paralelamente, **a PNAB é um mecanismo de fortalecimento da APS e tem o papel de manter em funcionamento ordenado, o serviço de acesso prioritário ao SUS,** nível em que, segundo estimativas também do MS, é possível encontrar de **80% a 90% de resolutividade para os problemas das pessoas ao longo da vida.** Em outras palavras, a PNAB tem como função organizar o modo como os pacientes chegam e são encaminhados dentro do SUS, destacando a AB e a ESF como referencial (BRASIL, 2020).

A APS E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Para a PNAB (2012), a consolidação e o aprimoramento da APS, como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, requer um saber e um fazer em EP (EP), que sejam interiorizados na prática concreta dos serviços de saúde. A EP deve ser

constituída da qualificação das práticas de cuidado, da gestão e da participação popular.

O redirecionamento do modelo de atenção impõe a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, gestão das mudanças e estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a EP, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como um importante elemento estratégico para gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços. Em sua micropolítica, bastante próxima dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, a EP é um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho" (BRASIL, 2012).

A EP deve embasar-se num processo pedagógico que contemple, desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades, até o aprendizado a partir dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa). Outro pressuposto importante da EP é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, com base na análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas, que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiencias inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

A vinculação dos processos de EP à estratégia de apoio institucional pode potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na APS, à medida que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. Nessa mesma linha, é importante diversificar este repertório de ações, incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal, tais como troca de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidade de práticas, grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras (BRASIL, 2012).

Por fim, reconhecendo o caráter e a iniciativa ascendente da EP, é fundametal que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de EP, tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais, de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de EP pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e o contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (BRASIL, 2012).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017** Aprova a Política Nacional de AB, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67–76, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de APS à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da APS à Saúde (CaSAPS):** versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de APS à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias De. **Política Nacional de AB 2017**: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018.

STARFIELD, Barbara. **APS: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO e Ministério da Saúde, 2002.



Anotações

ATIVIDADE

CURSISTA _____

São princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizados na AB e utilizados na Portaria da PNAB de 2017 (BRASIL, 2017):

1. Princípios: a universalidade, a equidade e a integralidade.

2. Diretrizes: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

1. Com base na PNAB, descreva, juntamente com seu grupo, as características da APS que considerar mais importante:

1.

2.

3.

4.

2. Quanto à estrutura da AB no SUS, todas as Unidades Básicas de Saúde são consideradas ambientes de: educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino, inovação e avaliação tecnológica para a rede de atenção à saúde. De acordo com a sua realidade, juntamente com seu grupo, descreva a estrutura da AB do seu município, elencando quantas equipes possuem, quais profissionais compõem as equipes, total da população adscrita para cada ESF, quais atividades e programas desenvolvem, fluxo para atendimento e acesso ao serviço, e outros pontos que o grupo achar necessário.

CAPÍTULO 2 POLÍTICA NACIONAL DE VIGILANCIA EM SAÚDE (PNVS) E INDICADORES DE SAÚDE

Objetivos de aprendizagem: compreender a PNVS e correlacioná-la à importância da produção de indicadores confiáveis.

A Vigilância em Saúde (VS) é responsável por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e pela análise de situação de saúde da população brasileira. Diante do novo contexto, em que diferentes estratégias e tecnologias são incorporadas às ações de saúde pública, a VS passa a ser entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (GARCIA, 2018).

Nessa contexto, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de VS (SVS), tem as funções de: coordenar programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis, de relevância nacional, como Aids, dengue, malária, hepatites virais, doenças imunopreveníveis, leishmaniose, hanseníase, tuberculose e do Programa Nacional de Imunizações (PNI); investigar surtos de doenças; coordenar a rede nacional de laboratórios de saúde pública; realizar a gestão de sistemas de informações sobre mortalidade, agravos de notificação obrigatória e nascidos vivos; realizar inquéritos de fatores de risco, coordenação de doenças e agravos não-transmissíveis e análise de situação de saúde, incluindo investigações e inquéritos sobre fatores de risco de doenças não transmissíveis, entre outras ações (GARCIA, 2018).

Diante da complexidade da VS, no dia 12 de junho de 2018, foi instituída a Política Nacional de VS (PNVS), por meio da Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do planejamento das ações de VS nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância (BRASIL, 2018).

A PNVS é definida como uma política pública de Estado e função essencial do SUS, de caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios. Sua efetivação depende de seu fortalecimento e articulação com outras instâncias do sistema de saúde, enquanto sua gestão é de responsabilidade exclusiva do poder público (GARCIA, 2018).

A PNVS deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de VS em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matri-

ciamento em saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção (BRASIL, 2018).

A PNVS deverá contemplar toda a população em território nacional, priorizando, entretanto, territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais (BRASIL, 2018).

Entende-se por VS o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, a intervenção e a atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e a promoção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018).

A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde (BRASIL, 2018).

A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas, relacionados à vigilância epidemiológica, VS ambiental, VS do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de VS sobre a determinação do processo saúde doença (BRASIL, 2018).

A VS, visando a integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela APS (BRASIL,2010).

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

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

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

III – Monitoramento e avaliação integrada;

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

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

As ações de VS, incluindo-se a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de APS – Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações (BRASIL, 2010).

INDICADORES DE SAÚDE

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade (OPAS, 2001).

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar, desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (OPAS, 2001).

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade (capacidade de medir o que se pretende) e confiabilidade (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que

sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde (RIPSA, 2008).

Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes: a integridade ou completude e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios). A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – deve ajustar-se à disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região. A manutenção deste conjunto de indicadores deve depender de instrumentos e métodos simples, para facilitar a sua extração regular dos sistemas de informação (RIPSA, 2008).

Para assegurar a confiança dos usuários na informação produzida, é preciso monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados, e disseminar a informação com oportunidade e regularidade (RIPSA, 2008).

Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. Um conjunto de indicadores se destina a produzir evidência sobre a situação sanitária e suas tendências, como base empírica para identificar grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas. Assim, indicadores constituem insumos para o estabelecimento de políticas e prioridades mais bem ajustadas às necessidades da população (RIPSA, 2008).

Além de prover matéria-prima essencial para a análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados (OPAS, 2001).

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILANCIA EM SAÚDE (PQA-VS)

O PQA-VS compõe um conjunto de iniciativas do Ministério da Saúde para o aperfeiçoamento do SUS, com o intuito de garantir acesso integral a ações e serviços de qualidade, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população, reduzindo iniquidades e promovendo da qualidade de vida. Criado pela Portaria nº 1.378/GM/MS, de 08 de julho de 2013, e regulamentado pelas Portarias nº 1.708/GM/MS, de 16 de agosto de 2013, e nº 2.778/GM/MS, de 18 de dezembro de 2014, representa um marco para a VS, por definir compromissos e responsabilidades, expressas em metas estabelecidas, a serem assumidas pelas três esferas de governo: a federal, com financiamento e apoio técnico, a estadual e a municipal, buscando induzir a implementação de ações que garantam a consecução das metas (BRASIL, 2013).

O PQA-VS é composto por quatorze (14) indicadores e metas, pactuados pela Comissão Intergestores Tripartite, que sintetizam os resultados preconizados para o conjunto de ações de VS e que deverão nortear as gestões estaduais e municipais (BRASIL, 2013).

Apesar da reconhecida importância da VS no âmbito do SUS e dos seus avanços, ainda são percebidas dificuldades e fragilidades na execução das ações em muitos municípios brasileiros. Dessa forma, o conhecimento sobre a operacionalização das principais estratégias e responsabilidades dos municípios, com relação às ações desenvolvidas pela VS para a minimização dos riscos, controle das epidemias, endemias, processo de adoecimento e surgimento de novas doenças tem assumido relevância (SILVA, 2017).

Nesse sentido, compreende-se que o PQA-VS, além de induzir o aperfeiçoamento das ações, também permite realizar uma análise de desempenho dessas ações e, em última instância, uma aproximação com a qualidade da VS nos municípios.

Neste contexto, o gerenciamento do desempenho da gestão da VS se apresenta como uma estratégia fundamental para vencer dificuldades. Sendo assim, é necessário estabelecer estratégias de mensuração do desempenho e investir na mobilização e qualificação do corpo técnico e gerencial da VS, como também na melhoria da informação (COSTA et al., 2013).

O QualiSUS-Rede, instituído pela Portaria Ministerial GM nº 396 de 04 de março de 2011, configura-se como uma proposta de intervenção na realidade do sistema de atenção à saúde no Brasil e abrange uma ou mais regiões de saúde. Está em dez regiões metropolitanas e cinco regiões tipo, essas últimas definidas a partir de condições peculiares, tais como as da região amazônica, com destaque para a presença de populações indígenas, em região do semiárido e das fronteiras internacional, interestadual e de desenvolvimento (BRASIL, 2010).

Dentre essas regiões consideradas singulares, encontra-se a região do Bico do Papagaio, uma região de fronteira estadual na Amazônia Legal, situada no extremo norte do Estado do Tocantins e fronteira com os Estados do Pará e do Maranhão. Assim como nas demais regiões tipo, nesta região prevalecem doenças negligenciadas, baixa cobertura de ações e serviços, dificuldade de fixação de profissionais e baixo índice de desenvolvimento humano (BRASIL, 2010).

São diretrizes do PQA-VS:

I - O processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de VS que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

II - A gestão baseada em compromissos e resultados, expressos em metas de indicadores pactuados, constantes do Anexo I a esta Portaria; e

III - Adesão voluntária de Estados, Distrito Federal e Municípios.

Conforme estabelecido na Portaria do Ministério da Saúde Nº 1.520 de 30 de maio de 2018, os compromissos traduzem-se por meio de metas estabelecidas em indicadores de

interesse da VS, tendo subsídio nas esferas: federal, com o financiamento e apoio técnico a estados e municípios; estadual, com apoio técnico aos municípios e monitoramento dos dados; e municipal, buscando induzir e estabelecer a implementação de ações que garantam a consecução dessas metas em seu território (Quadro 1).

Quadro 1- Metas e Indicadores do Programa de Qualificação das Ações de VS - PQA-VS em 2018.

Meta 1: 90% de registros de óbitos alimentados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Indicador: Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Meta 2: 90% de registros de nascidos vivos alimentados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Indicador: Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC, em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.
Meta 3: 80% de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) de dados individualizados, por residência.
Indicador: Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, no sistema oficial de informação do PNI de dados individualizados, por residência.
Meta 4: 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 1 ano de idade - Pentavalente (3ª dose), pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ªdose) - e para crianças de 1 ano de idade - Tríplice viral (1ª dose).
Indicador: Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente - 3ª dose, Poliomielite - 3ª dose, pneumocócica 10 valente - 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) - com coberturas vacinais preconizadas.
Meta 5: 75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante em água tratada.
Indicador: Percentual de amostras analisadas para o residual de agente desinfetante em água para consumo humano (parâmetro: cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).
Meta 6: 80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), encerradas em até 60 dias, a partir da data de notificação.
Indicador: Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata nacional (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.
Meta 7: 70% dos casos de malária com tratamento iniciado em tempo oportuno (até 48 horas a partir do início dos sintomas, para os casos autóctones; e em até 96 horas a partir do início dos sintomas, para os casos importados).

Indicador: Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno.
Meta 8: 4 ciclos de visita domiciliar, dos 6 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Indicador: Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.
Meta 9: 82% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.
Indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
Meta 10: 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.
Indicador: Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.
Meta 11: 2 testes de sífilis por gestante.
Indicador: Número de testes de sífilis por gestante.
Meta 12: 15% de ampliação no número de testes de detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) realizados em relação ao ano anterior.
Indicador: Número de testes de HIV realizado.
Meta 13: 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido, de acordo com o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).
Indicador: Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.
Meta 14: 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.
Indicador: Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

Fonte: Brasil (2018a).



Anotações

ATIVIDADE

CURSISTA _____

1. De acordo com as metas e indicadores do PQA-VS, você deverá, juntamente com seu grupo de trabalho, analisar as metas não alcançadas no último ano pelo seu município e refletir sobre as dificuldades encontradas para o alcance no atingimento dessas metas e indicadores. Após a análise dos dados do seu município e a reflexão em grupo, vocês deverão desenvolver um plano de ação (utilizando o instrumento 5W2H) para cada indicador não alcançado, de forma que ele possa ser executado.

Com base no desempenho dos municípios (de acordo com seu porte populacional) e estados, o incentivo financeiro do PQA-VS é repassado aos fundos municipais e estaduais. Este recurso pode ser utilizado para aquisição de equipamentos, insumos, capacitações e gratificações, ou outros relacionados às atividades de VS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância à Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de VS, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018**. Fica instituída a Política Nacional de VS (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **1ª conferência nacional de Vigilância em Saúde**: relatório final [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 out 25]. 110 p. Disponível em: Disponível em: https://**drive.google.com/file/d/1dI4F1e03LKCsLRF7h0OXzxC8VCVkRZkc/view » https://drive.google.com/file/d/1dI4F1e03LKCsLRF7h0OXzxC8VCVkRZkc/view**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de VS e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 20 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.520, de 30 de maio de 2018. Altera os Anexos XCVIII e XCIX à Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a inclusão de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de VS - PQA-VS, a partir de 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a.

GARCIA L. P, DUARTE E. **1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde**: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2018;27(2):e20180002. doi: 10.5123/s1679-49742018000200020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Adaptado de: Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín epidemiológico 2001; 22(4): 1-5.

CAPÍTULO 3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA REGIÃO TOPAMA E SEUS PRINCIPAIS AGRAVOS

Objetivo de aprendizagem: caracterizar a realidade da Vigilância em Saúde na região TOPAMA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, representa um modelo moderno de organização dos serviços de saúde, com eixos norteadores relacionados à universalidade, à integralidade, à acessibilidade, à resolutividade, à hierarquização, à regionalização, à descentralização e controle social. Ao garantir os direitos fundamentais do cidadão, previstos na Constituição Federal de 1988, estabeleceu uma conquista sem precedentes para o país. Desde sua criação, têm-se verificado mudanças no campo das políticas públicas de saúde com resultados importantes (MENICUCCI, 2009).

Nos últimos anos a saúde pública vem apresentando um processo dinâmico de transformação, com mudanças estruturais e a proposição de modelos inovadores de gestão, sempre objetivando a melhoria da qualidade dos serviços e da assistência destinados à população, em sintonia com os princípios do SUS (BOCCATTO, 2012).

Diante disso, os municípios passaram a ser protagonistas, assim como todos os serviços municipais, direcionados para a saúde da comunidade. Os serviços de VS, representantes da "inteligência sanitária" nesse complexo contexto, desenham novos caminhos para os modelos de gestão aplicáveis ao setor, os quais pretendem menos desperdício e maior agilidade nas decisões e nas respostas, para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos (BOCCATTO, 2012).

Na legislação brasileira vigente, a VS constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados, sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2018).

A vigilância integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

A partir daí a vigilância se distribui em várias áreas:

a) Vigilância Epidemiológica

Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.

b) Vigilância Ambiental

Conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

c) Vigilância Sanitária

Conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo e descarte.

d) Saúde do Trabalhador

Conjunto de ações que visam promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.

PRINCIPAIS AGRAVOS

A Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde público e privado e em todo o território nacional. Com o intuito de divulgar as doenças e agravos, o Ministério da Saúde organizou um Guia de VS, com informações e recomendações que possam contribuir para a institucionalização e aprimoramento das práticas da VS. De forma integrada à rede de serviços de saúde, em todos os municípios do país e, em última instância, espera-se que estas práticas qualificadas possam melhorar, em alguma medida, a saúde da população brasileira (BRASIL, 2014).

Dentre os inúmeros agravos conhecidos estão: Influenza, Doença Meningocócica, outras Meningites, Coqueluche, Difteria, Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda, Sarampo, Rubéola, Síndrome da Rubéola Congênita, Varicela/Herpes Zóster, Tétano Acidental, Tétano Neonatal, Botulismo, Cólera, Doenças Diarreicas Agudas, Febre Tifóide, Infecção pelo HIV e Aids, Hepatites Virais, Sífilis Adquirida e em Gestantes, Sífilis Congênita, Hanseníase, Tuberculose, Febre Amarela, Febre do Nilo Ocidental, Febre Maculosa Brasileira e Outras Riquetsioses, Dengue, Febre de Chikungunya, Doença de Chagas, Leishmaniose Tegumentar Americana, Leishmaniose Visceral, Malária, Esquistossomose Mansoni, Geo-Helmintíases, Tracoma, Hantaviroses, Leptospirose, Peste, Raiva, Acidentes por Animais Peçonhentos, Intoxicação Exógena, VS do Trabalhador, Vigilância Interpessoal/Autoprovocada, Investigação Epidemiológica de Casos, Surtos e Epidemias como a pandemia do coronavírus que se tornou um agravo de notificação compulsória deste 2020 (BRASIL, 2014).

Por ser responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de agravos, prioritariamente com ações de promoção à saúde, monitoramento epidemiológico das doenças transmissíveis e não transmissíveis, atividades sanitárias programáticas, VS ambiental e saúde do trabalhador, elaboração e análise de perfis demográficos epidemiológicos, proposição de medidas de controle, além de outras, a VS encontra-se distribuída em patamares hierárquicos técnico-administrativos, nas esferas federal, estadual, municipal e regional, sendo que a base de todas as informações é a região (BOCCATTO, 2012).

O CENÁRIO NA REGIÃO TOPAMA

A Rede de Saúde Interfederativa da Mesorregião do Bico do Papagaio, Rede TOPAMA, abrange 110 municípios, sendo 65 localizados no Tocantins, 22 no Pará e 23 no Maranhão. Os municípios estão distribuídos em 3 macrorregiões de Unidades Federativas (UF) brasileiras, no Norte do Tocantins, Sudeste do Pará e Sudoeste do Maranhão e em 14 microrregiões de saúde (BRASIL, 2016).

As condições sanitárias e de saúde da região TOPAMA apresentam baixa cobertura de Estratégias de Saúde da Família, de esgotamento sanitário, de coleta de lixo e de atenção pré-natal, sendo altos os índices de partos cesáreos, apontando para a insuficiência da saúde materno-infantil. É endêmica para os agravos de hanseníase, tuberculose, leishmaniose e dengue (BRASIL, 2018).

O perfil epidemiológico da Região do Bico do Papagaio apresenta a maior mortalidade proporcional identificada para as doenças do aparelho circulatório, em número mais significativo até do que para neoplasias e doenças do aparelho respiratório, mesmo sendo essas últimas as que mais provocam internações nos hospitais da TOPAMA, seguidas de doenças infecciosas e causas externas (BRASIL, 2018).

A rede assistencial da região mostra-se, em geral, fragmentada e desarticulada, não apresentando fluxo assistencial definido e organizado, forçando a população a buscar soluções para seus problemas nas cidades polos, o que contribui para a migração constante de pessoas entre as 3 regiões (CASANOVA et al., 2017).

A TOPAMA apresenta fragilidades no processo de construção da rede e baixa cobertura das ações e serviços de saúde, gerando um arranjo assistencial (des) organizativo da região (CASANOVA et al., 2017). A ausência de planejamento regional efetivo, a baixa capacidade de gestão, a insuficiência de recursos, decorrente do baixo financiamento público, os processos de formação e educação e seus reflexos na disponibilização de profissionais para o sistema público, o deslocamento de pessoas com mudanças de endereços frequentes entre as cidades das três UF e as dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de saúde no contexto de pacto federativo, revelam-se como barreiras reais, impeditivas da adequada execução de procedimentos relacionados à saúde na região (VIANA et al., 2007; CGEE, 2013).

Dentre as metas propostas pelo PQA-VS, como forma de qualificar as ações da VS nos municípios e aperfeiçoar a Rede de Atenção à Saúde, é possível identificar os principais agravos de VS da região TOPAMA, além de realizar uma análise de desempenho dessas ações.

Tabela 1. Desempenho da Região TOPAMA quanto ao cumprimento das metas do PQA – VS no ano de 2018.5%

Meta	% de não alcance da meta do PQA – VS
Óbito/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	40%
Sistema de Informações sobre Nascidos Vi- vos (SINASC)	37
Salas de vacina	45%
Vacinação em criança	70%
Análises obrigatórias para o parâmetro coliformes	87%
Notificação de semana epidemiológica	15%
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	54%
Malária	78%
Dengue	24%
Hanseníase	32%
Tuberculose	65%
Sífilis	85%
HIV	34%
SINAN/Doença do trabalho	8%
Violência	5%

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2019). (www.portalms.saude.gov.br).

De acordo com o último relatório publicado pela Central QualiTOPAMA (2019), referente a 30 municípios da região TOPAMA, a situação dos indicadores do PQA-VS dos municípios avaliados demonstra um cenário desfavorável ao alcance das metas do PQA-VS, uma vez que nenhum dos 30 municípios estudados conseguiu atingir a meta dos 14 indicadores desse conjunto de iniciativas para o aperfeiçoamento do SUS.

Cerca de 27% dos municípios falharam em atingir a meta de mais de metade dos indicadores propostos. Apenas 33% dos municípios atingiram a meta em 10 indicadores do PQA-VS. O estado do Pará concentra os municípios com pior desempenho do PQA-VS e o estado do Maranhão, concentra aqueles com desempenho razoável do programa (BRASIL, 2018b).

Considerando-se que o PQA-VS é uma das estratégias de gestão, que defende em suas diretrizes a melhoria do processo contínuo e progressivo das ações de VS, enfatizando uma gestão baseada em compromissos e resultados expressos em metas de indicadores pactuados (RODRIGUES et al., 2015), o cenário desfavorável no cumprimento das metas do PQA-VS, nos municípios da região TOPAMA, demonstra um grande desafio ao SUS, que pode dificultar intervenções que efetivem o atendimento e o fortalecimento da rede TOPAMA.

Para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças devem estar em primeiro plano, sem esquecer o tratamento e a reabilitação dos que deles necessitarem e a APS como porta do Sistema Único de Saúde, além de ter o importante papel de ser ordenadora, dentro do SUS, para os serviços especializados, garantido em contrapartida e retaguarda, a longitudinalidade da atenção. A situação exposta acima, nos remete à necessidade de reversão do modelo de atenção, por meio do fortalecimento da APS.

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Ministério da Saúde. **Informações Estratégicas**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php. Acesso em 31 de maio de 2021.

BOCCATTO, M. **Vigilância em Saúde**. São Paulo: UNIFESP, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**, Secretaria de VS. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan**: normas e rotinas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Operacional do Projeto QualiSUS-Rede**. Documento Base - Volume 1 [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. 56 p. Disponível em: http:// portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/ outubro/08/ Vol1DocBaseQualiSUS-RedeWeb.pdf. Acesso em: 5 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de VS e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://bvsms.saude.gov. br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 05 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em http://bvsms.saude. gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em 05 de jun de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Mapeamento e diagnóstico da gestão de equipamentos médico-assistenciais nas regiões de atenção à saúde do projeto QualiSUS-Rede**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 172 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de VS (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/ res0588_13_08_2018.html. Acesso em 05 de jun de 2021.

BRASIL. Universidade Federal do Tocantins. Conselho Universitário. Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários. **Projeto Central QualiTopama**: Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, Fortalecimento e Organização da Rede de Saúde Interfederativa (Rede TOPAMA). Processo Administrativo nº 23101006771-2018-13. Palmas: UFT/PROEX, 2018.

CASANOVA, A. O.; CRUZ, M. M.; GIOVANELLA, L.; ALVES, G. R.; CARDOSO, G. C. P. **A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal**: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 4, p. 1209-24, 2017.

CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS (CGEE). **Plano de Ciência, Tecnologia e Inovação para o Desenvolvimento da Amazônia Legal**. Brasília: CGEE, 2013. (Documentos Técnicos).

COSTA, J. M. B. S. et al. **Monitoramento do desempenho da gestão da VS**: instrumento e estratégias de uso. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013.

CUNHA, E. M.; VARGENS, J. M. C. **Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde**. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. Técnico de VS: fundamentos: volume 2. EPSJV, 2017.

DATASUS. **SIM-Sistema de Informações de Mortalidade**. Disponível em: http:// www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701. Acesso em 03 de junho de 2021.

DATASUS. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC**. Apresentação. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702. Acesso em 03 de junho de 2021.

DATASUS. **Informações de saúde (TABNET).** Tutorial TABNET. Coordenação Geral de Disseminação de Informações em Saúde - CGDIS. Disponível em: http://www2. datasus.gov.br/DATASUS/APRESENTACAO/TABNET/Tutorial_tabNet_FINAL.pptx_ html/html/index.html. Acesso em: 02 de Junho de 2021.

FRANCO, J. L. F. **Sistemas de Informação em Saúde**. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade08/p_04.html#:~:text=Os%20Sistemas%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20da,divulga%C3%A7%C3%A3o%20e%20 recupera%C3%A7%C3%A3o%20de%20dados. Acesso em 31 de maio de 2021.

JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. **O Sistema de Informações sobre Mortalidade** – SIM: Concepção, Implantação e Avaliação. In: A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

LAGUARDIA, J. et al. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)**: desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, n. 13, v. 3, p. 135 – 147, 2004.

MENICUCCI, T. M. G. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos**: balanço e perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1.620-1625, 2009.MONKEN, M.;

BATISTELLA, C. **Vigilância em Saúde**. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008. p. 471-8.

PAIVA, N. S. et al. **Sistema de Informações Sobre Nascidos vivos**: um estudo de revisão. Cien Saude Colet. v. 16, Supl. 1, p. 1211-1220, 2011.

PORTAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Agravos de notificação (SINAN)**. Disponível em: http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/sistemas-de-informacao/agravos- de-notificacao-sinan/. Acesso em 03 de junho de 2021.

REGO, I. L. **Regionalização da saúde**: implicações à construção de redes de saúde interfederativas. 2013. 113fl. Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté/SP.

RÊGO, I. L.; KAMIMURA, Q. P.; SILVA, J. L. G. **Regionalização da saúde**: implicações à construção de redes de saúde interfederativas. Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, v. 14, n. 2, p. 455-481, 2018.

RODRIGUES, V. C. et al. **Descrição do resultado dos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de VS na 10ª região de saúde.** 2015.

SILVA, M. M. da. **Desempenho da VS nos Municípios da II Regional de Saúde de PE** - Uma análise dos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de VS (PQA-VS). Vitória de Santo Antão, 2017. 81 p.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/sistema-de informacoes-sobre-mortalidade sim/#:~:text=O%20SIM%20proporciona%20 a%20produ%C3%A7%C3%A3o,%2C%20mas%20tamb%C3%A9m%20 %C3%B3cio%2Ddemogr%C3%A1fico. Acesso em 02 de junho de 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE. Apresentação. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sim/apresentacao/#:~:text=Com%20 a%20finalidade%20de%20r eunir ,Secr etaria%20de%20 Vigil%C3%A2ncia%20%C3%A0%20 Sa%C3%BAde. Acesso em 03 de junho de 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS. **O SINASC**. Apresentação. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/apresentacao/. Acesso em 03 de junho de 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO. **O SINAN**. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/. Acesso em 03 de junho de 2021.

SILVA, N. P. da. **A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio à disseminação das informações em saúde**. Rio de Janeiro: s.n., 2009.

VIANA, A. L. D. et al. **Sistema de saúde universal e território**: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. Cad. Saúde Pública, n. 23, supl. 2, p. 117- 131, 2007.

1. Hanseníase

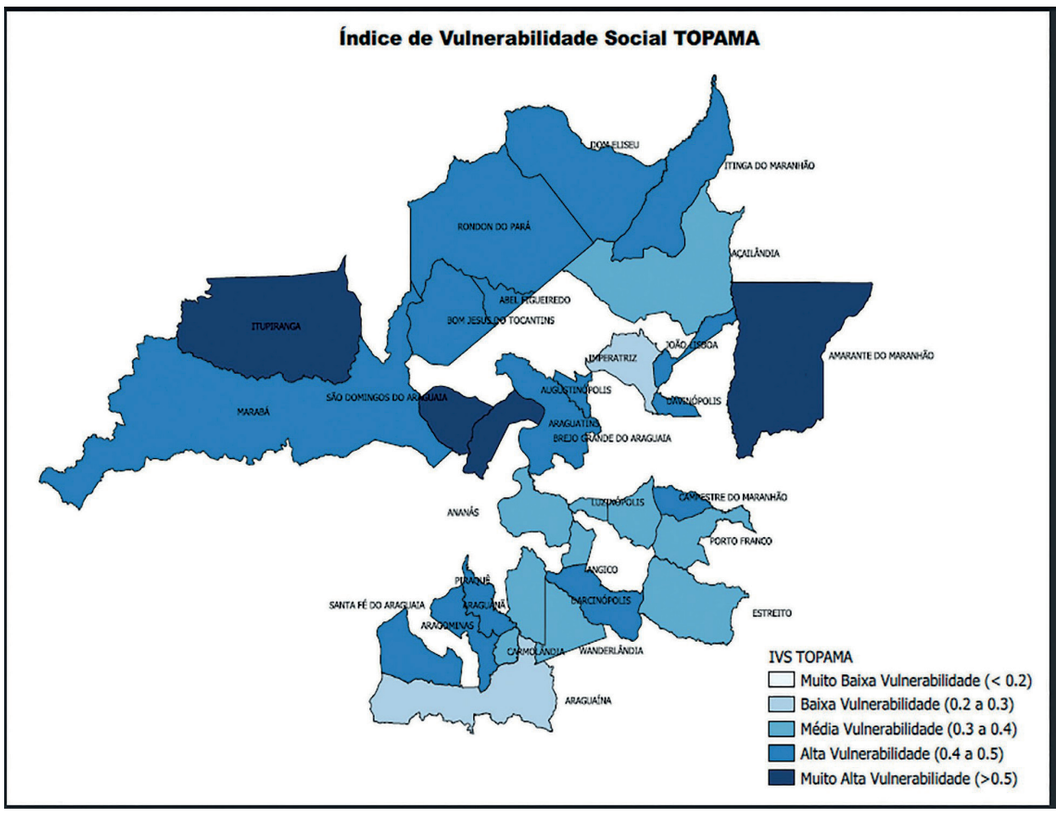
1.1 Situação problema

A Hanseníase é considerada um sério problema de saúde pública por ser uma infecção com potencial de provocar incapacidades físicas e deformidades ao atingir o sistema nervoso periférico, e por afetar indivíduos em suas fases produtivas de vida (BRASIL, 2019a; 2019b). Está entre as doenças infecciosas com maior carga na população, e é considerada uma doença urbana, tropical, negligenciada, endêmica em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento com economia vulnerável, associada à pobreza e a miséria (BRASIL, 2019a, 2019b; VIEIRA; RIEIRA; LANA, 2020).

Estudos estatísticos realizados em 2004 sugeriram que a hanseníase permaneceria como o maior problema de saúde pública no mundo por muitas décadas (MEIMA; RICHARDUS; HABBEMA, 2004). Já se passaram mais de quinze anos e a hanseníase ainda é motivo de grande preocupação no país, em especial nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste (MONTEIRO et al., 2017).

No ano de 2019 os Estados: Mato Grosso, Maranhão, Pará, Pernambuco, Bahia e Tocantins, apresentaram os maiores números de casos novos de hanseníase no Brasil. Diante desse cenário, com o auxílio dos dados apresentados abaixo, o que pode ser feito na sua região para o enfrentamento da hanseníase?

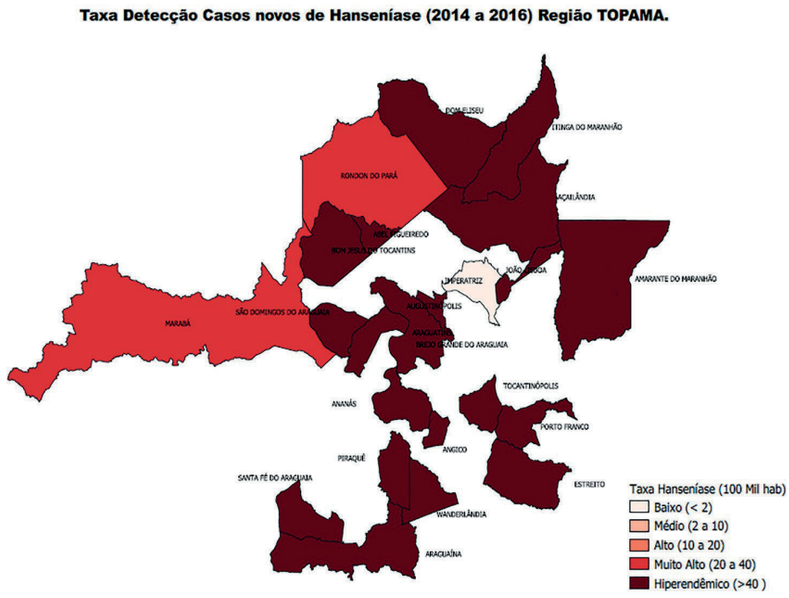
Figura 1 – Índice de vulnerabilidade social* TOPAMA



Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2021).

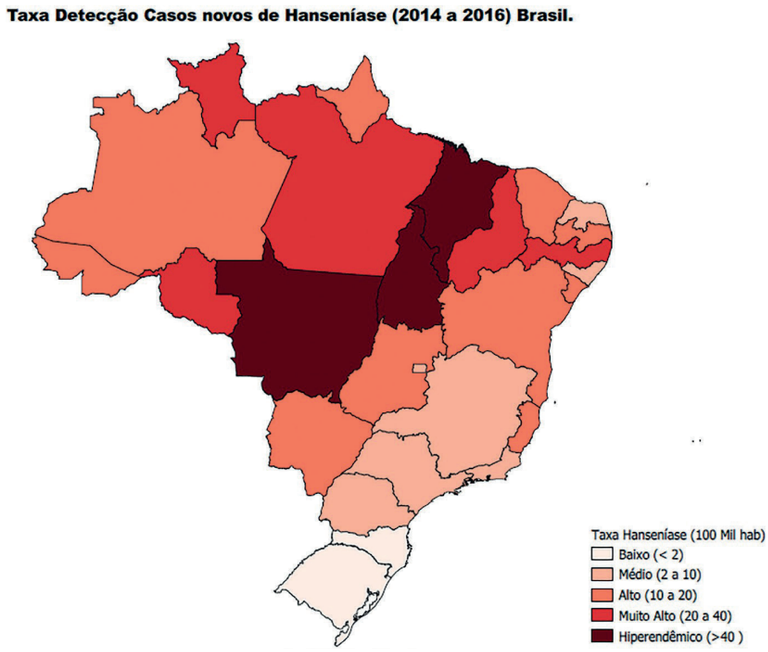
*O IVS é o resultado da seleção de 16 indicadores selecionados da Plataforma do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH), organizados em três dimensões da vulnerabilidade social: I – a Infraestrutura Urbana do território em tela (seja ele um município, uma região, um estado ou uma Unidade de Desenvolvimento Humano); II- o Capital Humano dos domicílios deste território; e III - a Renda, o acesso ao trabalho e a forma de inserção (formal ou não) dos residentes nestes domicílios. Cada uma dessas dimensões reúne, por sua vez, um conjunto de variáveis obtidas nas bases dos Censos Demográficos do IBGE, que refletem diferentes aspectos das condições de vida.

Figura 2 – Taxa de detecção de casos novos de hanseníase no período de 2014 a 2016 na região TOPAMA



Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2021).

Figura 3 – Taxa de detecção de novos casos de hanseníase no Brasil no período de 2014 - 2016



Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2021).

1.2 Contextualização do agravo

A hanseníase é uma patologia infecciosa, de curso crônico, considerada problema de saúde pública devido a sua magnitude epidemiológica. (BRASIL, 2020). O Brasil apresenta elevada endemicidade, chegando a 12,23 casos por 100 mil habitantes (VIEIRA, RIEIRA, LANA, 2019). A Organização Mundial da Saúde classificou o Brasil como "um país de alta carga para a doença, ocupando o segundo lugar na relação de países com maior número de casos no mundo, estando atrás apenas da Índia" (BRASIL, 2020, p. 9).

A hanseníase é uma enfermidade reconhecida pelo seu poder incapacitante que contribui para a estigmatização do agravo e de atitudes discriminatórias, além do seu potencial de complicações e efeitos adversos causados pelo uso prolongado das medicações que compõe o tratamento. Apresenta ainda forte relação com a pobreza e a miséria, que são características de grande parte da população brasileira (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2020).

Em especial no Brasil, os casos de hanseníase estão diretamente ligados a condições econômicas, sociais e ambientais desvantajosas, somado a isso, ainda existe a dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde pelas populações mais vulneráveis e falta de informações acerca das manifestações clínicas da doença, o que dificulta a detecção precoce do agravo (BRASIL, 2019a).

1.2.1 Definição

É uma patologia infectocontagiosa, de caráter crônico, transmissível, de notificação compulsória e investigação obrigatória em todo o Brasil. Possui como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, bacilo que atinge principalmente a pele e os nervos periféricos, com capacidade de ocasionar lesões neurais, o que lhe confere um alto poder incapacitante, o maior responsável pela discriminação relacionada às pessoas que possuem essa doença (BRASIL, 2019a).

1.2.2 Transmissão

A transmissão acontece por via aérea, através de uma pessoa acometida com a forma altamente infectante da doença (Multibacilar), que não esteja realizando o tratamento. Assim, esse indivíduo contaminado elimina o bacilo através das vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) durante contato próximo e prolongado com pessoas suscetíveis (BRASIL, 2019a). Santos, Castro e Falqueto (2008)

esclarecem que o fator de risco primário de contaminação é o ambiente doméstico, por meio do contato intradomiciliar próximo e frequente com casos não tratados, o que, aumenta em 2.9 vezes a chance dos indivíduos se infectarem.

Indivíduos que apresentam poucos bacilos (paucibacilar - PB) não são classificados como signficantes fontes de transmissão da patologia em função da sua baixa carga bacilar, enquanto indivíduos infectados com a forma Multibacilar (MB), por apresentarem muitos bacilos, constituem grupo contagiante, mantendo- se como fonte de infecção enquanto o tratamento específico não for iniciado (BRASIL, 2019a).

O *Mycobacterium leprae* apresenta alta capacidade de infectividade, e baixa patogenicidade, ou seja, infectam muitos indivíduos, porém poucos adoecem. O adoecimento do indivíduo infectado tem relação com as condições imunológicas e nutricionais individuais, além de apresentar risco aumentado em situações de endemicidade local e condições socioeconômicas desfavoráveis (MARZLIAK et al., 2008; SILVA et al., 2010; FEENESTRA et al., 2011). Estima-se que o período de incubação da hanseníase dure em média de 2 a 7 anos.

1.2.3 Tratamento

O tratamento da hanseníase, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é ofertado gratuitamente pelo SUS, e consiste na associação de antimicrobianos (Rifampicina, Dapsona e Clofazimina), por um período mínimo de 6 meses para os casos Paucibacilares e de 12 meses para os casos Multibacilares. Essa associação reduz a resistência do bacilo aos medicamentos, o que pode ser observado quando se utiliza apenas um medicamento. Os medicamentos são seguros e eficazes. O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza o tratamento e acompanhamento da doença em unidades básicas de saúde e em locais de referência (BRASIL, 2019a).

Denominado como Poliquimioterapia (PQT), os esquemas terapêuticos para o tratamento da hanseníase devem ser utilizados de acordo com a classificação operacional de cada pessoa. As manifestações clínicas individuais são fundamentais para determinar a classificação operacional da doença Paucibacilar (poucos bacilos) ou Multibacilar (muitos bacilos), e determinam o esquema terapêutico adequado para cada caso (BRASIL, 2019a).

Quadro 1 - Esquemas terapêuticos utilizados para Paucibacilares (PB)

Esquemas terapêuticos utilizados para Paucibacilar - 6 cartelas	
Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (02 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (01 cápsula de 150mg e 01 cáp- sula de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50mg supervisionada e dose diária de 50mg autoadministrada
Duração: 06 doses. **Seguimento dos casos:** comparecimento mensal para dose supervisionada. **Critério de alta:** o tratamento estará concluído com seis (06) doses supervisionadas em até 09 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.	

Fonte: BRASIL (2019a)

Quadro 2 - Esquemas terapêuticos utilizados para Multibacilares (MB)

Esquemas terapêuticos utilizados para Multibacilar - 12 cartelas	
Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (02 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária de 100mg auto-administrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg (03 cápsulas de 100mg) com ad- ministração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (01 cápsula de 150mg e 01 cáp- sula de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50mg supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150mg (03 cápsulas de 50mg) com admi- nistração supervisionada e uma dose de 50mg auto-administrada em dias alternados.

Duração: 12 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

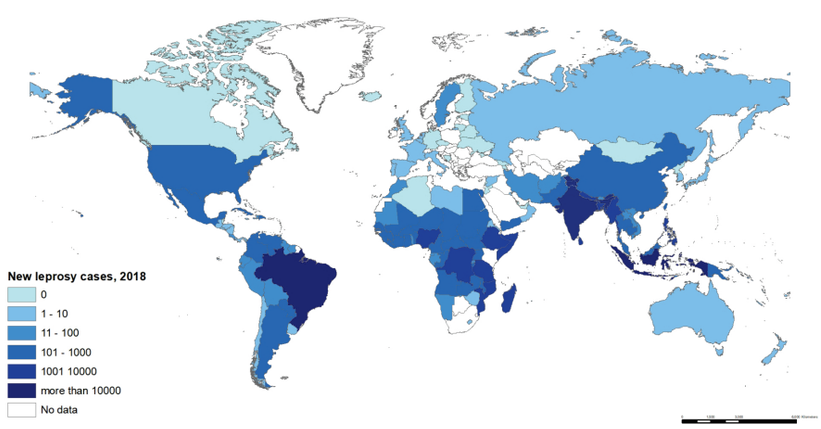
Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presen- ça de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.

Fonte: BRASIL (2019a)

1.2.4 Hanseníase no Brasil

É fato que os números de casos novos de hanseníase no país apresentam declínio ao longo dos anos. Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que em 2009 o Brasil contabilizou 37.610 novos casos de hanseníase, enquanto que em 2018 os números de novos casos diminuíram para 28.660. Embora os números demostrem importante decréscimo nos números de novos casos de hanseníase ao longo de aproximadamente dez anos, a hanseníase ainda é um problema pujante no país. O estudo revelou que dos 30.957 casos novos da doença na região das Américas, 28.660 (92,6% do total das Américas) foram notificados no Brasil, o que denota a magnitude epidemiológica e a complexidade no enfrentamento da hanseníase no país (WHO, 2019).

Figura 4 – Número de casos novos de hanseníase detectados no mundo, 2018.

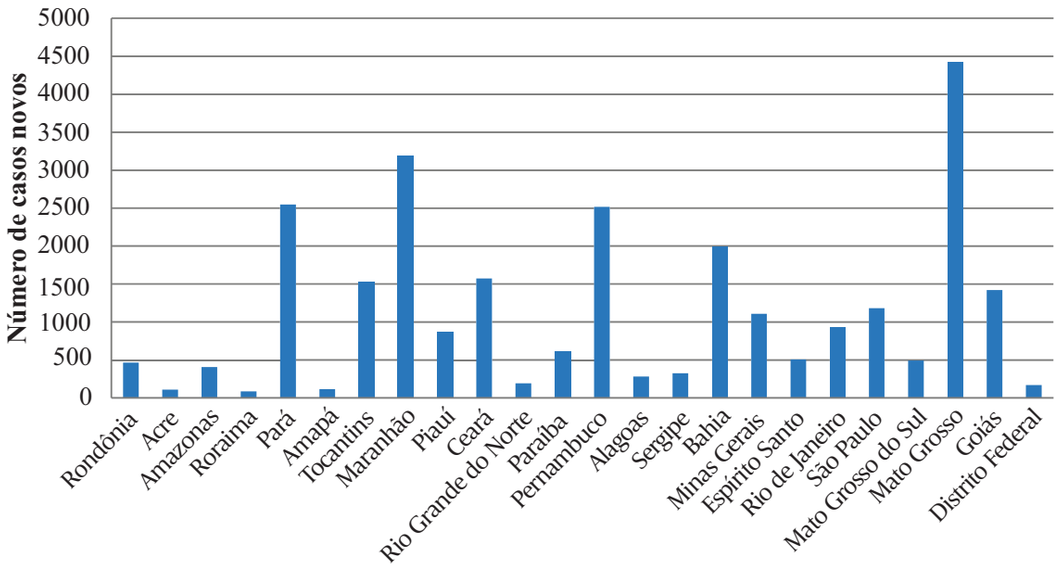


Fonte: BRASIL (2019b).

1.3 Cenário/contexto situacional epidemiológico local e/ou regional referente ao agravo

A hanseníase é uma doença presente predominantemente nas regiões tropicais, com ocorrência desproporcional em populações socioeconomicamente desfavorecidas e marginalizadas. No Brasil, a distribuição da doença ocorre de forma heterogênea com maior concentração de novos casos especialmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (Gráfico 1) (MONTEIRO et al., 2017).

Gráfico 1 - Casos novos de hanseníase por estado no ano de 2019

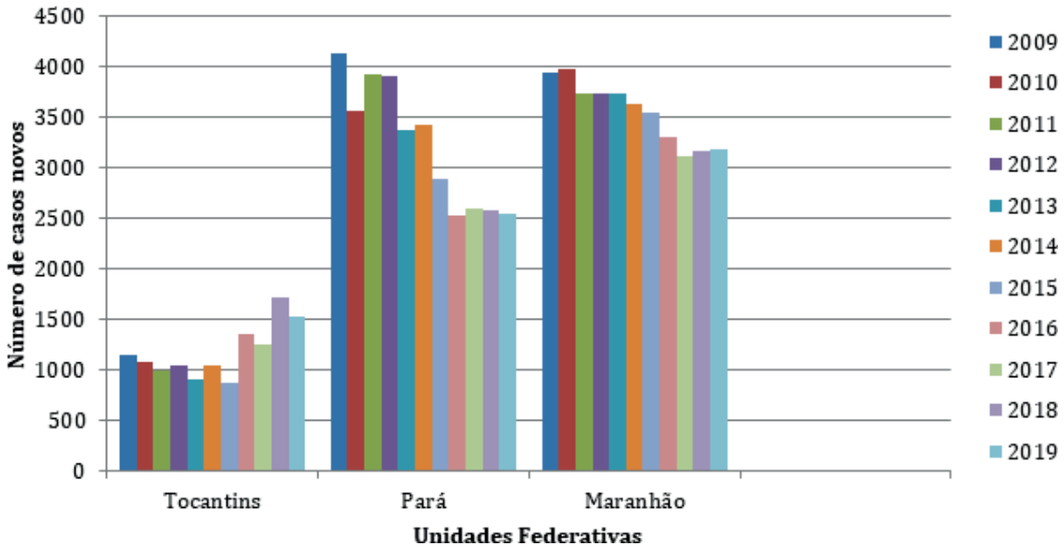


Fonte: Sinan/SVS-MS (2020). Dados disponíveis em 05/06/2020

De acordo com um levantamento da Secretaria de VS (2020), os respectivos estados Mato Grosso, Maranhão, Pará, Pernambuco, Bahia, Ceará e Tocantins apresentaram em 2019 os maiores números de casos novos da doença. Não obstante, as unidades federativas do Maranhão, Pará, Mato Grosso, Pernambuco, Bahia e Tocantins, respectivamente, registraram em 2019 os maiores números casos novos de hanseníase em menores de 15 anos (SVS, 2020). Esses dados denotam o predomínio da hanseníase nesses estados, não apenas para o ano 2019, mas em toda a série histórica divulgada pela secretaria de VS, que compreende o período de 1990 a 2019, sendo possível sugerir que eles sejam hiperendêmicos para o agravo.

Diante do cenário relevante, o gráfico abaixo representa a situação epidemiológica da hanseníase nos últimos dez anos, nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão, que constituem a área de abrangência do projeto TOPAMA.

Gráfico 2 - Casos novos de hanseníase nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão, 2009 a 2019.



Fonte: Adaptado do Sinan/SVS-MS (2020).

1.1 Planejamento e execução das ações prioritárias referentes ao agravo já existentes

Esforços para a diminuição, combate e o enfrentamento da hanseníase vêm sendo feitos desde o surgimento e a compreensão do agravo, e inegavelmente os avanços são reconhecidos. A hanseníase está inserida na agenda internacional, dentre os compromissos mundialmente assumidos em prol do desenvolvimento sustentável, que consiste em um plano de ação para as pessoas, o planeta e para a prosperidade.

A hanseníase está contemplada no objetivo 3 de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), que diz: "até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis" (ONU, 2017, p. 53).

A Organização Mundial da Saúde lançou o plano de Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 – Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase, com o objetivo a logo prazo de alcançar um "mundo sem hanseníase". Traz como propósito a "detecção precoce da hanseníase e o tratamento imediato para evitar a incapacidade e reduzir a transmissão da infecção na comunidade" (OMS, 2016, p. 1). O plano define como metas principais a eliminação da incapacidade de grau 2 entre

os pacientes pediátricos com hanseníase, redução de novos casos com grau de incapacidade de grau 2 a menos de um caso por 1.000.000 de habitantes, e assegurar que nenhum país terá leis que permitam a discriminação por hanseníase (OMS, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) construiu a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022 com o objetivo geral de reduzir a carga da doença no país. Ela traz propostas de metodologias diferenciadas frente aos diferentes padrões de endemicidade e realidades do país, de forma que possam alcançar maior cobertura e melhor desempenho das ações para o controle da doença. Para tanto, está estruturada em três pilares estratégicos, a saber: I) fortalecer a gestão do programa; II) enfrentar a hanseníase e suas complicações;

III) promover a inclusão social por meio do combate ao estigma e à discriminação (BRASIL, 2019b).

Por mais que se desenvolvam estratégias nacionais para o enfrentamento da hanseníase, infelizmente, em sua maioria essas são criadas, implantadas e implementadas sem o conhecimento prévio da realidade e das necessidades locais. Diante do exposto, quais são as ações, parcerias, e estratégias adotadas na sua região a fim de contribuir para a diminuição de casos de hanseníase?

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. **Boletim Epidemiológico Especial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de VS**. Volume único [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 4ª. ed., 2019a. 725 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

FEENSTRA, S. G. et al. Recent food shortage is associated with leprosy disease in Bangladesh: a case-control study. **PLoS Negl. Trop. Dis**., v. 5, n. 5, p. e1029, 2011.

MARZLIAK, M. L. C. et al. Breve histórico sobre os rumos do controle da hanseníase no Brasil e no estado de São Paulo. **Hansen. Int**., v. 33, n. 2 suppl 1, p. 39-43, 2008.

MEIMA, A.; RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, J. Trends in leprosy case detection worldwide since 1985. **Lepr. Rev**., v. 75, n. 1, p. 19-33, 2004.

MONTEIRO, L. D., MOTA, R. M. S., MARTINS-MELO, F. R., ALENCAR, C. H., HEUKELBACH,

J. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região

Norte do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2017, 51:70.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Estratégia Global para a Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase**. Nova Deli: OMS, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU. **Documentos temáticos: objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília: ONU, 2017.

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S.; FALQUETO, A. Risk factors for Leprosy transmission.

Rev. Bras. Enferm., v. 61 Spec No, p. 738-743, 2008.

SILVA, D. R. et al. Hansen's disease, social conditions, and deforestation in the Brazilian Amazon. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 27, n. 4, p. 268-275, 2010.

VIEIRA, N. F., RIERA, J. R. M., LANA, F. C. F. Primary care quality and its effects on leprosy monitoring indicators. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.

WORLD HEALTH OGANIZATION, WHO. "Global leprosy situation"**. Wkly Epidemiol Rec**. 88(36):389-400, 2014.

2. Malária

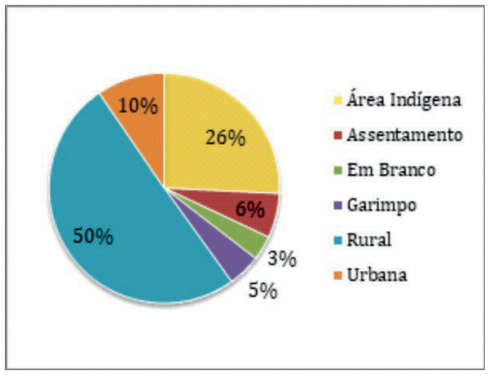
2.1 Situação problema

A malária é um agravo predominante na região da Amazônia legal, sendo responsável por 99% dos casos da doença no país, e o Tocantins, Pará e Maranhão fazem parte do grupo de nove estados que compõem essa região. Essa patologia apresenta maior incidência nas zonas rurais e áreas especiais como assentamentos, área indígena, comunidades ribeirinhas, garimpos entre outros. Indivíduos homens, com condições socioeconômicas desfavorecida, na faixa etária compreendida entre 0 a 49 anos são os mais atingidos pela doença. Percebe-se assim, que a população mais atingida está inserida na definição de População economicamente ativa (PEA), que inicia-se a partir dos 16 anos, agregando ao agravo outras importantes implicações (BRASIL, 2020; IBGE, 2020).

A Secretaria de VS (2020) revelou que no ano de 2019, o Tocantins apresentou 31 casos de malária notificados, o Pará 33.472 e o Maranhão 615. Em 2020 até 25/08, foram contabilizados respectivamente 8, 11.883 e 316 novos casos de malária.

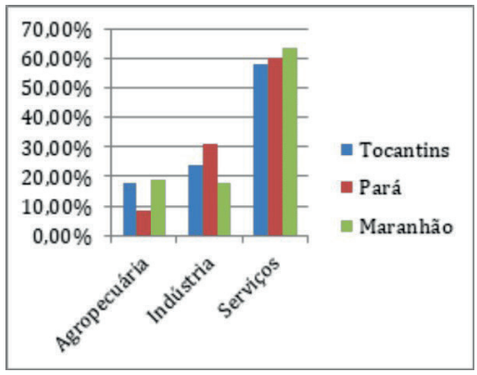
Os altos índices de malária, em especial no estado do Pará, podem estar estreitamente relacionados com a atividade econômica da região, como apontam os gráficos 03, 04, 05, 06 e 07. Diante deste cenário, quais estratégias podem ser sugeridas para o enfrentamento da malária na sua região, a fim de evitar males sociais secundários ao agravo?

Gráfico 03 – Casos autóctones da região Amazônica por área especial no ano de 2019



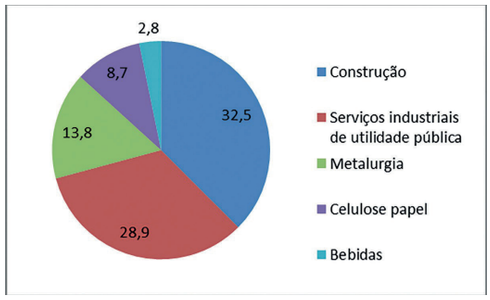
Fonte: Adaptado de Secretaria de VS (2020).

Gráfico 04 – Composição do Produto Interno Bruto dos Estados



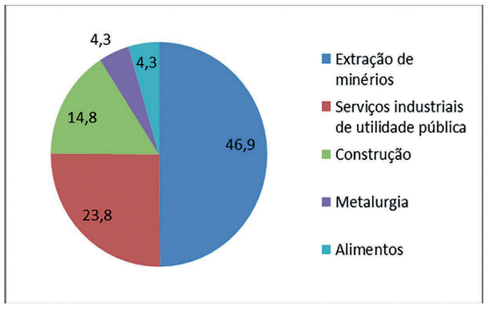
Fonte: Adaptado de IBGE (2020).

Gráfico 05 – Principais setores industriais do Estado do Tocantins, **2007 – 2017**



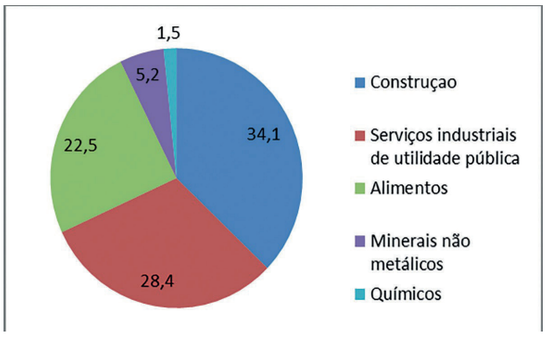
Fonte: Adaptado de Perfil da Indústria (2017).

Gráfico 06 – Principais setores industriais do Estado do Pará, 2007 – 2017



Fonte: Adaptado de Perfil da Indústria (2017).

Gráfico 07 – Principais setores industriais do Estado do Maranhão, 2007 – 2017



Fonte: Adaptado de Perfil da Indústria (2017).

2.2 Contextualização do agravo

A malária é uma questão de saúde pública mundial. Ela atinge cerca de 250 a 500 milhões de pessoas no mundo por ano, em especial nas regiões mais pobres e com maiores desigualdades sociais (GOMES et al., 2020). No Brasil, o agravo apresenta forte incidência na região amazônica, sendo essa, responsável por aproximadamente 99% dos casos em todo o país (BRASIL, 2020; GOMES et al., 2020).

As iniquidades sociais incidem fortemente na distribuição heterogênea da doença no país. São consideradas mais vulneráveis as populações que vivem e/ou trabalham em condições insalubres ou insatisfatórias, comunidades em ocupação de terras desordenadas, indivíduos que possuem atividade relacionada à exploração artesanal de minérios, projetos de assentamento, colonização agrária e intensa mobilidade, especialmente as migrações populacionais (GOMES et al., 2020).

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) estão intrinsecamente relacionados com doenças tropicais como a malária, hanseníase, dengue e outras doenças negligenciadas. Em linhas gerais, habitualmente o conceito de determinantes sociais de saúde expressa a relação entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos ou de grupos da população, e a sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, FILHO, 2007).

Não obstante, em especial na malária, outro importante fator que contribui para o aumento de casos da doença é a interferência do homem sobre o meio ambiente, favorecendo o contato do indivíduo com o anofelino vetor (mosquitos do gênero *Anopheles)* e, por consequência, com o agente etiológico (GOMES et al., 2020).

2.2.1 Definição

A Malária é uma doença infecciosa parasitária, provocada por protozoários unicelulares do gênero *Plasmodium.* As espécies associadas à malária humana são: *P. falciparum, P. vivax, P. malariae e P ovale.* Plasmódios que infectam macacos também podem causar doença em seres humanos, como o *P. knowlesi* e o *P. simium,* sendo este último já detectado no Brasil (BRASIL, 2020, GOMES et al., 2020).

Geralmente as manifestações clínicas da malária são febre alta (igual ou superior a 40ºC) acompanhada de calafrios, sudorese intensa e cefaléia, ocorrendo em padrões cíclicos (a cada 48 ou 72 horas), a depender da espécie do *plasmodium* infectante (GOMES et al., 2020; BRASIL, 2020). Brasil (2020) explica que além da espécie infectante, fatores como quantidade de parasitos circulantes (parasitemia), tempo da doença e nível de imunidade do indivíduo infectado provocam alterações no quadro clínico da malária.

Os sintomas da malária não são específicos, sendo ela facilmente confundida com outras doenças febris agudas como a dengue, zica, febre amarela, leptospirose, entre outras. A ausência da especificidade sintomatológica dificulta e/ou retarda o diagnóstico clínico da doença, ocasionando a gravidade do quadro, e até mesmo, em casos mais extremos, o óbito por malária (BRASIL, 2020).

2.2.2 Transmissão

A transmissão da malária se dá por meio da picada do mosquito fêmea infectada do gênero *Anopheles* (mosquito prego). No Brasil, predomina a espécie Anopheles darlingi por encontrar facilmente condições favoráveis para reprodução nas coleções de água limpa, quente, sombreada e de baixo fluxo da Amazônia brasileira (BRASIL, 2020).

A infecção tem início quando os parasitos (esporozoítos) são inoculados na pele através da picada do mosquito vetor e invadem as células do fígado (hepatócitos), multiplicando-se rapidamente e dando origem a milhares de novos parasitos (merozoítos). Esses últimos, por sua vez, rompem as células do fígado (hepatócitos), caem na corrente sanguínea e invadem as células vermelhas do sangue (hemácias), dando início à segunda fase do ciclo da doença, chamada de esquizogonia sanguínea. É nessa fase sanguínea que surgem os sintomas da malária (BRASIL, 2020).

O período de incubação da malária sofre variações de acordo com a espécie de plasmódio. Para *P. falciparum*, são de 8 a 12 dias; *P. vivax*, de 13 a 17 dias; e *P. malariae*, de 18 a 30 dias (BRASIL, 2020).

A malária não é considerada doença contagiosa, ou seja, uma pessoa adoecida pelo agravo não é capaz de transmitir a doença para outra pessoa, sendo necessária a participação de um vetor. No entanto, se um indivíduo infectado for picado pelo mosquito do gênero *Anopheles* (que são os transmissores da doença), isso possivelmente resultará no aumento da transmissão nos locais onde esta pessoa infectada permanece. Para o Ministério da Saúde, a interrupção da transmissão da malária constitui o objetivo final do controle da doença (BRASIL, 2020).

2.2.3 Tratamento

O diagnóstico em tempo oportuno, seguido da intervenção imediata do tratamento correto são apontados pelo Ministério da Saúde como os meios mais efetivos para interromper a cadeia de transmissão e diminuir a gravidade e a letalidade por malária (BRASIL, 2020).

O tratamento da malária objetiva atingir o parasito em pontos cruciais e estratégicos de seu ciclo evolutivo, a saber: I) interrupção da esquizogonia sanguínea, responsável pela patogenia e manifestações clínicas da infecção; II) aniquilação de formas latentes do parasito no ciclo tecidual (hipnozoítos) das espécies *P. vivax* e *P. ovolae*, a fim de evitar recaídas; e III) interrupção da transmissão do parasito, através do uso de fármacos que impedem o desenvolvimento de formas sexuadas dos parasitos (gamatócitos) (BRASIL, 2020).

A escolha do tratamento e do esquema medicamentoso antimalárico depende de alguns fatores, como a espécie do protozoário infectante, idade e peso do indivíduo infectado, condições associadas, tais como gravidez e outros problemas de saúde, além da gravidade da doença (BRASIL, 2020). O Ministério da saúde disponibilizou através do Guia de tratamento da malária no Brasil (2020), a padronização dos esquemas antimaláricos considerando os fatores supracitados e/ou outras possíveis circunstâncias (consultar material, disponível nas referências).

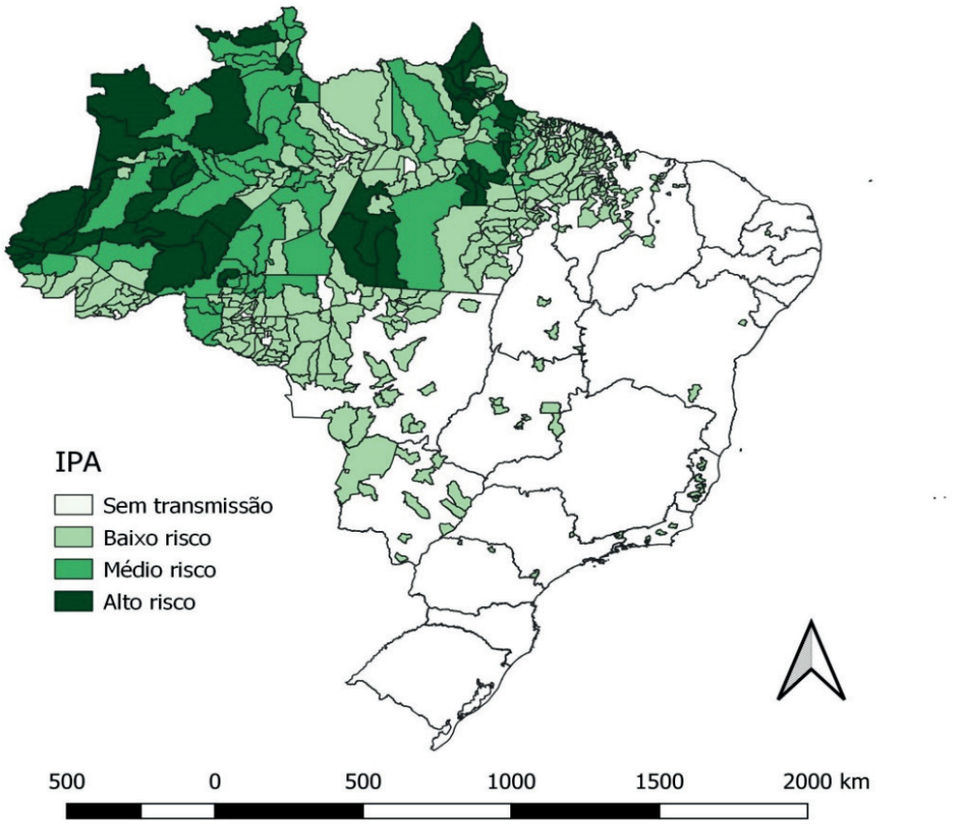
As combinações farmacológicas das drogas para tratamento da malária utilizam-se, não obrigatoriamente em todos os esquemas dos fármacos: Cloroquina 150mg, Artemer 20mg + lumefantrina 120mg, Primaquina 5mg, Primaquina 15mg, Artesunato 25 mg + Mefloquina 50 mg, Artesunato 100 mg + Mefloquina 200 mg.

2.2.4 Malária no Brasil

A malária atinge milhões de pessoas anualmente em todo o mundo. No Brasil, aproximadamente 99% da transmissão da malária concentram-se na região Amazônica Legal, constituída pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, totalizando 808 municípios. Salienta-se que a maioria dos casos de malária notificados na região extra- amazônica, composta pelos outros 17 estados brasileiros e o Distrito Federal, são oriundos dos outros estados endêmicos ou outros países, tanto das Américas quanto da África e Ásia (BRASIL, 2020). Esses casos alóctones são denominados de "malária importada" (GOMES, et al., 2020).

Indivíduos de regiões não endêmicas para malária são altamente vulneráveis por terem pouca ou nenhuma imunidade, e, quando expostos a doença, ao regressar ao local de origem, acabam tendo o diagnóstico tardio ou errado, o que pode ocasionar o agravamento do quadro, evolução para formas graves da doença e até mesmo para o óbito. A letalidade da malária na região amazônica é considerada baixa (1,6/100.000) enquanto nas demais regiões a letalidade fica em torno de 128 vezes maior (BRASIL, 2020).

Figura 05 – Mapa do Brasil com destaque das áreas de risco para malária de acordo com os diferentes níveis de incidência parasitária anual (IPA) em **2018.**



Classificação da IPA: Sem transmissão: 0 casos autóctones; Baixo risco (IPA < 10 casos/1.000 habitantes); Médio risco (IPA entre 10 e <50 casos/1.000 hab.); Alto risco (IPA ≥ 50 casos/1.000 hab.)

Fonte: Brasil (2020).

Tabela 01 – Número de casos de malária nos estados da região Amazônica (2014 – 2020*).

Ano da notificação							
Unidade Federativa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
AC	31.293	27.139	35.209	36.641	26.306	13.337	7.199
AM	67.536	75.612	49.150	81.356	71.786	63.731	32.929
AP	13.555	13.657	12.273	15.506	15.246	10.501	2.099
MA	1.396	552	767	959	931	615	316
MT	879	945	533	591	888	1.787	1.247
PA	11.201	9.390	14.495	36.889	45.834	32.472	11.883
RR	7.662	8.001	8.969	14.082	23.369	22.794	13.957
RO	10.206	7.387	7.329	7.821	9.452	11.649	7.231
TO	22	18	23	72	25	31	8
Total geral	143.750	142.701	128.748	193.917	193.837	156.917	76.869

Fonte: Secretaria de VS (2020).

*Os dados de 2020 são preliminares podendo sofrer alterações

Os dados estatísticos revelam que a malária é predominante no sexo masculino e atinge com maior frequência indivíduos nas faixas etárias compreendidas entre 0 e 39 anos (Tabela 02). Para os anos analisados (2019 e 2020), a faixa etária entre 10 – 19 anos registraram os maiores índices da doença, corroborando com os achados de Barbosa et al. (2006) eGomes et al. (2020), que apontam para maior concentração da doença na faixa etária considerada economicamente ativa. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil, são classificados como População Economicamente Ativa (PEA) indivíduos que possuam 16 anos ou mais, com ou sem ocupação (IBGE, 2010), no entanto, essa faixa etária varia de país para país.

Tabela 02 – Casos de malária segundo faixa etária e sexo, 2019 a 2020*

	2019			2020		
Faixas Etárias	Feminino	Masculino	Ignorado*	Feminino	Masculino	Total geral
0-9	15.869	18.239	1	7.335	8.318	49.762
10-19	15.359	20.392		7.536	10.090	53.377
20-29	10.488	19.376		5.381	9.742	44.987
30-39	8.053	15.130		4.119	7.668	34.970
40-49	5.594	11.077	1	2.873	5.299	24.844
50-59	3.559	6.766		1.744	3.354	15.423
60-69	1.755	3.094		859	1.516	7.224
70-79	692	940		327	459	2.418
80 e mais	214	309		105	136	764
Total geral	61.583	95.323	2	30.279	46.582	233.769

Fonte: Secretaria de VS (2020). Dados atualizados em: 25/08/2020

* Dados de 2020 são preliminares, podendo sofrer alterações.

* Ignorado refere-se a fichas sem preenchimento no campo Sexo.

Dentre os parasitos capazes de infectar o homem, a espécie P. vivax predomina no Brasil, seguido do P. falciparum, em especial na região da Amazônia legal. De acordo com Brasil (2020), nas últimas décadas (Tabela 03) a espécie P. falciparum – protozoário reconhecidamente mais grave e letal, tem apresentado importante redução, enquanto o P. vivax vem contribuindo para o surgimento de casos considerados complicados, inclusive com mortes associadas.

Tabela 03 – Casos notificados de malária na região Amazônica, segundo espécie parasitária, de 2014 a 2020*.

Espécie Parasitária						
Ano de notificação	Malária mista*	P. falciparum	P. malarie	P. ovale	P. vivax	Total geral
2014	1.114	22.338	27	1	120.270	143.750
2015	805	15.785	38	-	126.073	142.701
2016	783	14.357	9	-	113.599	128.748
2017	1.199	19.725	28	-	172.965	193.917
2018	1.534	19.284	15	-	173.004	193.837
2019	1.302	15.685	19	-	139.911	156.917
2020	801	10.225	-	-	65.843	76.869
Total	7.538	117.399	136	1	911.665	1.036.739

Fonte: Secretaria de VS (2020).

* Os dados de 2020 são preliminares, podendo ser alterados.

* Indivíduos infectados por *P. falciparum* e *P. vivax* (ou *P. ovale*).

2.3 Cenário/contexto situacional epidemiológico local e/ou regional referente ao agravo

O Estado do Pará é o mais expressivo em número de casos de malária quando comparado com os estados Tocantins e Maranhão, e o segundo no ranking dos estados da Região Amazônica desde 2017, estando atrás apenas do Amazonas (Tabela 04 - Número de casos de malária nos estados da região Amazônica entre 2014 e 2020.

A sua localização geográfica, ao fazer fronteiras com os estados do Tocantins e Maranhão, e em especial a Amazônia (estado com maior número de casos de malária da região amazônica), privilegia a migração e/ou a mobilidade dos habitantes para o estado (Pará), o que pode contribuir e/ou influenciar para o aumento dos casos da doença.

Tabela 04 – Número de casos de malária nos estados da região Amazônica – Tocantins, Pará e Maranhão no período de 2014 a 2020.

Ano de Notificação							
Unidade Federativa Notificada	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tocantins	22	18	23	72	25	31	8
Pará	11.201	9.390	14.495	36.889	45.834	32.472	11.883
Maranhão	1.396	552	767	959	931	615	316

Fonte: Adaptado da Secretaria de VS (2020).

2.4 Planejamento e execução das ações prioritárias referentes aos agravos já existentes

Apesar de tratável e curável, a malária continua a impactar negativamente na saúde e na subsistência das pessoas de todo o mundo (OMS, 2015; BRASIL, 2020), sendo considerada ainda um desafio para saúde pública mundial, apesar do conhecimento acumulado sobre a doença (FUCHS, 2019).

Os esforços e estratégias para o controle da malária são muitos. A Organização Mundial de Saúde elaborou a Estratégia Técnica Mundial Para o Paludismo[1] 2016 – 2030, com o objetivo de "ajudar os países a aliviarem o sofrimento humano causado pela doença mais mortal do mundo transmitida pelo mosquito" (OMS, 2015, p. 3). A OMS (2015) aponta para a existência de diversas vacinas contra a malária em fases de desenvolvimento. A vacina RTS,S/AS01 (RTS) conhecida também como Mosquirix é a que se encontra em estágios mais avançados. Trata-se de uma vacina que oferece proteção parcial (espera-se pelo menos 75%) contra a malária em crianças. Ela foi avaliada na África Subsaariana através de um grande ensaio clínico realizado em sete países africanos, recebeu parecer positivo em julho de 2015 na Agência Europeia de Medicamentos, e encontra-se em fase de licenciamento e de revisão para recomendação política. No entanto, a OMS alerta que as vacinas devem ser reconhecidas como instrumento complementar, não substituindo as estratégias essenciais de intervenções de combate e enfrentamento da doença.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Nacional de Controle a Malária, objetivando reduzir a mortalidade e a gravidade dos casos, diminuir a incidência, manter a doença ausente em locais onde a transmissão foi interrompida e por fim, eliminá-la do Brasil. Dentre as várias estratégias para o alcance dos objetivos, Brasil

[1] Paludismo: malária

(2020) destaca como as mais importantes - o diagnóstico e o tratamento oportunos e adequados da doença.

A OMS (2015) evidencia que as intervenções de combate à malária apresentam uma boa relação custo-benefício e representam um dos maiores retornos do investimento na saúde pública. Isso porque contribuem para redução da pobreza, diminui as iniquidades e favorecem o desenvolvimento global.

As estratégias de enfrentamento da malária necessitam ser rediscutidas de forma permanente, localmente e na esfera tripartite. Isso porque o Brasil possui vasta área endêmica para o agravo, exigindo ações diferentes conforme as necessidades locais, em especial as áreas com baixa endemicidade (BRASIL, 2020). A OMS (2015) explica também que devido a volatilidade dos fatores que incidem no aumento de casos da malária como alterações climáticas, desenvolvimento econômico, urbanização e a desflorestamento, necessita-se que as estratégias de controle da doença sejam realinhadas e fortalecidas de acordo com as transformações locais.

E na sua região/equipe/área? Compartilhe com os pares as estratégias que foram ou são adotadas na sua região/equipe/área para o enfrentamento e mitigação dos números de casos de malária, ou ainda ações, parcerias e estratégias que contribuam para a prevenção e manejo da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de VS. **Guia de tratamento da malária no Brasil.** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da saúde, 2020. Disponível em: https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/01/guia- tratamento-malaria-2ed-el-27ago20-isbn.pdf. Acessado em: 21 set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **SVS Secretaria de VS**. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://public.tableau.com/profile/mal.ria.brasil#!/. Acessado em: 21 set. 2020.

BUSS, P. M., FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 77-93, 2007.

FUCHS, A. **Malária: região Amazônica concentra 99% dos casos no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. [Internet]. 2019. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/malaria-regiao-amazonica-concentra-99-dos-casos-no-brasil. Acessado em: 21 set. 2020.

GOMES, M. S. M., MENEZES, R. A. L., VIEIRA, J. F. L., MENDES, A. M., SILVA, G. V., PEITER, P. C., MUTIS, M. C. S., FRANCO, V. C., COUTO, A. A. R. D., MACHADO, R. L. D. Malária na fronteira do Brasil com a Guiana Francesa: a influência

dos determinantes sociais e ambientais da saúde na permanência da doença. **Saúde e Sociedade [online].** v. 29,

n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181046>. Acessado em: 21 set. 2020.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: estatísticas de gênero. [Internet]**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=128,-1,1,2,-2,-3&ind=4726. Acessado em: 21 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia técnica mundial para o paludismo 2016 – 2030**. Genebra: 2015. Disponível em: https://apps. who.int/iris/bitstream/handle/10665/176712/9789248564994_por. pdf;jsessionid=5006989B460854C34FC567C41DEDDB2F?sequence=6. Acessado em: 21 set. 2020.

3. Dengue

3.1 Situação problema

Tabela 05 – Tabela situação problema da dengue segundo coleta de lixo, IDH e número de casos de dengue no ano de 2010 nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão.

Coleta de lixo por domicílio - Ano 2010					
	Coletado por serviço de limpeza	Coletado por caçamba de serviço de limpeza	Jogado em terreno baldio ou logradouro	Jogado em rio, lago ou mar	Total
Tocantins	287.698	18.739	8.800	92	398.367
Pará	1.136.674	174.464	49.259	4.697	1.859.165
Maranhão	775.080	148.107	156.963	3.907	1.653.701
Índice de desenvolvimento humano - Ano 2010					
Tocantins	0,699				
Pará	0,649				
Maranhão	0,639				
Número de casos de dengue no ano de 2010					
Tocantins	9.008				
Pará	14.832				
Maranhão	5.556				

Fonte: Adaptado de DATASUS (2010), IBGE (2010) e PNAD (2010).

3.2 Contextualização do agravo

A dengue é considerada, atualmente, a mais importante arbovirose que afeta as pessoas, configurando-se como importante problema de saúde pública no Brasil e em outras partes do mundo, estando presente em todos os estados brasileiros, e gerando prejuízos sociais e econômicos em função de suas recorrentes epidemias. Os chamados multifatores ambientais, econômicos, sociais e biológicos influenciam diretamente a proliferação e disseminação da doença, dificultando seu controle e erradicação (OMS, 2019., BRASIL, 2020).

3.2.1 Definição

A dengue trata-se de uma doença febril aguda, sistêmica, transmitida pela picada da fêmea do mosquito Aedes *Aegypti,* e possui 4 tipos de vírus, os Sorotipos 1, 2, 3 e 4, e uma pessoa pode adquirir, em momentos diferentes, os quatro tipos da doença (BRASIL, 2020).

Suas principais manifestações clínicas são febre alta, mialgia, dor ao movimentar os olhos, mal estar, inapetência, cefaleia e manchas vermelhas pelo corpo. Algumas pessoas podem apresentar sintomatologia leve ou assintomáticas, enquanto outras podem apresentar complicações como sangramentos, vômitos intensos, dores abdominais, ascite e hemorragias, podendo evoluir a óbito (SBMT, 2020; BRASIL, 2020).

3.2.2 Transmissão

A dengue é causada por um arbovírus (vírus transmitidos por artrópodes) do gênero *flavivirus* que se apresenta em quatro tipos diferentes: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4. Atualmente, os quatro sorotipos circulam no Brasil, e a ocorrência de epidemias geralmente está relacionada à introdução de um novo sorotipo em uma área que não havia sido atingida anteriormente ou com alterações do sorotipo predominante (OMS, 2019).

No Brasil e nas Américas, seu principal meio de transmissão é através da picada do mosquito *Aedes Aegypti* contaminado com o vírus. Em outros continentes, como Ásia, a doença também pode ser transmitida pelo *Aedes Albopictus.* Eles habitam predominantemente áreas tropicais e subtropicais, porém, o *Aedes Albopictus apresenta-se mais resistente à baixas temperaturas que o Aedes Aegypti, possuindo maior capacidade de adaptação ao frio* (FIOCRUZ, 2020).

Figura 06. Vetores do vírus da Dengue.



Aedes Aegypti ***Aedes Albopictus***

Fonte FIOCRUZ (2020).

O *Aedes aegypti* é um mosquito antropofílico (vive perto do homem). Por isso, sua presença é mais comum em áreas urbanas e a infestação é mais intensa em regiões com alta densidade populacional. Os grandes aglomerados urbanos com pouca infraestrutura e saneamento básico são ambientes que favorecem a alimentação e dispõem de mais locais para desova dos vetores (LIMA-CAMARA; URBINATTI; CHIARAVALLOTI-NETO, 2016).

Os principais criadouros produtivos do mosquito podem ser naturais (como o interior de árvores, água da chuva acumulada, folhas, orifícios em rochas e no solo) ou artificiais (como em caixas d'água, galões, lotes abandonados, lixos com capacidade de armazenamento de água como pneus, latas, garrafas, tampas, depósitos de lixos urbanos, entre outros), fato esse que torna cada vez mais desafiadora a tentativa de eliminação do vetor (BRASIL, 2020).

Por esse e outros motivos, a erradicação da doença em países subdesenvolvidos vem se estabelecendo como uma tarefa difícil, apesar da existência de campanhas governamentais de combate ao mosquito e controle da doença, este ainda trata-se de um problema negligenciado, por acometer principalmente contingentes populacionais menos favorecidos, e depender ativamente da participação social, principalmente no que se refere a eliminação de criadouros produtivos em áreas de maior vulnerabilidade (LIMA-CAMARA; URBINATTI; CHIARAVALLOTI-NETO, 2016; FIOCRUZ, 2020).

3.2.3 Tratamento

Atualmente não existe tratamento específico para a Dengue. O tratamento sintomatológico é, até o momento, a medida utilizada para amenizar as manifestações provocadas pela doença, e os pacientes são orientados quanto a ingestão de líquidos para evitar desidratação. Em casos mais graves, pode ser recomendado a hospitalização e hidratação por meio endovenoso (BRASIL, 2020).

A vacina atualmente disponível, CYD-TDV (Dengvaxia®), é uma formulação quimérica, recombinante, contendo os quatro sorotipos de DENV, administrada em três doses nos meses 0, 6 e 12, por via subcutânea (0,5 ml), em indivíduos entre 9 e 45 anos. No Brasil, a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), anunciou que a vacina deve ser administrada apenas em indivíduos com história prévia de infecção por dengue, em função do risco de essas pessoas adquirirem formas graves da doença, tendo em vista uma pessoa só pode contrair dengue 4 vezes na vida (uma vez de cada subtipo) e que segundas infecções tendem a desenvolver quadros mais graves.

Entretanto, apesar da comprovada eficácia da vacina, o Ministério da Saúde ainda não a inseriu no calendário nacional de vacinação (ANVISA, 2017; SBP, 2020).

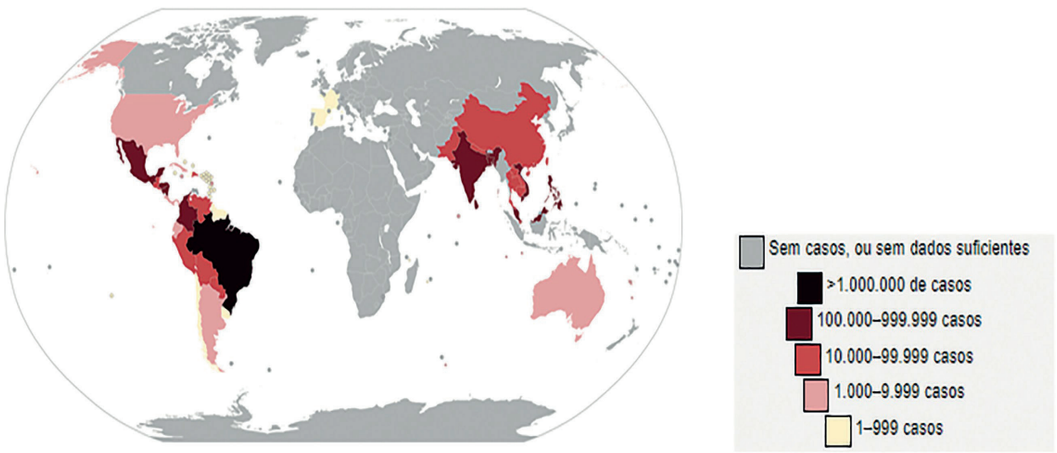
Existem outras vacinas em fase final de estudos, e ao que tudo indica, em pouco tempo será possível alcançar um grande avanço no que se refere a prevenção da dengue e de formas graves da doença (SBP, 2020). No entanto, é importante destacar que apesar dos avanços em relação à profilaxia por meio da vacinação, as principais formas de prevenção e controle da doença são as medidas de combate ao vetor e eliminação dos potenciais criadouros do mosquito (LIMA- CAMARA; URBINATTI; CHIARA-VALLOTI-NETO, 2016; FIOCRUZ, 2020).

3.2.4 Dengue no Brasil (dados epidemiológicos)

A Dengue nas últimas décadas vem apresentando uma tendência crescente de casos em todos os continentes, e um fator preocupante, é o alarmante crescimento de ocorrências em regiões antes não endêmicas para a doença (SBMT, 2020).

Existe uma estimativa que em todo o planeta cerca de 390 milhões de novos casos ocorram por ano, e destes, grande parte sejam subnotificados e/ou classificados de forma diferente (OMS, 2019). Recentemente, no ano de 2019, a América Latina e o Caribe sofreram a maior epidemia de Dengue da história com 2,7 milhões de casos confirmados, sendo o Brasil responsável por 55% dos casos, com cerca de 1,5 milhões de casos confirmados, entretanto, devido a sua grade população, apresentou a quinta maior incidência nas américas, com 711 casos por 100 mil habitantes (OPAS, 2020;OMS, 2019).

Figura 07. Casos de Dengue no Mundo (2019).



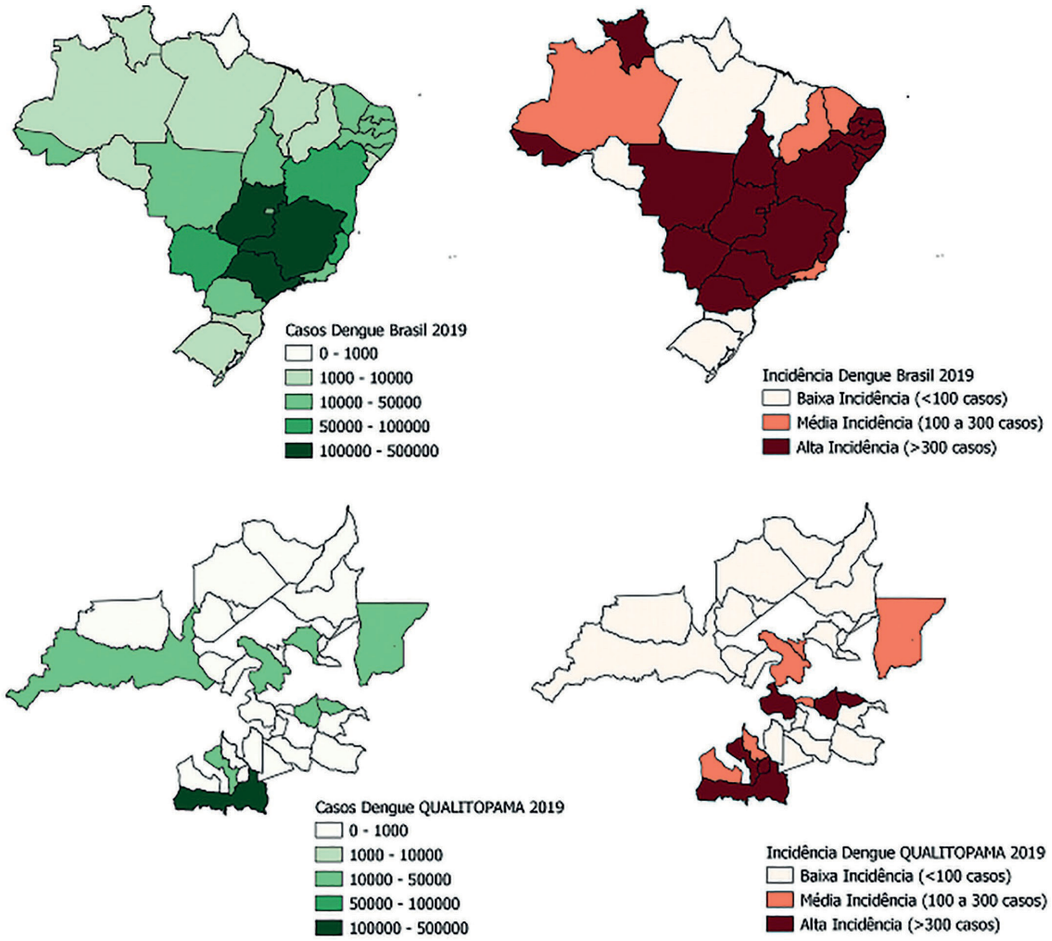
Fonte: OMS (2019).

Entre os estados que compõem a região do QualiTOPAMA, o estado do Tocantins apresentou no ano de 2019 a maior quantidade de casos notificados e incidência, respectivamente (14.152 / 1.022), seguido do Maranhão (5.568 / 84) e Pará (5.460 / 71). Apenas munícipios do estado do Tocantins apresentaram alta incidência, com destaque para o município de Araguaína com 1.755 casos e incidência próxima aos mil casos por cem mil habitantes. Cabe destacar que as informações apresentadas são referentes apenas aos casos notificados e confirmados, podendo a situação epidemiológica local estar ainda mais grave, devido ao fato da ocorrência de subnotificações e/ou classificação para outro agravo.

3.3 Cenário/contexto situacional epidemiológico local e/ou regional referente ao agravo

Os municípios que compõem a região do TOPAMA apresentam características em comum que favorecem tanto a proliferação do vetor como a disseminação da doença. O clima tropical, o perfil pluviométrico, o avanço da fronteira agrícola, cidades com vasta rede de corpos d'água, assim como o eminente processo de formação de espaços marginalizados principalmente nas cidades mais populosas, associados à baixa e ineficiente infraestrutura sanitária ofertada, corroboram sinergicamente para com as condições ideais na formação de criadouros e manutenção do ciclo epidemiológico da doença (IBGE, 2020;SBMT, 2020).

Figura 08. Casos de Dengue e incidência (100 mil/habitantes) no Brasil / QUALITOPAMA 2019.



Fonte: Desenvolvido pelos autores (2020).

3.4 Planejamento e execução das ações prioritárias referentes ao agravo já existentes

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, a Dengue nas últimas décadas vem apresentando recorrentes epidemias. Diante desse cenário, foi disponibilizado no ano de 2009 uma nova versão das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, que vem com a missão de auxiliar estados e municípios na organização de suas atividades de prevenção e controle, em períodos de baixa transmissão ou em situações epidêmicas, contribuindo, dessa forma, para evitar a ocorrência de óbitos e reduzir o impacto das epidemias de dengue. Tem como componentes nesse processo a assistência, Vigilância Epidemiológica, Controle Vetorial, comunicação e mobilização social (BRASIL, 2020).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, ANVISA. **Vacina Dengue: Esclarecimentos**.2017.Disponívelem:http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_ publisher/FXrpx9qY7FbU/content/vacina-dengue-esclarecimentos/219201. Acesso em 28 de set. 2020.

BRASIL. **DENGUE**. 2020. Disponível em < https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/dengue >. Acesso em 29 de set. 2020.

FUNDAÇÃOOSWALDOCRUZ,FIOCRUZ.**Doençasnegligenciadas**.2020.Disponível em https://agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as=-negligenciadas#:~:text-As%20 doen%C3%A7as%20ne glig enciadas%20s%-C3%A3o%20 aquelas,medicamentos%20e%20em%20seu%20controle >. Acessado em 15 de set. 2020.

LIMA-CAMARA, T. N., URBINATTI, P. R., CHIARAVALLOTI-NETO, F. Encontro de Aedes aegypti em criadouro natural de área urbana, São Paulo, SP, Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Dengue**. 2019.

Disponível em < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_ content&-view=article&id=416:dengue&Itemid=463 >. Acesso em 29 de set. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, SBMT. **Doenças Negligenciadas**. Disponível em < https://www.sbmt.org.br/portal/ >. Acesso em 28 de set. 2020.

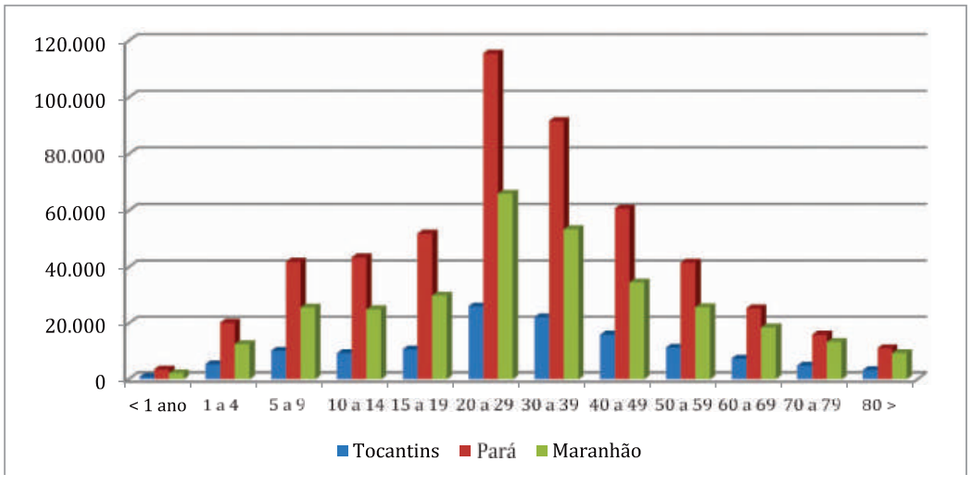
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, SBP. **Vacina contra Dengue: Departamento Científico de Imunizações**. 2020. Disponível em: < https://www.sbp.com.br/ fileadmin/user_upload/Imunizacoes_-_Vacinas_contra_dengue_-_atualizacao_. pdf >. Acesso em 28 de set. 2020.

4. VIOLÊNCIAS

4.1 Situação problema

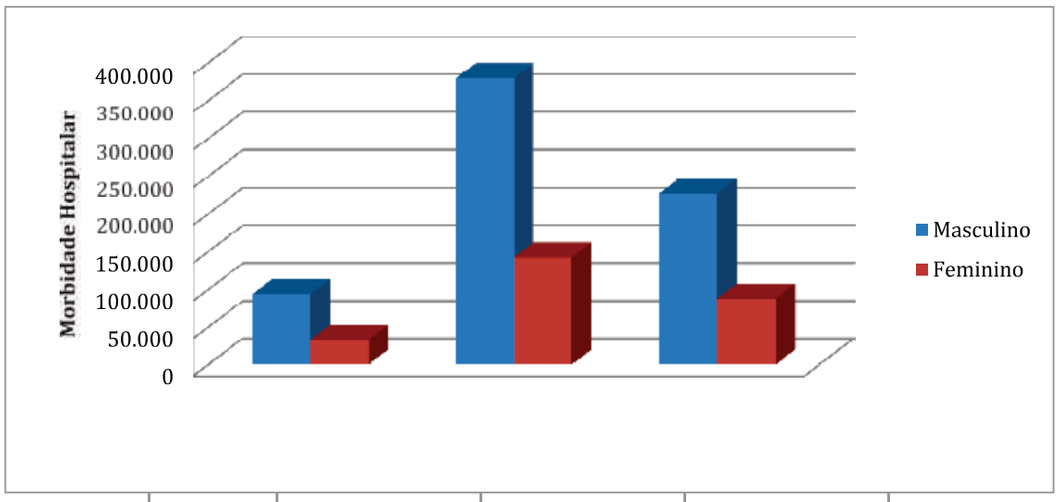
Os dados abaixo retratam a realidade do período de 2008 a 2018 quanto à morbidade hospitalar do Sistema Único de Saúde por causas externas nos estados do Pará, Maranhão e Tocantins, coletados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), bem como revela o comportamento das taxas de homicídios para os mesmos estados e o mesmo período (2008 - 2018), coletados no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Gráfico 08 – Morbidade hospitalar do SUS por causas externas nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão, no período de 2008 a 2018, segundo faixa etária.



Fonte: Adaptado de DATASUS (2020).

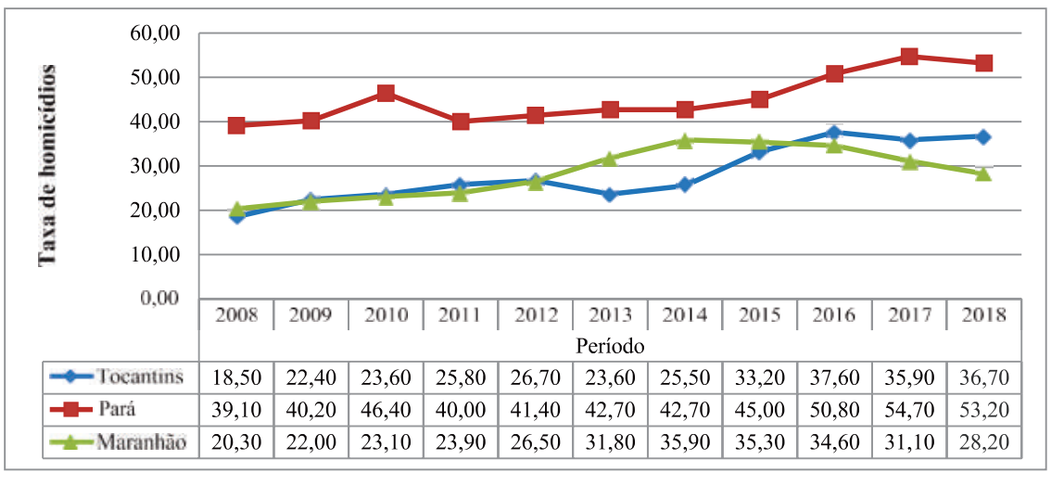
Gráfico 09 – Total de morbidade hospitalar do SUS por causas externas nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão no período de 2008 a 2018 segundo sexo.



Masculino Feminino	93.537 Tocantins	142.320 Pará	227.300 Maranhão
		379.558	
	32.896		88.091

Fonte: Adaptado de DATASUS (2020).

Gráfico 10 – Taxa de homicídio nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão no período de 2008 a 2018.



	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Tocantins	18,50	22,40	23,60	25,80	26,70	23,60	25,50	33,20	37,60	35,90	36,70
Pará	39,10	40,20	46,40	40,00	41,40	42,70	42,70	45,00	50,80	54,70	53,20
Maranhão	20,30	22,00	23,10	23,90	26,50	31,80	35,90	35,30	34,60	31,10	28,20

Fonte: Adaptado de IPEA (2020).

De acordo com os dados e após discussão dos pares, quais possíveis conclusões, apontamentos ou implicações podem ser levantadas na sua região quanto à violência? E o que pode ser feito para o enfrentamento da mesma in loco?

4.2 Contextualização do agravo

A violência constitui uma das maiores questões de políticas públicas no Brasil. Ela é considerada um problema histórico, social, global, presente nas mais diversas tradições culturais e em todos os segmentos da sociedade. Estudos defendem que a violência é parte intrínseca da vida social, resultante das relações de comunicação e dos conflitos de poder. Um fenômeno que não pode ser desagregado da condição humana, e nem tratado fora da sociedade (MIRANDA, 2011; ALEIXO; ALEIXO; MOURA, 2014).

A violência constitui papel fundamental no processo civilizatório. Segundo Freud, torna-se impossível extinguí-la de dentro de uma sociedade, uma vez que, os conflitos violentos são intrínsecos ao homem (participam da sua constituição). Portanto, a violência é compreendida como o epifenômeno da condição humana (MIRANDA, 2011).

Minayo (1994) se refere à violência como um dos eternos problemas da teoria social, da prática política e relacional da humanidade. É desconhecida uma sociedade onde a violência não tenha se feito presente, uma vez que a violência é indissociável da condição humana. A autora explica ainda que a violência é um fenômeno biopsicossocial que emerge na vida em sociedade, e por não possuir raízes biológicas, não faz parte da natureza humana. Em consonância, Gullo (1998) afirma que a violência é um fenômeno social, inerente às relações sociais e varia conforme a particularidade dessas relações.

A associação estreita da violência à condição humana da vida em sociedade, associada a múltiplos fatores como a urbanização acelerada, as desigualdades sociais, padrões de consumo elevados, liberdade política, a apologia e uso da violência em atos e manifestações públicas referentes à política, conflitos por território, excesso de imoralidade, conflitos de motivação religiosa, manifestações e/ou ataques preconceituosos ou racistas, tráfico de drogas, disputas violentas por mercados criminais entre as grandes facções penais, a flexibilização da política de acesso a armas de fogo e munição, entre outros, incidem diretamente nos índices da violência no Brasil (IPEA, 2019; IPEA, 2020; SANTOS, GARCIA, RODRIGUES, 2016; ALEIXO, ALEIXO, MOURA, 2014; SOUZA, LIMA 2007; KAHN, 1999).

Para Agudelo (1990), a violência representa um grande risco no processo de

vida do homem, uma vez que ela ameaça a vida, altera a saúde, desencadeia doenças e provoca a morte como possibilidade ou realidade.

A violência crescente no país gera prejuízos inestimáveis aos cofres públicos, por isso também, constitui grande problema econômico para o Brasil. Estimativas apontam que o custo econômico da violência no Brasil é de aproximadamente 373 bilhões de reais por ano, o que representa cerca de 5,9% do PIB (Produto Interno Bruto) (IPEA, 2019).

Além dos gastos com a segurança pública no que tange a prevenção da violência e a diminuição da criminalidade, associam-se a estes, implicações na saúde, em especial os custos destinados as vítimas da violência, onde, as causas externas (acidentes e violência) representam a primeira maior causa de morbidade e mortalidade hospitalar nas faixas etárias compreendidas entre 15 e 49 anos de idade. O grupo etário mais atingido são os de 20 a 29 anos, com 35.891 óbitos provindos de causas externas, seguido pelos indivíduos entre 30 a 39 anos, com total de 26.878 óbitos, posteriormente os de 40 a 49 anos, com 19.049 óbitos, e por último, jovens entre 15 a 19 anos de idade, com total de 14.248 óbitos provocados por causas externas (DATASUS, 2018). Anualmente, essas causas são responsáveis por mais de cinco milhões de óbitos no mundo, representando 9% da mortalidade mundial. Os números apontam para o comportamento de constante crescimento, alcançando as primeiras posições entre as causas mais frequentes de óbito no mundo (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) diante da magnitude do problema social que é a violência, e os danos gerados pela mesma, afirma que esse agravo "adquiriu caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública, visto que o setor Saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência" (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1994, p. 5).

Cabe ainda ressaltar que os gastos vão além da assistência hospitalar dirigida aos vitimados atendidos pelos setores de urgência/emergência e internação, há também os custos daqueles que sofrem com as incapacitações permanentes provindas da violência (MIRANDA, 2011; CERQUEIRA; FERREIRA; LIMA et al., 2016; BATISTELLA, 2007).

Ao sistema de saúde, as consequências da violência evidenciam-se no aumento dos custos relacionados ao tratamento dos vitimados por esse agravo que, em sua grande maioria, custam mais do que os procedimentos médicos convencionais. O Ministério da Saúde enumera como gastos da saúde sob consequência da violência os traumas, óbitos, atendimentos de urgência e emergência, internação, reabilitação, sequelas orgânicas e emocionais causadas ao indivíduo e/ou familiares, além dos prejuízos econômicos referentes ao comprometimento da produtividade no trabalho e pelos anos de vida perdidos (BRASIL, 2005).

4.2.1 Definição

Inexiste ainda um conceito universa lque defina claramente o termo violência, este passa por constantes mudanças, tornando-o polêmico, principalmente por se tratar de uma problemática interdisciplinar, multissetorial e multifatorial que vem sendo interpretada de maneiras diferentes, compreendida a partir de diversas práticas (MIRANDA, 2011; JUNIOR; VILLELA, 2004).

A violência é um termo polissêmico, difuso, multifacetado e ambivalente em suas percepções (FREITAS, 2003; JÚNIOR; VILELLA, 2004; JUNIOR, 2019). Nessa perspectiva Vilella (2000) sugeriu pensar na violência a partir de três dimensões, a saber: violência estrutural, violência institucional e violência intencional.

> A **violência estrutural** [grifos do autor], onde o sujeito é destituído dos seus direitos em função do modo particular como se estrutura uma dada sociedade. Alguns dos vetores da violência estrutural são: a pobreza, a desigualdade, o racismo, o sexismo e a intolerância; a **violência institucional** [grifos do autor], que se explicita na reprodução, pelas instituições, dos processos de exclusão social que têm por base a violência estrutural; e a **violência intencional** [grifos do autor], onde voluntariamente um sujeito perpetra a sujeição do outro (VILLELA, 2000, p.22).

São várias as expressões de violências notificadas e espetacularizadas. Heick (2009) e IPEA (2020) enumeram algumas, tais como roubos, sequestros, furtos, assassinatos, violência física, sexual, psicológica, obstétrica, violência à mulher, crianças, violência policial, atentados, guerras, torturas, entre outras.

4.2.2 Violências no Brasil (dados epidemiológicos)

O "estado da paz" no Brasil é considerado nível "baixo", de acordo com a classificação do relatório anual do Índice Geral da Paz publicado em 2020 pelo Instituto de Economia e Paz da Austrália, no qual, dos 163 países avaliados, o Brasil ocupa a 126ª posição no ranking. O documento explica que, de modo geral, o mundo se tornou menos pacífico com tendência de aumento da violência relacionado ao agravamento da polarização política, aumento de ataques às figuras políticas, conflitos ligados ao crime organizado e tráfico de drogas, ao elevado custo da violência à economia do país, a crise na segurança pública e na

população carcerária, e as políticas referentes ao armamento (INSTITUTO DE ECONOMIA E PAZ, 2020).

O Índice Geral da Paz esclarece que são considerados para o estudo 23 indicadores divididos em três domínios (segurança, militarização e conflitos constantes), compreendendo o período de março de 2019 a março de 2020, ou seja, seus resultados não refletem a totalidade dos efeitos da pandemia causada pelo novo coronavírus, e prevê que os impactos econômicos gerados pelas quarentenas em todo o mundo constituirão uma "ameaça significativa a paz" (INSTTITUTO DE ECONOMIA E PAZ, 2020).

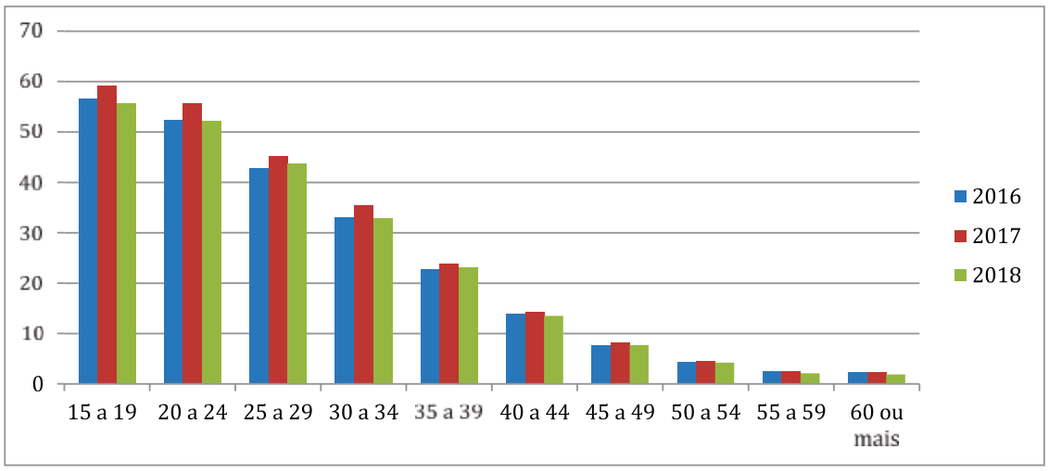
O Brasil encontra-se entre os países com o maior crescimento em números de violência nas últimas décadas. De acordo com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*) o Brasil apresenta a segunda maior taxa de homicídios da América do Sul, com 30,5 homicídios a cada 100 mil habitantes (UNODC, 2019).

Em números absolutos, em 2016 o Brasil ocupou a primeira posição no ranking dos países com maior número (absoluto) de homicídios do mundo, com 57.395 óbitos, taxa de 27,8/100 mil habitantes, representando 13% dos assassinatos globais (MUGGAH; TOBÓN, 2018).

Estudos apontam que a violência letal é a mais crescente no Brasil. Em 2017 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) registrou 65.602 homicídios no país, equivalente a uma taxa de homicídios de 31,6/100 mil/habitantes (IPEA, 2019).

Essa estatística assume contornos ainda mais dramáticos quando analisamos a população mais acometida pela violência letal. No Brasil, os homicídios são a principal causa de mortalidade de jovens na faixa etária entre 15 a 29 anos de idade, predominantemente no sexo masculino (IPEA, 2019; IPEA, 2020). Em 2018, foram contabilizados no Brasil 30.873 jovens vítimas de homicídio, uma taxa de 60,4 homicídios a cada 100 mil jovens, o que representa 53,3% do total de homicídios no Brasil (IPEA, 2019).

Gráfico 11 – Proporção (%) de óbitos causados por homicídio em indivíduos do sexo masculino para os anos de 2016, 2017 e 2018



Fonte: Adaptado de IPEA (2018); IPEA (2019); IPEA (2020).

O homicídio é a principal causa dos óbitos na juventude masculina, responsável pela parcela de 56,5% das mortes de jovens homens entre 15 e 19 anos no ano 2016, 59,1% no ano de 2017 e 55,6% no ano de 2018. Posteriormente apresentando leve declínio estão os jovens masculinos entre 20 a 24 anos, alcançando em 2016, 52,4% de óbitos gerados por homicídio, 2017 com 55,7% e 2018 com 52,2%.

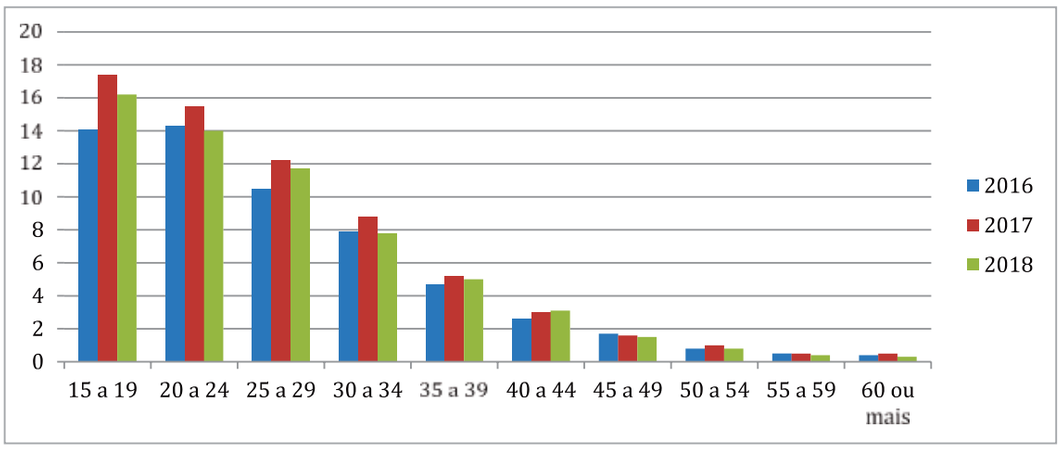
Embora seja uma preocupação pujante os homicídios no Brasil, em especial nos jovens, os dados de 2018 apontam para uma pequena melhora no cenário quando comparado com o ano de 2017 – diminuição de 13,6% na taxa e de 13,7% nos números absolutos. Esse comportamento acompanha a tendência dos índices gerais de homicídios por 100 mil habitantes no país, no qual entre os anos de 2017 e 2018, houve uma queda de 12% na taxa geral de homicídios por 100 mil habitantes (IPEA, 2020).

Esse cenário, que revela a alta letalidade entre os jovens associada à profunda e acelerada transição demográfica rumo ao envelhecimento da população, geram grandes implicações, especialmente sobre o desenvolvimento econômico e social, uma vez que as vítimas são jovens com plena capacidade produtiva, em período de formação educacional, com perspectiva de iniciar uma trajetória profissional e de constituir uma família. Tais fatos geram severas consequências ao futuro da nação (IPEA, 2020; IPEA, 2018).

Já para o sexo feminino, as taxas de homicídio são consideravelmente menores, porém, preocupantes. Estimou-se que no Brasil, no ano de 2018 uma mulher era

assassinada a cada duas horas. Os óbitos entre as mulheres gerados pelo homicídio concentram-se igualmente aos homens, nas faixas etárias de 15 a 19 anos de idade, seguidos pelo grupo entre 20 e 24 anos. No ano de 2016, a taxa anual de homicídios feminino no Brasil entre 15 a 19 anos estava em 14,1%, subindo para 17,4% no ano de 2017 e em 2018 sofreu decréscimo para 16,2%. Já para a faixa etária entre 20 a 24 anos, os números são um pouco menores, em 2016 a taxa era de 14,3%, em 2017, 15,5% e em 2018 com queda para 14% de homicídios em mulheres jovens (IPEA, 2020; IPEA, 2019; IPEA, 2018).

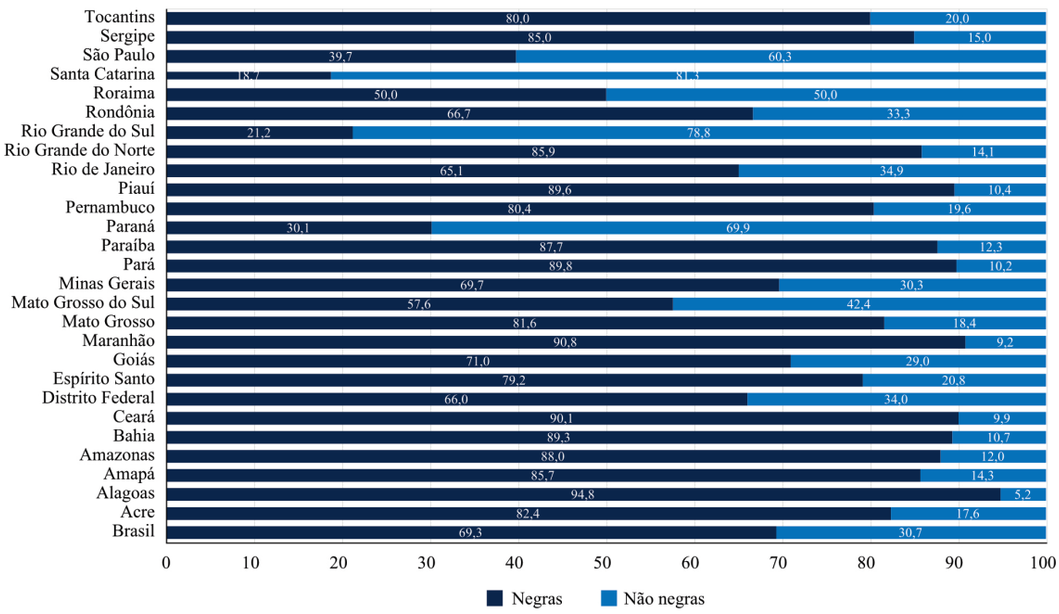
Gráfico 12 – Proporção (%) de óbitos causados por homicídio em indivíduos do sexo feminino para os anos de 2016, 2017 e 2018



Fonte: Adaptado de IPEA (2018); IPEA (2019); IPEA (2020).

Outro fato que chama atenção é o predomínio da morte em mulheres negras com grande discrepância em alguns estados, quando comparado a mulheres não negras. Em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. No mesmo ano, a taxa de mortalidade por homicídios na mulher negra alcançou 5,2%, enquanto para as mulheres não negras foi de 2,8% por 100 mil (IPEA, 2020).

Gráfico 13 – Raça/cor das mulheres vítimas de homicídio, por Unidade de Federação no ano de 2018, em (%)



Fonte: IPEA (2020).

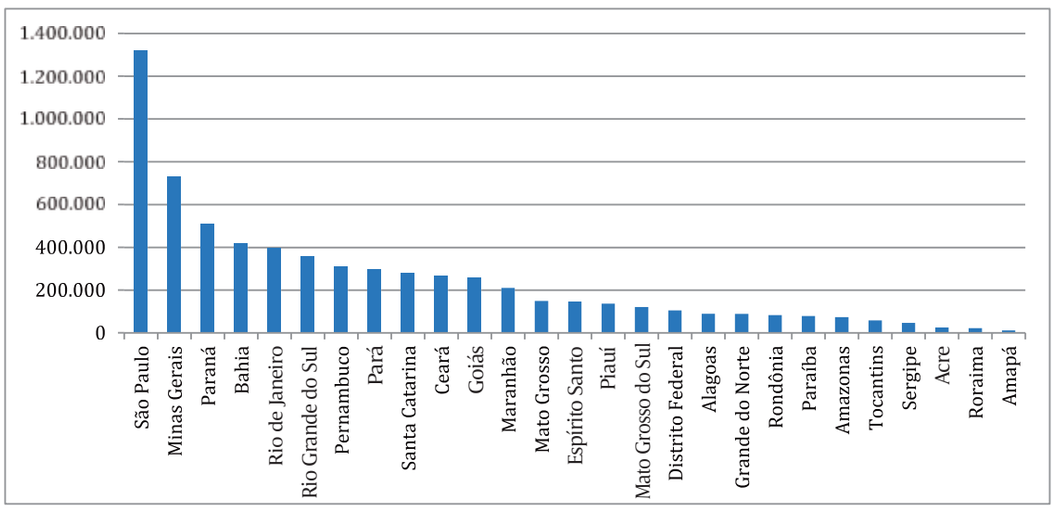
4.3 Cenário/contexto situacional epidemiológico local e/ou regional referente ao agravo

De acordo com o levantamento realizado pelo IPEA dentre os municípios brasileiros que possuem população superior a 100.000 habitantes, Altamira (PA) foi considerada a segunda cidade mais violenta do país, apresentando taxa de 133,7/100.000 de homicídios, estando atrás apenas de Maracanaú (CE). O estudo ainda aponta que das 20 cidades mais violentas do Brasil, 18 estão localizadas na região Norte e Nordeste. Associam a esse resultado duas situações, a primeira deve-se ao fato de as duas regiões terem se tornado importante corredor do tráfico de drogas para facções criminosas como a do Primeiro Comando da Capital (PCC), Comando Vermelho (CV) e Família do Norte (FDN); e a segunda, o de terem a maior população de jovens entre 15 a 24 anos, que não frequentam a unidade escolar e não trabalham, ficando desta forma, ociosos e vulneráveis à influência das facções (IPEA, 2019).

Quanto as capitais mais violentas, Belém (PA) ocupa a terceira posição no ranking, com taxa de 74,3/100.000 homicídios, São Luís (MA) em 13ª posição (46,9/100.000) e Palmas (TO) na 19ª posição (33,5/100.000) (IPEA, 2019).

Segundos dados colhidos no DATASUS (Gráfico 14) os estados do Pará e Maranhão estão entre os 12 primeiros estados com maior número de indivíduos hospitalizados por causas externas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Gráfico 14 - Morbidade hospitalar do SUS por causas externas segundo Unidade Federativa no período de 2015 a 2020*

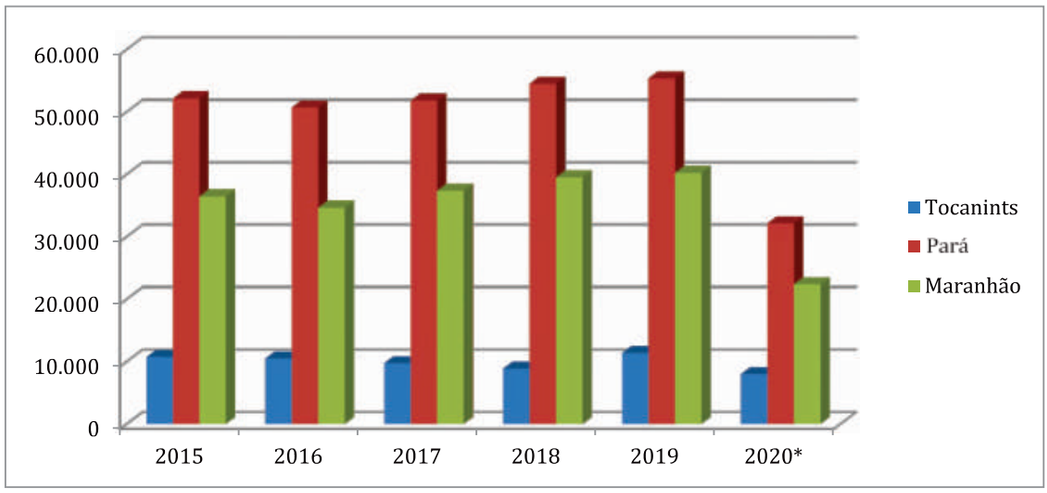


Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (2020).

* Os dados do ano de 2020 disponíveis no DATASUS compreendem o período de janeiro a agosto do mesmo ano.

Como mostra o gráfico 14, o estado do Pará é indiscutivelmente o estado com maior número de morbidade hospitalar do SUS gerados por causas externas na região contemplada pelo projeto TOPAMA, e consequentemente, o mais violento entre eles.

Gráfico 15 – Morbidade hospitalar do SUS por causas externas na região TOPAMA no período de 2015 a 2020*



Fonte: DATASUS (2020).

* Os dados do ano de 2020 disponíveis no DATASUS compreendem o período de janeiro a agosto do mesmo ano.

O impacto econômico gerado pela violência em especial no que tange o setor saúde constitui outro grande problema. Estima-se que no período de 2015 a 2020 o estado do Pará destinou um total de R$ 299.984.985,10 referente a internação hospitalar de vítimas de violência externa.

Tabela 06 – Valor total por Unidade da Federação e ano de processamento das morbidades hospitalares do SUS por causas externas no período de 2015 a 2020*

Período						
Estados	2015 (R$)	2016 (R$)	2017 (R$)	2018 (R$)	2019 (R$)	2020* (R$)
Pará	44.055.224,66	52.742.573,36	52.052.698,25	55.715.316,86	58.916.100,14	36.503.071,83
Maranhão	25.985.345,80	26.705.658,14	29.271.564,04	29.674.703,62	30.126.455,62	17.386.757,67
Tocantins	12.251.025,36	12.149.449,39	10.035.774,46	9.064.158,90	12.480.002,71	8.646.025,87

Fonte: DATASUS (2020).

*Os dados do ano de 2020 disponíveis no DATASUS compreendem o período de janeiro a agosto do mesmo ano.

2.4 Planejamento e execução das ações prioritárias referentes aos agravos já existentes

Está inserida na "Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável" o objetivo 16 - Paz, justiça e instituições eficazes, que busca promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas, livresdo medo e da violênciapara um desenvolvimento sustentável do mundo. Dentre outras importantes metas desse objetivo, que contribui para diminuição da violência no mundo, destaca-se o enfrentamento a corrupção, terrorismo, práticas criminosas (especialmente as que ferem os direitos humanos), extinguir o abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e torturas contra crianças, além de reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada (UNITED NATIONS, 2016).

Devido aos números crescentes da violência contra a mulher e a violência doméstica, agravados pela pandemia causada pelo novo coronavírus, o objetivo cinco da agenda 2030 – Igualdade de gênero, também constitui outro importante propósito que tende a contribuir para diminuição dos números de violência no Brasil e no mundo (UNITED NATIONS, 2016).

A Agenda 2030 é um plano de ação para as pessoas, o planeta, o governo, a sociedade, a academia e a prosperidade, que busca fortalecer a paz universal. Para isso, foram determinados 17 objetivos de desenvolvimento sustentável e 169 metas, com vistas a erradicar a pobreza e promover a vida digna para todos. Essa agenda norteia os países quanto às tomadas de decisão, ações, políticas de enfrentamento e/ou combate dos múltiplos fatores que assolam a humanidade e prejudicam o desenvolvimento local (UNITED NATIONS, 2016).

Impelidos e encorajados por esse plano (Agenda 2030), considerando a realidade da sua região, quais são as ações, parcerias, políticas entre outros, adotados para o enfrentamento da violência local? Quais são as suas sugestões? Vamos trocar experiências?

REFERÊNCIAS

AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud publica que se agrava en la región. Boletin Epidemiologico de la OPS 11: 01-07, 1990.

ALEIXO, A. A. ALEIXO, R. A. MOURA, R. R. A violência social e seus impactos: uma abordagem a cerca dos homicídios no Brasil. Revista Âmbito Jurídico. Net. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-130/ a-violencia-social-e-seus-impactos-uma-abordagem-a-cerca-dos-homicidios-no- brasil/. Acessado em 21 set. 2020.

BATISTELLA, C. Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007, 225p.

BRASIL. ASIS - Análise de situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Óbitos por residência por faixa etária segundo Capítulo CID-10. Período 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def.Acesso em 29 de set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, DATASUS.. Morbidade hospitalar do SUS por causas – por local de internação. 2020. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/fiuf.def. Acesso em 29 de set. 2020.

CERQUEIRA, D; FERREIRA, H; LIMA, R S; BUENO, S; HANASHIRO, O; BATISTA, F;

NICOLATO, P. Atlas da Violência. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), BRASIL 2016, 54 p.

FREITAS, G. J. de. Ecos da Violência: narrativas e relações de poder no Nordeste canavieiro. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

GULLO, A. A. S. Violência urbana: um problema social. Tempo Social. Revista de Sociologia, São Paulo, 10 (1): 1105 – 119, 1998.

INSTITUTO DE ECONOMIA E PAZ. Índice Global da Paz 2020: medindo a paz em mundo complexo. Sydney: 2020. Disponível em: http://visionofhumanity.org/app/uploads/2020/06/GPI_2020_web.pdf. Acesso em 29 de set. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, IPEA. **Atlas da violência 2019**.

Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, IPEA. **Atlas da violência 2019**.

Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2020.

JUNIOR, D. V. C.; VILELLA, W. V. A polissemia do conceito de violência. **Boletim do Instituto de Saúde**, n. 33, p. 8-10, 2004.

JUNIOR, C. C. M. Sobre a polissemia do termo violência de Estado no Brasil: apontamentos para sua análise e compreensão. **Revista de Políticas Públicas**, v. 23, n. 1, 2019.

KAHN, T. Os custos da violência: Quanto se gasta ou deixa de ganhar por causa do crime no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, 13(4) 1999.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 07-18, 1994.

MIRANDA, M. M. Sociedade, violência e política de segurança pública: da intolerância à construção do ato violento. **Revista Eletrônica Machado Sobrinho**, Juiz de fora, 2011.

MUGGAH, R.; TOBÓN, K. A. Citizen security in Latin America: facts and figures.

Igarapé Institute. Strategic paper 33, 2018.

SANTOS, V. L. P., GARCIA, I. F., RODRIGUES I. C. G. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. vol. 10 (5),julho - dez,2016.

SOUZA, E. R., LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais.

Ciência & Saúde Coletiva, 11 (Sup): 1211-22, 2007.

UNITED NATIONS. **The sustainable development goals report 2016**. Nova York: United Nations, 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, UNODC. Brasil tem a segunda maior taxa de homicídios da América do Sul, diz relatório da ONU. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/07/brasil-tem-segunda-maior-taxa-de-homicdios-da-amrica-do-sul--diz-relatrio-da-onu.html#:~:text=V%C3%ADdeos-,Brasil%20tem%20segunda%20maior%20taxa%20de%20homic%C3%ADdios%20da%20Am%C3%A9rica%20do,Venezuela%2C%20com%2056%2C8. Acesso em 29 de set. 2020.

VILLELA, W. V. Primeiro seminário saúde e violência: experiências e propostas.

Boletim do Instituto de Saúde, n. 25, p. 22-23, 2000.

3. TUBERCULOSE

3.1 Situação problema

A tabela abaixo representa as populações vulneráveis para tuberculose no Brasil e nos países semelhantes. Com base nessa população, considerando sua vulnerabilidade, o risco elevado de contrair a tuberculose, e associando a sua realidade, como podemos agir para o melhoramento desse cenário?

Risco de adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis

Populações vulneráveis	Risco de adoecimento por TB
Pessoas vivendo em situação de rua	56 x maior
Pessoas vivendo com HIV	28 x maior
Pessoas privadas de liberdade	28 x maior
Indígenas	3x maior

Fonte: BRASIL(2020).

3.2 Contextualização do agravo

A Tuberculose (TB) é uma das doenças mais antiga do mundo, reconhecida nos primórdios como tísica. Embora seja antiga, não é uma doença do passado, sendo considerada uma das doenças infecciosas de maior morbidade e mortalidade no mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou, desde 1993, estado de emergência global para TB. Segundo estimativas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), cerca de dois bilhões de pessoas no mundo estão infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o que corresponde a um terço da população mundial, e destes, nove milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão anualmente. No Brasil, a cada ano são diagnosticados aproximadamente 70 mil novos casos da doença. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020; BRASIL, 2019; JUNIOR; CASTRO, 1998).

Em especial no início da década de 1980 ocorreu o recrudescimento global da TB associado à epidemia da AIDS (Síndrome da imunodeficiência adquirida) e seus efeitos devastadores nos indivíduos que vivem com o HIV (Vírus da imunodeficiência humana), dentre eles a alta letalidade e o aumento de casos de TB resistente aos fármacos. Associa-se também ao aumento de casos da TB a amplia-

ção da miséria, a elevada concentração de casos de TB em populações vulneráveis socialmente, e o processo de urbanização acelerada e descontrolada (BRASIL, 2019).

No ano de 2015 a Organização Mundial de Saúde propôs acabar com a TB como um problema de saúde pública, tornando este ano um marco para a história da doença. Trata-se de uma estratégia mundial de combate a TB (*End TB Strategy* - Estratégia para Acabar com a Tuberculose) com objetivo alcançar um mundo livre da TB até 2035 (BRASIL, 2019). Contudo, apesar de ser uma doença prevenível e curável, ela ainda prevalece em condições de pobrezas e contribui para perpetuação da desigualdade social (BRASIL, 2019).

3.2.1 Definição

É uma doença infecciosa, transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas, sendo causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. A forma extrapulmonar da doença ocorre mais frequentemente nos indivíduos portadores do HIV (BRASIL, 2019).

Faz-se importante salientar que a TB pode ser causada por até sete espécies que integram a família do *Mycobacterium tuberculosis: M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, M. canetti, M. microti, M. pinnipedi* e *M. caprae*. No entanto, para a saúde pública, a espécie mais importante é a *M. tuberculosis* (BRASIL, 2019).

3.2.2 Transmissão

A transmissão ocorre pelas vias aéreas, através da inalação de aerossóis produzidos pela fala, tosse ou espirro de um indivíduo adoecido pela TB ativa nas formas pulmonar ou laríngea. As gotículas exaladas (gotículas de *Pflüger*) tornam-se secas rapidamente, se transformando em partículas menores (núcleos de *Wells*) capazes de manter-se em suspensão no ar por muitas horas e alcançar os alvéolos, quando inaladas (BRASIL, 2019).

Os indivíduos bacilíferos (indivíduos com TB pulmonar ou laríngea que apresentam baciloscopia positiva no escarro) têm maior capacidade de transmissão da doença, no entanto, indivíduos que positivam outros exames bacteriológicos como cultura e/ou Teste Rápido Molecular da Tuberculose (TRM-TB) são também capazes de transmitir a doença. Os bacilíferos representam importante papel na cadeia de transmissão da TB, pois são sustentados por eles. Estima-se que o indivíduo que apresenta baciloscopia positiva pode infectar em média 10 a 15 pessoas em uma comunidade no período de um ano (BRASIL, 2019).

O risco de transmissão da TB perdura enquanto o indivíduo apresentar bacilos no

escarro. Após o início do tratamento a transmissibilidade tende a diminuir gradativamente, encontrando-se muita reduzida após 15 dias do tratamento (BRASIL, 2019).

A probabilidade do indivíduo se infectar depende de alguns fatores endógenos como a integridade do sistema imunológico, e de fatores exógenos, como a infectividade do caso-fonte, duração do contato e o tipo de ambiente compartilhado. O bacilo de Koch é fotossensível, e a circulação de ar favorece a dispersão de partículas infectantes, desse modo, ambientes arejados e que recebem luz natural direta são menos propícios a transmissão da TB (BRASIL, 2019).

São consideradas populações vulneráveis para TB no Brasil, bem como em outros países que possuem condições de vida semelhantes, as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (28x maior o risco de adoecimento por TB), pessoas vivendo em situação de rua (56x), pessoas privadas de liberdade (28x) e indígenas (3x).

3.2.3 Tratamento

O tratamento básico da TB consiste na combinação de quatro fármacos: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, e tem duração mínima de seis meses, devendo ser preferencialmente realizado em regime de TDO (Tratamento Diretamente Observado).

Figura 09 – Esquema básico para o tratamento da TB em adultos e adolescentes (maior ou igual a 10 anos de idade)

ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE / DOSE	
RHZE 150/75/400/275mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 kg 36 a 50 kg 51 a 70 kg Acima de 70 kg	2 comprimidos 3 comprimidos 4 comprimidos 5 comprimidos	2 meses (fase intensiva)
RH 300/150 mg[1] ou 150/75 mg (comprimidos em doses fixas combinadas)	20 a 35 kg 36 a 50 kg 51 a 70 kg Acima de 70 kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg 1 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg 2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg 2 comp 300/150 mg + 1 comp de 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg	4 meses (fase de manutenção)

FONTE: (RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS, 2005, WHO, 2003).Adaptado de BRASIL, 2011.
R - Rifampicina, H - Isoniazida, Z - Pirazinamida, E - Etambutol.
[1] A apresentação 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível

Fonte: BRASIL (2019).

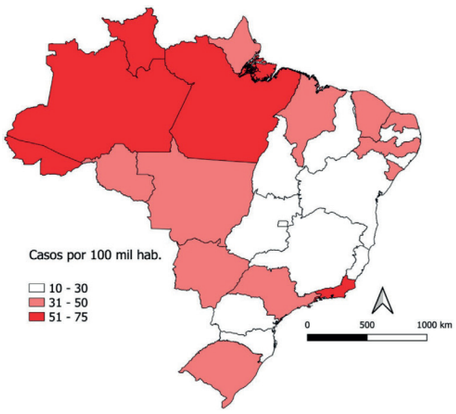
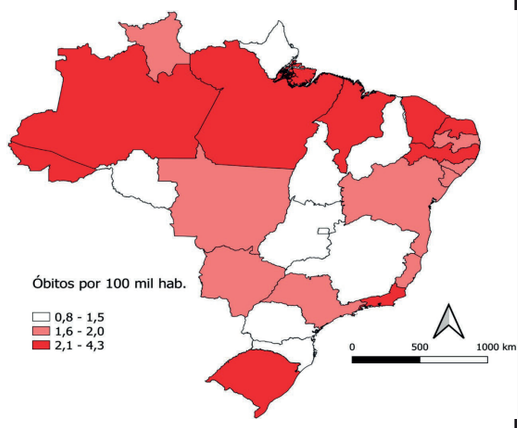
Os esquemas de tratamento da TB são padronizados pelo Ministério da Saúde (MS), disponibilizados gratuitamente pelo SUS e devem ser realizados de acordo com as recomendações do órgão. É dividido em duas fases: intensiva (ou de ataque) e a de manutenção. A primeira fase (intensiva) visa reduzir rapidamente os bacilos, diminuindo assim o fator da contagiosidade. A segunda (manutenção) tem como objetivo eliminar os bacilos latentes ou persistentes, e diminuir a possibilidade de recidiva da doença (BRASIL, 2019).

Salienta-se que os esquemas terapêuticos especiais que incluem outros fármacos, são preconizados para diferentes públicos, em circunstâncias e/ou condições especiais. Apresentam complexidade clínica e operacional, sendo assim, recomendados pelo MS para sua utilização preferencialmente em unidades especializadas (BRASIL, 2019).

3.2.4 Tuberculose no Brasil (dados epidemiológicos)

O Brasil está entre os 30 países de alta carga para TB e TB-HIV, considerados prioritários pela OMS para o controle da doença no mundo (BRASIL, 2019). Em 2019 foram diagnosticados no país 95.498 novos casos de TB. A região Sudeste é a que apresenta maior concentração dos casos de TB, seguida pela região Nordeste, Norte, Sul e Centro-oeste (BRASIL, 2020; DATASUS, 2020).

Como mostram as figuras 10 e 11, o coeficiente de incidência da TB e o coeficiente de mortalidade em decorrência da TB não incidem da mesma forma no país. Em 2018, nove estados apresentaram coeficiente de mortalidade por TB próximo ou superior ao coeficiente do país: Amazonas, Rio de Janeiro, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Ceará e Acre (Figura 11). Enquanto no ano 2019, cinco estados apresentaram coeficientes maiores que 51 casos/100 hab., a saber: Rio de Janeiro, Amazonas, Pará, Roraima e Acre (BRASIL, 2020).

Figura 10 – Coeficiente de incidência de TB 100 mil.hab.). Unidade Federada 2019	**Figura 11** – Coeficiente de mortalidade por TB (por 100 mil.hab.). Unidade Fede- rada 2018
	

Fonte: BRASIL (2020).

Segundo DATASUS (2020), a faixa etária mais acometida pela TB é a de 20 a 39 anos de idade, registrando em 2019, 44.123 casos. Posteriormente, indivíduos com idade entre 40 a 59 anos, com total de 29.272 casos confirmados da doença. Quanto ao sexo, a TB é predominante no sexo masculino. Com relação à raça e a cor, pessoas pardas e brancas são os mais atingidas pelo agravo. Quanto à escolaridade, prevaleceram os indivíduos que possuíam em sua maioria estudo entre a 5ª e 8ª série incompleta do ensino fundamental. No entanto, em especial nessa variável, o DATASUS revelou que 27.065 casos notificados não apresentaram o preenchimento desse campo, ou preenchimento inadequado, sendo alimentado no sistema como ignorado/branco, o que compromete a qualidade da informação (DATASUS, 2020).

Esses achados se repetem em quase todos os agravos já abordados nesse material. Indivíduos adultos jovens, economicamente ativos, do sexo masculino, são quase sempre os mais vulneráveis. Tal situação pode estar associada a maior presença de homens no mercado de trabalho, menor procura e utilização dos serviços de saúde, maior prevalência de HIV, etilismo e uso abusivo de drogas, entre outros.

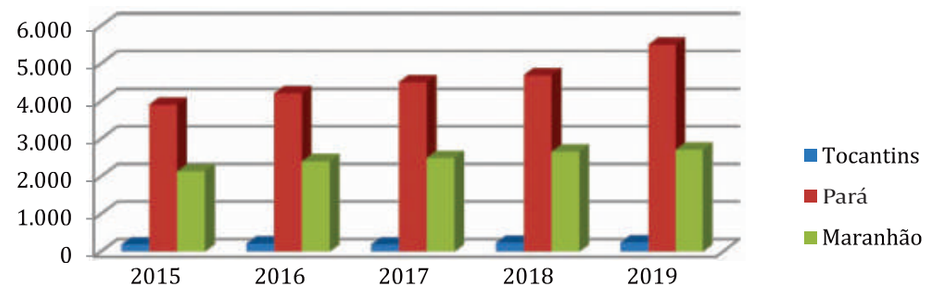
Com relação ao grau de instrução, quanto menor a escolaridade menor também é a capacidade de compreensão e entendimento das pessoas sobre assuntos pertinentes à saúde, seja sobre promoção, prevenção, tratamento, cuidados, higiene, entre outros, assim, a escolaridade afeta diretamente o acesso ao conhecimento e a compreensão do indivíduo.

3.3 Cenário/contexto situacional epidemiológico local e/ou regional referente ao agravo

O gráfico 16 mostra que os números de TB vêm subindo nos últimos cinco anos nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão. É acentuada a discrepância entre os casos da doença nesses três estados, em especial no Pará que registrou os maiores índices. Em 2019, o estado do Pará ocupou a 5ª posição entre os estados com maiores números de casos notificados da doença, atrás somente do estado de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco.

É importante salientar que o estado do Pará apresenta maior população entre os estados da rede TOPAMA, e como consequência tende a apresentar índices mais precários, em especial quando analisados os dados brutos ou números absolutos. O Pará tem atualmente (em 2020) 8.740 milhões de habitantes, Maranhão - 6.851 milhões e Tocantins - 1.497 milhão de habitantes. Logo, os casos de TB em especial, estão relacionados ao fator populacional, principalmente quando se analisa a distribuição dos casos no estado, encontrando-se concentrados em Belém (1.737 casos no ano de 2019) e Ananindeua (543 – ano 2019), cidades essas que apresentam grande densidade populacional, favorecendo aglomerações populacionais, surgimento e manutenção das periferias, baixa infraestrutura urbana, além das desigualdades sociais.

Gráfico 16 – Casos confirmados de TB por estado segundo ano de notificação.



	2015	2016	2017	2018	2019
Tocantins	186	207	185	232	243
Pará	3.905	4.207	4.502	4.687	5.499
Maranhão	2.134	2.399	2.491	2.658	2.707

Fonte: DATASUS (2020).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. **Boletim Epidemiológico Especial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DATASUS.

Informações de saúde: Epidemiológicas e morbidades - Tuberculose desde - **2001**.2020. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203. Acessado em 21 set. 2020.

JUNIOR, T. CASTRO, A. C. **Tuberculose**: doença reemergente ou endêmica. **Revista Médica de Minas Gerais**, n. 8, v. 1. 1998.

4. HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

4.1 Situação problema

A UNAIDS (*Joint United Nations Program on HIV/AIDS* – Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) publica anualmente estatísticas sobre HIV/AIDS (Vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da imunodeficiência adquirida). Em 2018 as chamadas populações-chave (gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, travestis/transexuais e usuários de drogas) e seus parceiros sexuais, representaram 54% das novas infeções por HIV no mundo. Eles apresentam também maior risco de infecção por HIV, chegando a ser 22 vezes maior o risco de infecção entre homens que fazem sexo com homens, 22 vezes maior entre pessoas que usam drogas injetáveis, 21 vezes maior para trabalhadores/as do sexo e 12 vezes maior para pessoas transgênero (UNAIDS, 2019).

Em 2019 esses números aumentaram. As populações-chave e seus parceiros sexuais passaram a representar 62% das novas infecções por HIV no mundo. Consequentemente, aumentou-se também o risco de contrair a infecção pelo vírus HIV, sendo 26 vezes maior entre os homens que fazem sexo com homens, 29 vezes maior entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis, 30 vezes maior para trabalhadoras/es sexuais e 13 vezes maior para pessoas transgênero (UNAIDS, 2020).

Diante desse cenário, considerando a realidade na qual você está inserido, quais estratégias, ações, parcerias, entre outros, podem ser feitas para contemplar as populações-chave do HIV/AIDS na sua região a fim de diminuir essa críticarealidade?

4.2 Contextualização do agravo

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) representam um fenômeno global, dinâmico e instável, ocorrendo de forma difusa nas regiões do mundo por depender, dentre outros fatores, do comportamento humano individual e coletivo. A AIDS ganha destaque entre as enfermidades infecciosas emergentes pela sua magnitude e extensão dos danos gerados, tanto à população geral como para os indivíduos acometidos por ela (BRASIL, 2018).

A infecção pelo HIV é considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST). As IST são causadas por mais de 30 agentes etiológicos, sendo vírus, bactérias, fungos e protozoários. São transmitidas principalmente por contato sexual (oral, vaginal e/ou anal), e eventualmente, por via sanguínea. As IST dependem de fatores que

afetam a população de forma irregular, de modo que existam grupos específicos que requerem atenção estratégica mais focada, as chamadas populações-chave (gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo, travestis/transexuais e usuários de drogas) (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2019).

Em especial, a infecção pelo HIV ocorre na maioria das vezes por meio das mucosas do trato genital ou retal durante o ato sexual. A infecção pelo HIV envolve diversas fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. É importante salientar que o fato do indivíduo estar contaminado com o HIV não significa que ele esteja com AIDS, no entanto, esse indivíduo, é considerado um potencial transmissor do vírus (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019; BRSAIL, 2020a).

4.2.1 Definição

O HIV trata-se de um retrovírus classificado na subfamília dos Lentiviridae e família Retroviridae, caracterizados por apresentarem propriedades semelhantes como, prolongado período de incubação antes da manifestação sintomatológica da doença, infecção de células do sistema sanguíneo e sistema nervoso, e supressão do sistema imunológico (BRASIL, 2018).

A doença segundo pesquisas, é originária de primatas encontrados na região ocidental da África, tendo sido identificado em chimpanzés um vírus chamado de Vírus da Imunodeficiência Símia (SIV), e depois de transmitido aos seres humanos que tiveram contato com o sangue do animal, este passou por um processo de mutação se tornando o HIV, que desde o século XIX é transmitido entre homens e chimpanzés (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2012; FIOCRUZ, 2013).

Acredita-se que o vírus está presente no continente americano desde a década de 70, mas somente no ano de 1981 foram descritos os primeiros casos confirmados da doença nos Estados Unidos, caracterizados na época pelo perfil dos infectados, homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis provenientes de grandes cidades (FIGUEIREDO, 2009). Desde então, foram identificados novos casos em todo planeta, no Brasil, o primeiro caso foi confirmado no ano de 1982, transmitido por uma transfusão sanguínea (MARQUES, 2002). A partir da década de 80, todo o mundo se voltou para essa nova ameaça pandêmica. Nos EUA, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) intensificou todos os tipos de estudos sobre o vírus e sua epidemiologia, e o Brasil representou um importante papel mundial no combate à epidemia da doença, sendo o primeiro a ofertar de forma gratuita o tratamento

por antrirretrovirais para os infectados com o vírus (FIGUEIREDO; VIANA; MACHADO, 2009; UNAIDS, 2015).

A AIDS é caracterizada pela baixa imunidade gerada nos indivíduo infectado pelo HIV, favorecendo o aparecimento de infecções ou doenças oportunistas como a tuberculose, hepatites virais, pneumonia, neurotoxoplasmose, neurocriptococose, e/ou algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi), entre outras (BRASIL, 2020a).

4.2.2 Transmissão

São várias as formas de transmissão do HIV, no entanto a principal e mais incidente é a via sexual, podendo ocorrer por via oral, vaginal e anal sem uso de preservativos. Não menos importante, outras formas de transmissão são por meio do compartilhamento de seringas, transfusão de sangue contaminado, transmissão vertical durante a gestação de mãe infectada para seu filho, no parto e/ ou na amamentação, e através de instrumentos perfurocortante não esterilizados (BRASIL, 2020a).

4.2.3 Tratamento

O HIV não tem cura. O tratamento consiste em inibir a multiplicação do vírus no organismo e, consequentemente, evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. O tratamento é realizado com antirretrovirais (ARV) distribuídos gratuitamente desde 1996 pelo Sistema Único de Saúde. Atualmente existem disponíveis 21 medicamentos, em 37 apresentações farmacêuticas:

Tabela 07 – Antirretrovirais disponíveis para tratamento do HIV/AIDS

Descrição	Unidade de fornecimento
Abacavir (ABC) 300mg	Comprimido revestido
Abacavir (ABC) Solução oral	Frasco
Atazanavir (ATV) 200mg	Cápsula gelatinosa dura
Atazanavir (ATV) 300mg	Cápsula gelatinosa dura
Darunavir (DRV) 75mg	Comprimido revestido
Darunavir (DRV) 150mg	Comprimido revestido
Darunavir (DRV) 600mg	Comprimido revestido
Dolutegravir (DTG) 50mg	Comprimido revestido
Efavirenz (EFZ) 200mg	Cápsula gelatinosa dura

Efavirenz (EFZ) 600mg	Comprimido revestido
Efavirenz (EFZ) Solução Oral	Frasco
Enfuvirtida (T20)	Frasco-ampola
Etravirina (ETR) 100mg	Comprimido revestido
Etravirina (ETR) 200mg	Comprimido revestido
Fosamprenavir (FPV) Suspensão Oral	Frasco
Lamivudina (3TC) 150mg	Comprimido revestido
Lamivudina 150mg+Zidovudina300mg (AZT+3TC)	Comprimido revestido
Lamivudina (3TC) Solução Oral	Frasco
Lopinavir 100mg + Ritonavir 25mg (LPV/r)	Comprimido revestido
Lopinavir (LPV/r) Solução Oral	Frasco
Lopinavir/ritonavir (LPV/r) 200mg + 50mg	Comprimido revestido
Maraviroque (MVQ) 150mg	Comprimido revestido
Nevirapina (NVP) 200mg	Comprimido simples
Nevirapina (NVP) Suspensão oral	Frasco
Raltegravir (RAL) 100mg	Comprimido mastigável
Raltegravir (RAL) 400mg	Comprimido revestido
Ritonavir (RTV) 100mg	Comprimido revestido
Ritonavir (RTV) Solução Oral	Frasco
Tenofovir (TDF) 300mg	Comprimido revestido
Tenofovir (TDF) 300mg + Entricitabina 200mg	Comprimido revestido
Tenofovir 300mg+Lamivudina 300mg	Comprimido revestido
Tenofovir 300mg+Lamivudina 300mg+Efavirenz 600mg	Comprimido revestido
Tipranavir (TPV) Solução Oral	Frasco
Tipranavir (TPV) 250mg	Cápsula Gelatinosa Mole
Zidovudina (AZT) 100mg	Cápsula gelatinosa dura
Zidovudina (AZT) Solução Injetável	Frasco-ampola
Zidovudina (AZT) Xarope	Frasco

Fonte: BRASIL (2020a).

Os ARV são fundamentais para o controle da doença e prevenção da AIDS, ampliando a expectativa de vida, aumentando a disposição, energia e apetite dos indivíduos infectados. Os ARV transformaram o que antes era uma infecção quase fatal em uma condição crônica controlável (BRASIL, 2020a).

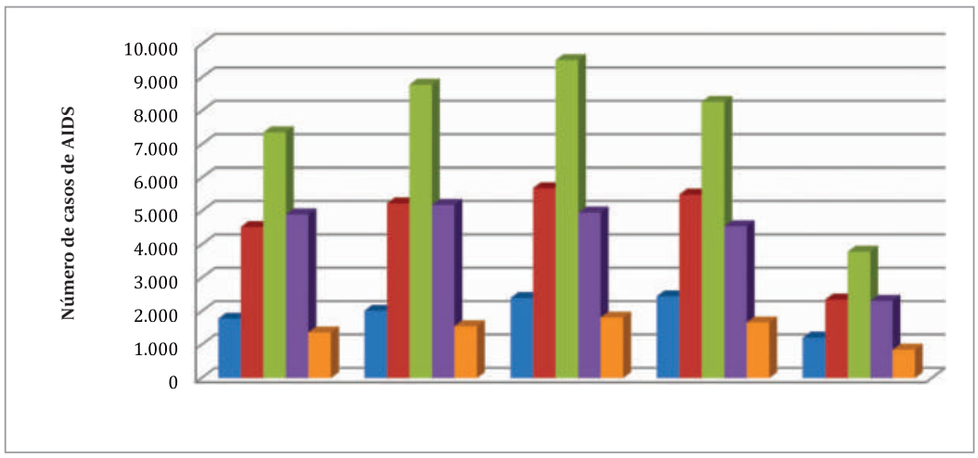
4.2.4 HIV no Brasil (dados epidemiológicos)

No Brasil a região com maior número de casos de AIDS é a região Sudeste, seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Norte e Centro-oeste, logo, o mesmo fenômeno se repete com os casos de infecção pelo HIV. O gráfico 17 sinaliza para um decréscimo dos casos de AIDS na maioria das regiões, exceto a região Norte, que apresentou desde o ano de 2015 aumento gradativo nos números de casos de AIDS (não considerando o ano de 2019, uma vez que os dados disponíveis para esse ano são parciais, compreendendo apenas o período de 01/01/2019 à 30/06/2019, tornando-o incompleto para comparação com os demais períodos).

O Ministério da Saúde afirma qu,e embora os casos de AIDS venham diminuindo desde o ano de 2013, o país ainda registra anualmento uma média de 39 mil casos novos da doença (BRASIL, 2019).

Já se tratando da infecção pelo HIV (gráfico 18), as regiões Norte e Nordeste apresentaram comportamento inverso às demais regiões, registrando aumento no número de pessoas infectadas pelo vírus nos anos de 2015 a 2018 (não considerando o ano de 2019, uma vez que os dados disponíveis para esse ano são parciais, compreendendo apenas o período de 01/01/2019 à 30/06/2019, tornando-o incompleto para comparação com os demais períodos).

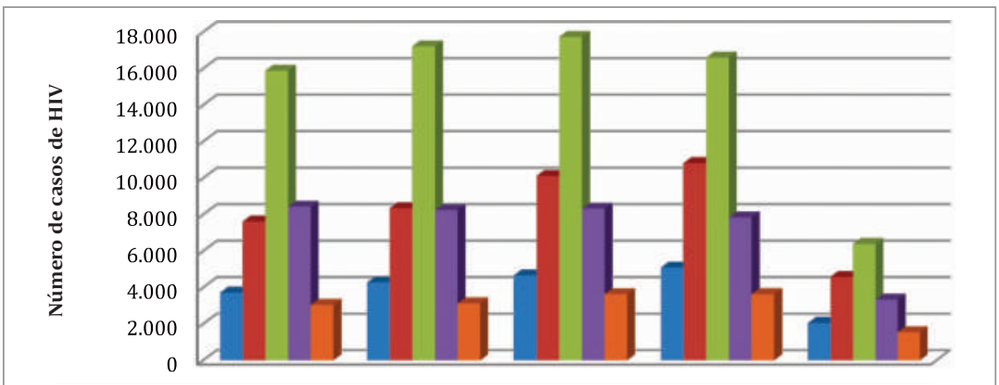
Gráfico 17 – Número de casos de AIDS identificados no Brasil por ano de notificação segundo região de notificação*



	2015	2016	2017	2018	2019*
Norte	1.780	2.017	2.399	2.447	1.209
Nordeste	4.526	5.233	5.686	5.492	2.351
Sudeste	7.357	8.786	9.521	8.272	3.784
Sul	4.903	5.189	4.955	4.547	2.315
Centro-oeste	1.367	1.553	1.812	1.665	847

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019). Notas: * Sinan até 30/06/2019

Gráfico 18 – Número de HIV notificados no SINAN, segundo região de residência por ano de diagnóstico no Brasil.



	2015	2016	2017	2018	2019*
Norte	3.707	4.269	4.663	5.084	2.039
Nordeste	7.608		10.110		4.578
Sudeste	15.872	17.200	17.721		6.377
Sul	8.422		8.315	7.838	3.335
Centro-oeste	3.036	3.120	3.634	3.625	1.544

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019). Notas: * Sinan até 30/06/2019

A tabela 08 apresenta a média nacional de casos de AIDS no Brasil, estratificada por variáveis de notificação no período de 2015 a 2019. Constatou- se que os indivíduos do sexo masculino são os mais acometidos pela AIDS. As faixas etárias compreendidas entre 20 a 49 anos de idade são as que concentram maior número de casos da doença no país. Quanto à raça e cor autodeclarada, a mais atingida é a cor parda. Ressalta-se o alto valor de casos com a informação sobre cor/raça ignorada, o que dificulta ou compromete a melhor avaliação dos casos de AIDS relativa a essa variável. Com relação ao grau de escolaridade informada, a maior parte dos indivíduos apresenta o ensino médio completo. Quanto à categoria de exposição ao HIV, os heterossexuais são os mais atingidos pelo agravo. Ainda segundo Boletim Epidemiológico de 2019, o mesmo se aplica aos indivíduos infectados pelo HIV.

Tabela 08 – Média Nacional de casos de AIDS identificados no Brasil segundo variáveis de notificação: faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade e categoria de exposição ao HIV hierarquizada no período de 2015 a 2019.

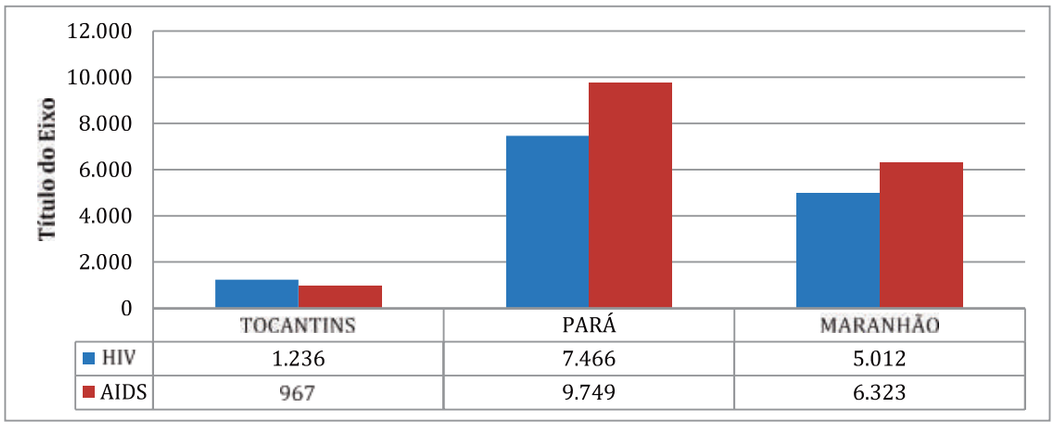
Faixa etária	Média
< 1	110
1 a 4	132
5 a 9	61
10 a 14	58
15 a 19	669
20 a 29	7.172
30-39	8.612
40-49	6.314
50-59	3.648
60-69	1.312
70-79	279
80 e mais	52
Sexo	**Média**
Masculino	14.221
Feminino	5.788
Raça/cor	**Média**
Branca	6.523
Preta	1.751
Amarela	79
Parda	7.294
Indígena	56
Ignorado	12.716
Escolaridade	**Média**
Analfabeto	407
1ª a 4ª série incompleta	1.271
4ª série completa	878
5ª a 8ª série incompleta	2.875
Fundamental completo	1.687
Médio incompleto	1.305
Médio completo	3.908
Superior incompleto	997
Superior completo	1.682
Não se aplica	141
Categoria de exposição ao HIV hierarquizada	**Média**
Homossexual	4.600
Bissexual	1.094
Heterossexual	8.626
Usuário de drogas injetáveis	446
Hemofílico	5
Transfusão	3
Acidente com material biológico	1
Transmissão Vertical	314
Ignorado	3.193

Fonte: Adaptado de DATASUS (2020).

4.3 Cenário/contexto situacional epidemiológico local e/ou regional referente ao agravo

Dentre os estados do TOPAMA, o estado do Pará é o que apresenta maior quantidade de casos de HIV e AIDS em números absolutos no período de 2015 a 2019. É possível perceber que no estado do Tocantins, quando comparado isoladamente os números de HIV e AIDS, a infecção pelo HIV predomina. Tal fato pode apontar para uma possível atuação mais sólida das equipes de saúde da família e dos programas de prevenção e combate ao HIV/AIDS, assim como melhor acesso aos serviços de saúde no estado. Por outro lado, partindo para uma perspectiva mais negativa da situação, é possível questionar se existe subnotificação dos casos de AIDS no TO.

Gráfico 19 – Casos de AIDS e HIV notificados nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão no período de 2015 a 2019.



	TOCANTINS	PARÁ	MARANHÃO
HIV	1.236	7.466	5.012
AIDS	967	9.749	6.323

Fonte: Adaptado do DATASUS (2020); BRASIL (2019).

Os três estados seguiram a tendência nacional do perfil dos indivíduos notificados com HIV e AIDS no período de 2015 a 2019 quanto as variáveis - sexo, idade, raça/cor e categoria de exposição ao HIV. Porém, Tocantins e Pará apresentaram divergência quanto ao grau de escolaridade, predominando nesses dois estados o maior número de notificações de HIV e AIDS em indivíduos que possuíam escolaridade até a 5ª e a 8ª série incompletas.

4.4 Planejamento e execução das ações prioritárias referentes ao agravo já existentes

O Brasil, entre outras ações pactuadas para o enfrentamento à epidemia de HIV, buscou atingir entre 2015 e 2020, a meta 90-90-90que estabeleceu como meta que, até 2020, 90% dos indivíduos portadores do HIV seriam diagnosticados (ampliando o acesso ao diagnóstico do HIV), e destes, 90% estariam em tratamento com

ARV (ampliando o acesso à TARV); e que destes, 90% apresentassem carga viral não detectável (que indica boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência a pessoas vivendo com HIV (PVHIV)) (BRASIL, 2020a; UNAIDS, 2019; UNAIDS, 2020). Entretanto, apesar de haverem avanços, o Brasil não conseguiu alcançar as metas pactuadas com a UNAIDS até 2019, como divulgado em 2020 pelo Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS, constando com 89% de indivíduos diagnosticados, 77% fazendo tratamento com antirretrovirais, e 94% com carga viral não detectável (BRASIL, 2020b).

A mandala da prevenção combinada (Figura 12) é uma grande estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento do HIV/AIDS e também das IST. Ela é uma estratégia de prevenção que combina três intervenções: biomédica, comportamental e estrutural, aplicadas ao âmbito individual e coletivo. Essa combinação de ações deve ser centrada no indivíduo, nos grupos a que pertencem e na sociedade em que estão inseridas, levando em consideração as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos. Ressalta-se que não há hierarquização entre as estratégias (BRASIL, 2020a).

Figura 12 – Mandala da prevenção combinada



Fonte: BRASIL (2020a)

Com base nas estratégias desenvolvidas pelos órgãos de saúde, quais são as estratégias para o enfrentamento do HIV/AIDS que são realizadas na sua região?

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral** às **pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST).** Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS**. Secretaria de VS. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, CDC. **About HIV/AIDS**. 2012.

Disponível em http://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html. Acessado em 21 de set. 2020.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DATASUS..

Informações de saúde – Epidemiológicas e morbidade – Casos de AIDS desde 1980. 2020. Disponível em: http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/ br.def. Acessado em 21 de set. 2020.

FIGUEIREDO, M. N. A., VIANA, D. L., MACHADO, W. C. **A. Trajetória do HIV**. In: Tratado prático de Enfermagem. 2 ed. São Caetano do Sul: Yendis. 440 p. 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, FIOCRUZ. **AIDS** In: Glossário de doenças. 2013. 2013 Disponível em https://agencia.fiocruz.br/aids. Acessado em 21 de set. 2020.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. Rio de Janeiro: **História, ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, supl. p. 41-65, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400003&lng=en&nrm=iso. Acessado em 21 de set. 2020.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS, UNAIDS.. **Resumo informativo – Estatísticas mundiais sobre o HIV 2020**. 2020. Disponível em: https://unaids.org. br/wp- content/uploads/2020/07/2020_07_05_UNAIDS_GR2020_FactSheet_ PORT-final-1.pdf. Acessado em 21 de set. 2020.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS, UNAIDS. **Resumo informativo – Estatísticas globais sobre o HIV 2019**. Disponível em: https://unaids.org.br/estatisticas/. Acessado em 21 de set. 2020.

5. PNI - Programa Nacional de Imunização

5.1 Definição e características do Programa Nacional de Imunização

Criado em 1973 e institucionalizado em 1975, o Programa Nacional de Imunização (PNI) constitui uma das mais importantes intervenções na saúde pública do Brasil. Ele é responsável pela redução e eliminação de doenças que, por muitos anos ceifaram vidas ou pelo menos deixaram sequelas na vida de muitas pessoas, afetando a qualidade de vida dos brasileiros. As vacinas em conjunto com a Vigilância Epidemiológica foram responsáveis pela eliminação da varíola, pela interrupção da transmissão da poliomieltite e do sarampo autóctone (BRASIL, 2013).

O PNI tem como objetivo contribuir efetivamente para o controle de doenças no Brasil, provocando e mantendo profundas mudanças no cenário epidemiológico, além de servir como experiência modelar para as várias regiões do planeta (BRASIL, 2013).

Ao todo, o PNI disponibiliza atualmente 19 vacinas, com a vacinação iniciando imediatamente ao nascer e seguindo pelas mais diversas fases da vida. As vacinas são seguras e eficazes, e agem estimulando o sistema imunológico a produzir proteção contra patologias. São reconhecidas como um dos melhores investimentos em saúde, considerando o custo-benefício (BRASIL, 2020).

O PNI é um esforço articulado que envolve as três esferas de gestão por meio de ações coordenadas de planejamento, capacitação, infraestrutura e logística, capazes de levar até a população mais remota um produto de qualidade com todas as suas características e especificidades preservadas (BRASIL, 2013).

5.2 Calendário vacinal e orientações sobre vacinação em crianças (até 12 anos)

A vacinação é definida pelo Ministério da Saúde como ação intrínseca vinculada à APS em Saúde, uma estratégia de prevenção, promoção e proteção à saúde ofertada na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

As políticas de imunização são cada vez mais inclusivas, ao serem inseridas numa realidade de futuro que pressupõe o compromisso com a contínua inserção de novas vacinas e agregação de novos grupos da população. As políticas de imunização abrangem toda a rede de prestação de serviços, e devem estar cada vez mais próximas dos usuários, através das salas de vacinas devidamente equipadas nas Unidades de Saúde da Família, com condições físicas e materiais apropriados para o trabalho das equipes de vacinação (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde designa o termo Vacinação Segura para abranger o conjunto de diferentes aspectos relacionados ao processo de vacinação, iniciado na produção e aquisição dos imunobiológicos, na sua distribuição em condições adequadas (desde o laboratório produtor até as salas de vacinação), destacando- se nesse trajeto a importância e eficiência da Rede de Frios. Inclui também o controle rigoroso do manejo e acondicionamento dos produtos no local (destino final – salas de vacina), além da aplicação dos imunobiológicos, incluindo o uso de seringas e agulhas indicadas, a definição da via, a seleção do local apropriado para administração da vacina, e a associação/combinação dos imunobiológicos realizados em uma só oportunidade de aplicação (ex.: BCG e Hepatite B ao nascer) (BRASIL, 2013).

Éimportantesalientarquecadaimunológico/vacinaapresentaespecificações muito rigorosas, desde composição, via de administração, intervalos entre as doses, idade mínima e máxima (para aplicação em alguns casos), combinações/ associações com outros imunobiológicos, conservação, prazos de validade após abertura do frasco, reações adversas, entre outros. Deste modo, por tratar-se de um conteúdo extenso, denso e muito específico, não serão abordados neste material, no entanto, essas informações podem ser encontradas nos Informes Técnicos de cada imunobiológico disponíveis no *site* do Ministério da Saúde.

Embora o calendário de vacinação passe por constantes alterações e adequações, segue abaixo o Calendário Nacional de Vacinação vigente no ano de 2020.



Anotações

ATIVIDADE

CURSISTA _____

1. **Hanseníase é uma doença infecciosa transmissível presente na humanidade há milhares de anos e que ainda hoje prevalece e deve ser vigiada e controlada nas unidades básicas de saúde. De acordo com os seus conhecimentos sobre Hanseníase, analise as assertivas e assinale a alternativa correta.**

   I - ( ) A doença acomete principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos), mas também pode afetar os olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc.).

   II - ( ) A bactéria é transmitida pelas vias respiratórias (pelo ar), e não pelos objetos utilizados pelo paciente.

   III – ( ) Os principais sinais e sintomas da Hanseníase são: áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato; Formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência; Pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas; Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose); Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local.

   IV – ( ) O doente deve ser classificado em Paucibacilar ou Multibacilar pelos seguintes critérios: Paucibacilar (PB) – Hanseníase Dimorfa ou Virchowiana (doença localizada em uma região anatômica e/ou um tronco nervoso comprometido). Multibacilar (MB) – Hanseníase Tuberculóide ou Indeterminada (doença disseminada em várias regiões anatômicas e/ou mais de um tronco nervoso comprometido).

   V – ( ) A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) devem ser dissociadas do tratamento PQT. Essas ações devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde e serem recomendadas para todos os pacientes. A prevenção e o tratamento das incapacidades físicas não são realizados pelas unidades de saúde, mas deve ser feita por profissionais especializados mediante utilização de técnicas como educação em saúde, exercícios preventivos, adaptações de calçados, férulas, adaptações de instrumentos de trabalho e cuidados com os olhos.

   A) V-V-V-V-V
   B) F-F-F-F-F
   C) F-F-F-V-V
   D) V-V-V-F-F

2. **De acordo com Minayo (2020), a violência não se manifesta apenas na morte por agressão física, essa é sua forma mais cruel porque aniquila a vida, mas há modalidades de atuação que provocam danos à própria pessoa, a outrem e à sociedade. Elas estão presentes na vida social brasileira, reproduzindo-se nas estruturas, nas relações e nas subjetividades, de maneira insidiosa e persistente. Quanto aos tipos de violência, marque a alternativa INCORRETA:**

A) Violência estrutural: Diz respeito às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras.

B) Violência institucional: é aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos.

C) Violência interpessoal: ocorre a partir de situações de prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança e inveja, e costuma produzir danos morais, psicológicos e físicos, inclusive morte.

D) Violência autoprovocada/auto infligida: praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida e aos seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública: polícia, ministério público e poder judiciário.

3. **A notificação de violências é realizada por meio da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada. A respeito da notificação de Violências, marque a alternativa correta.**

A) A Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada é preenchida somente nos serviços públicos de saúde, quando há suspeita e/ou confirmação da ocorrência de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas.

B) Os profissionais da saúde, no exercício da profissão, têm o dever de notificar. Conforme pactuações locais, profissionais de outros setores, como educação e assistência social, podem também realizar a notificação.

C) Serão objetos de notificação somente os casos confirmados de violência autoprovocada (tentativa de suicídio) contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades.

D) Serão objetos de notificação imediata à autoridade sanitária municipal os casos de violência doméstica/intrafamiliar (todas as naturezas/forma) contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades.

4. **A infecção pelo vírus Dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, causa uma doença sistêmica e dinâmica de amplo espectro clínico, variando desde formas leves até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. A respeito da Dengue, marque a alternativa correta:**

A) A primeira manifestação da Dengue é a febre, que tem duração de cinco a doze dias, geralmente alta (39ºC a 40ºC), de início abrupto.

B) O choque na dengue é de rápida instalação e tem curta duração, podendo levar o paciente à morte em um intervalo de 12 a 24 horas ou a sua recuperação rápida, após terapia antichoque apropriada.

C) Pessoas com dengue que apresentem febre alta associada a dores de cabeça, dor no corpo, dor nas articulações, fraqueza muscular e dor nos olhos estão desenvolvendo sinais de alarme na dengue.

D) O exantema é um sintoma raro e está presente somente em 4% dos casos.

5. **A Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020, revogou a Portaria nº 264/2020 e alterou a Portaria de Consolidação nº 4/2017 a respeito da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. A respeito da notificação da Dengue, marque a alternativa correta:**

A) Somente os casos de Dengue confirmados devem ser notificados à Vigilância Epidemiológica do município.

B) Todo caso suspeito ou confirmado de Dengue é um evento de notificação compulsória imediata e deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica do município no prazo máximo de 24 dias.

C) O óbito por Dengue é um evento de notificação compulsória imediata e deve ser notificado às Vigilâncias Epidemiológicas Municipal e Estadual, e Ministério da Saúde em um prazo máximo de 24 horas.

D) Os óbitos suspeitos de Dengue precisam ser confirmados antes de poder ser realizada a notificação.

6. **No que diz respeito à tuberculose, é INCORRETO afirmar que:**

A) A heterogeneidade demográfica pode ser um fator que influencia a incidência e a mortalidade associadas à tuberculose no Brasil, onde a densidade populacional é alta em algumas regiões e baixa em outras.

B) A transmissão da tuberculose está associada à aglomeração, como a observada nas áreas metropolitanas do Brasil, sendo que a região com a segunda maior taxa de incidência de tuberculose é a região Sudeste, que é a região mais populosa do país.

C) Há uma correlação positiva entre a densidade populacional e a incidência de tuberculose, sendo a densidade considerada um preditor independente da incidência.
D) Não houve ligeiras reduções nas taxas de incidência, prevalência e mortalidade associadas à tuberculose no Brasil.

7. **Segundo o artigo Tuberculose no Brasil: um país, múltiplas realidades, um dos principais métodos de prevenção da tuberculose, é a imunização com um tipo de vacina. Assinale qual vacina evita formas graves da tuberculose.**

A. BCG
B. Tetravalente
C. meningocócica C
D. poliomielite

8. **Segundo o artigo Análise do perfil epidemiológico do número de casos de AIDS no Brasil nos últimos 10 anos. Analise as afirmativas a seguir em V ou F marque a alternativa CORRETA:**

I - ( ) A realização do teste do HIV em tempo oportuno e o início da Terapia Antirretroviral (TARV) são fatores determinantes na sobrevivência de indivíduos infectados pelo HIV, estão associados à um melhor prognóstico e menores taxas de progressão da doença.

II - ( ) No Brasil, segundo dados de 2015, 90% das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) estão em tratamento e aproximadamente 84% em supressão viral.

III - ( ) As principais barreiras de adesão ao tratamento são uso de álcool e outras drogas, fatores relacionados à depressão, desemprego e o número de comprimidos recomendados na terapêutica.
IV - ( ) Quanto aos casos diagnosticados e notificados, nota-se o predomínio de diagnóstico do sexo masculino com idade entre 30 a 39 anos, com ensino fundamental. E quanto à faixa etária de 15 a 19 anos, 20 a 29 anos e 30 a 39 anos prevaleceu à transmissão por via sexual em relacionamentos heterossexuais, seguida de homossexuais. Já nas faixas de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 anos ou mais foi marcado pela presença dos heterossexuais e ignorado.

A) F - F - V- V
B) V - F - V - V
C) F - F - F - V.
D) V - F - F - V

9. **Pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana evoluem para uma grave disfunção do sistema imunológico, à medida que vão sendo destruídos os linfócitos T CD4+, células de defesa do organismo. A infecção por esse vírus causa a doença denominada:**

A) Tuberculose pulmonar
B) Sífilis
C) AIDS
D) Influenza

10. **Mário, 37 anos, morador da zona rural de Itupiranga no estado do Pará, vive em uma região com estações úmidas e secas, procura atendimento na Unidade de Saúde da Família (UBS) por indicação do Agente Comunitário de Endemias de sua região, pois apresenta 15 dias com febre alta, com sensação de fraqueza, calafrios e dor de cabeça. Mário conta que em sua casa há muitos mosquitos, que costuma chamar de mosquito-prego, muriçoca ou carapanã, e aparecem principalmente durante a noite. Ao ser diagnosticado pelo médico da UBS, Mário é identificado como caso suspeito de Malária. Nesse momento a Vigilância Epidemiológica Municipal é comunicada e informa sobre como proceder em relação aos exames diagnósticos. Mário é então encaminhado para uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde lhe seria disponibilizado o teste rápido para diagnóstico de malária e as medicações específicas para início imediato em caso de confirmação do diagnóstico. Além da realização do teste rápido, uma amostra de sangue de Mário seria enviada ao serviço de referência em malária para realização do exame de gota espessa. Em áreas endêmicas, na Região Amazônica, os casos de malária devem ser informados por meio da ficha de notificação de casos de malária do SIVEP (Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária).**
Quais das estratégias abaixo podem ser sugeridas para o enfrentamento da malária na região onde Mário vive, a fim de evitar males ao agravo?

A) Recomendações para proteção individual e coletiva devem ser reforçadas em todas as oportunidades junto às comunidades vulneráveis; Aplicação de inseticidas por meio de borrifação residual intradomiciliar e aplicação espacial; Utilização de mosquiteiros e repelentes.
B) Enfatize que a doença não tem cura, que o tratamento não é gratuito pelo SUS, alertando sobre a importância da adesão ao tratamento para evitar a resistência e a falência, e informe-o sobre a transmissão.
C) Estratégias para alcançar a população em geral, se destina a evitar que a violência surja, atuando sobre os fatores que contribuem para sua ocorrência e sobre os agentes dela em tempo anterior à ação violenta.
D) Esclareça que todos os focos da doença devem ser eliminados e que o Bacilo de hanseníase também pode estar presente em seus familiares e que, por isso, todos devem ser examinados e acompanhados por pelo menos 5 anos.

Figura 13 – Calendário Nacional de Vacinação em 2021

Grupo Alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavirus	Meningo C e ACWY	Influenza	Febre Amarela	Tríplice Viral	Tetra Viral	Varicela	Hepatite A	Dupla Adulto	HPV	dTpa
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer														
	2 meses			1ª Dose	1ª Dose (com VIP)	1ª Dose	1ª Dose										
	3 meses							1ª Dose com meningo C									
	4 meses			2ª Dose	2ª Dose (com VIP)	2ª Dose	2ª Dose										
	5 meses							2ª Dose com meningo C									
	6 meses			3ª Dose	3ª Dose (com VIP)				Dose anual a partir dos 6 meses								
	9 meses									1ª Dose							
	12 meses					Reforço		1ºReforço com meningo C			1ª Dose						
	15 meses			1º Reforço (com DTP)	1º Reforço (com VOP)							Dose única OU 2ª dose de TV + 1ª dose de varicela		Dose única			
	4 anos			2º Reforço (com DTP)	2º Reforço (com VOP)					Reforço			Uma Dose (correspondente a segunda dose da varicela)				
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses - a depender da situação vacinal encontrada					2º Reforço ou dose única* (entre 11 e 12 anos) com ACWY		Dose única ou Reforço*	Duas doses* (até 29 anos) Uma dose* (30 a 59 anos)				3 doses e Reforço a cada 10 anos*	Duas doses (fem. 9 a 14 anos, masc. 11 a 14 anos)	
Adulto	20 a 59 anos																
Idoso	60 anos ou mais								Dose anual conforme campanha	Avaliar o risco e o benefício da vacinação*							
Gestante																	Uma dose a cada gestação a partir da 20ª semana

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (2021).

* A depender da situação vacinal registrada.

5.3 Situação vacinal

O PNI visa oferecer as vacinas preconizadas (com a devida qualidade) à todas as crianças que nascem no país anualmente, com vista a alcançar coberturas vacinais de 100%, de forma homogênea, em o território nacional. A tabela 09 retrata a cobertura vacinal dos imunobiológicos que devem ser administrados nas crianças até os nove meses de vida, nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão, no ano de 2019.

Tabela 09 – Cobertura vacinal por imunobiológicos até nove meses de vida dos estados do Tocantins, Pará e Maranhão, no ano 2019.

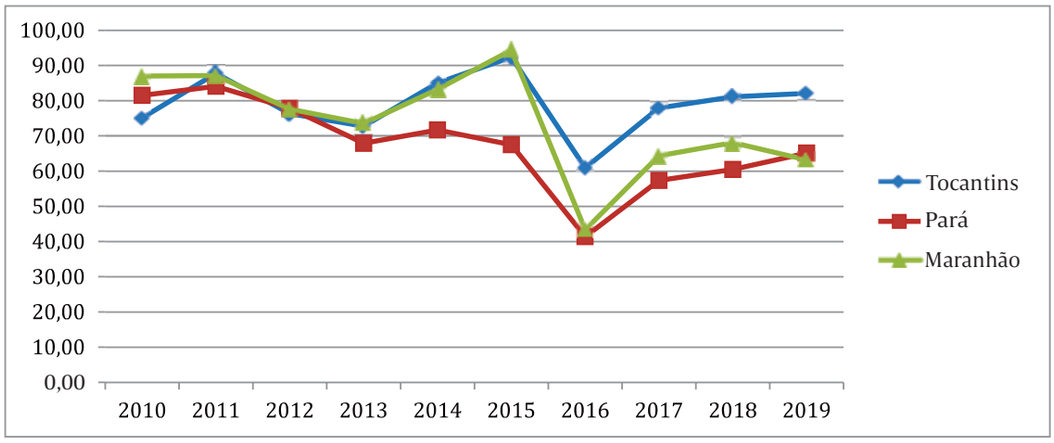
Unidade da Federação	BCG	Hepatite B crianças até 30 dias	Rotavírus Humano	Meningocócica C	Hepatite B	Penta	Pneumocócica	Poliomielite	Febre Amarela
Pará	83,06	75,47	76,03	77,40	62,38	62,38	82,13	72,71	62,58
Tocantins	112,4	111,88	88,70	93,48	76,38	76,38	94,00	88,15	76,46
Maranhão	83,56	77,83	77,51	77,79	58,57	58,45	84,11	75,72	66,74

Fonte: Adaptado de DATASUS (2020).

Quando analisados os dados completos do DATASUS (cobertura vacinal por imunobiológico contemplando todas as faixas etárias) é possível perceber que as coberturas vacinais sofrem diminuição conforme as idades avançam, ou seja, quanto maior a idade dos indivíduos (crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos) menores são os valores da cobertura vacinal.

Como é possível observar no gráfico 20, a cobertura vacinal sofre constantes variações de um ano para o outro. Destaca-se o ano de 2016 com os piores índices de cobertura vacinal registrado nos estados do TOPAMA, tendo sido marcado por acentuado decréscimo. Em 2015, Tocantins, Pará e Maranhão apresentaram os melhores índices de cobertura vacinal respectivamente, 92,37; 67,51; e 94,40. Posteriormente em 2016, Tocantins caiu para 60,94, Pará 41,43 e Maranhão 43,38 de cobertura vacinal.

Gráfico 20 – Coberturas vacinais por ano nos estados do Tocantins, Pará e Maranhão.



Diante do cenário apresentado, quais você acredita que possam ser as possíveis causas de não se alcançar as coberturas vacinais na sua região/realidade? Quais alternativas ou estratégias podem ser desenvolvidas para melhorar a cobertura vacinal das crianças menores de um ano na sua região, das gestantes e do público geral?

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de VS. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DATASUS **Sistema de informações do programa nacional de imunizações**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def. Acessado em 21 de set. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Calendário Nacional de Vacinação 2021**. Porto Alegre: TelessaúdeRS, 2021. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders//documentos/calend%C3%A1rio_vacinal.pdf. Acessado em 5 de mai. 2021.

Dentro do SUS existem representantes das áreas de educação, trabalho, emprego, transporte, lazer, entre outras instâncias sociais, assim como os poderes executivos como a União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Dentro da perspectiva de "sistema", o SUS realiza a articulação dos diferentes atores, respeitando a autonomia de cada esfera governamental, através de pactuações entre eles, situação conhecida como "Pacto Interfederativo da Gestão Executiva".

Para que isso seja efetivamente realizado, existem diferentes esferas de pactuação – Conselhos e Comissões, entre as quais podemos destacar o Conselho

Para isso existem diversas esferas de pactuação – Conselhos e Comissões, das quais são as principais: o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a Comissão Interfestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Regional (CIR). Todas estão consignadas e definidas noDecreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que "Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências." No Decreto, em seu CAPÍTULO V - DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA - Seção I

- Das Comissões Intergestores, podemos encontrar a definição e a atribuição das esferas de pactuação (BRASIL, 2011).

Comissão Intergestores Tripartites (CIT)

Em seu Art. 2 IV, o Decreto nº 7.508/11 estabelece que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) refere-se à instâncias de articulação e pactuação consensual entre as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) para determinação das regras de compartilhamento da gestão do SUS. Ela é composta paritariamente, sendo formada por 15 membros, onde 5 são indicados pelo Ministério da Saúde, 5 são apontados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e mais 5 pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A representação das unidades federativas e municípios é regional, com um indivíduo de cada uma das cinco regiões do Brasil. Nessa Comissão, as decisões não são determinadas por votação, mas sim por consenso. A CIT encontra-se ligada diretamente à direção nacional do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

Comissão Intergestores Bipartites (CIB)

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) apresenta-se como um espaço para a articulação e pactuação das etapas do processo, bem como dos prazos determinados para o planejamento municipal em concordância os estabelecidos à nível estadual e nacional. Ela tem como objetivos a orientação, regulamentação e avaliação dos aspectos operacionais direcionados para a descentralização dos serviços de saúde. Sua constituição também é paritária, com representantes do Estado apontados pelo Secretário Estadual de Saúde, e dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, geralmente denominado como denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Os Secretários Municipais de Saúde, a partir de seus espaços de representação, discutem os temas estratégicos, e depois apresentam suas considerações na CIB. Os COSEMS também apresentam-se como local de articulação entre os gestores municipais de saúde, e a participação de gestores locais é essencial. A Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 institui as CIBs em todos os estados do Brasil (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

É importante que os gestores municipais procurem o COSEMS de seus respectivos estados para debater nestes espaços como serão suas participações no processo de formação e desenvolvimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2009).

A seguir transcreve-se o texto do Decreto que trata do assunto.

DECRETO Nº 7.508, de 28 de JUNHO de 2011

> CAPÍTULO V - DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA - Seção I - Das
>
> Comissões Intergestores
>
> Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III - a Comissão Intergestores

Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão: I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seusplanos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação: I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES; II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Quanto aos Marcos Legais da VS, dispomos de algumas leis e decretos aprovados que regulam em todo o território nacional, ações e serviços de saúde, com o intuito de fortalecer o Sistema Único de Saúde. Dentre eles encontram-se as leis e decretos abaixo descritos:

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a **promoção, proteção** e **recuperação da saúde**, a **organização** e o **funcionamento dos serviços** correspondentes e dá outras providências

A referida lei foi promulgada em 19 de setembro de 1990, regulamentando o Sistema Único de Saúde (SUS), criado na Constituição Federal de 1988. Junto com a Lei 8.142/90, compõe o bloco das Leis Orgânicas da Saúde.

Disposições Gerais

A saúde é vista como um **direito fundamental do ser humano**, e é **dever** do **Estado garantir as condições para a sua efetivação,** através de **políticas econômicas e sociais** com ênfase em **reduzir riscos de doenças e agravos** e estabelecer o **acesso universal e igualitário às ações e aos serviços** para a **promoção, proteção e recuperação** da saúde.

O dever do Estado não exclui a responsabilidade das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. A saúde tem como determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais, dentre outros.

O SUS

A Lei 8.080/90 define que o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar.

Objetivos e atribuições do SUS

São três os objetivos do SUS:

Identificar e **divulgar** os fatores **condicionantes** e **determinantes da saúde**	**Formular a política de saúde**, promovendo, nos campos econômico e social, a redução dos riscos de doenças e agravos	Garantir às pessoas ações de **promoção**, **proteção e recuperação da saúde**, integrando ações assistenciais e preventivas

No campo de atuação do SUS, estão incluídas as seguintes ações:

- **Ações de vigilância**: sanitária; epidemiológica; ambiental e nutricional;
- Ações de **saúde do trabalhador**;
- **Assistência terapêutica integral**, inclusive farmacêutica;
- Participação na formulação e na execução da política e nas ações de **saneamento básico**;
- Ordenação da **formação de recursos humanos na área de saúde**;

- **Proteção do meio ambiente**, incluindo o ambiente de trabalho;
- Formulação da **política de medicamentos, equipamentos e imunobiológicos** e participação em sua produção;
- Formulação e execução da **política de sangue e seus derivados;**
- Participação no **controle** e na **fiscalização** de toda cadeia produtiva **de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos**;
- Incremento, em sua área de atuação, do **desenvolvimento científico e tecnológico**.

Princípios do SUS

Para fins didáticos, podemos dividir os princípios em dois grupos:

- Doutrinários: **Integralidade** das ações, **universalização** do acesso, **equidade;**
- Organizativos: **Regionalização** e **hierarquização**, **participação popular**, **descentralização** com **direção única em cada esfera de governo** e **resolubilidade.**

Lei 8.080/90: Organização, direção e gestão do SUS

As ações e os serviços de saúde executados pelo SUS, seja diretamente ou complementado pela iniciativa privada, serão organizados de forma **regionalizada** e **hierarquizada**, **em níveis de complexidade crescente**, com **direção única** em cada esfera de governo, sendo exercida pelos seguintes órgãos:

- União Ministério da Saúde;
- Estados/DF Secretarias Estaduais de Saúde ou órgão equivalente;
- Municípios Secretarias Municipais de Saúde ou órgão equivalente;

O SUS pode ainda se organizar, a **nível municipal**, em **distritos** e, a **nível estadual** em **regiões de saúde,** para desenvolver em conjunto as ações e serviços de saúde.

Subsistema de Saúde Indígena

É um componente integrado ao SUS que se organiza com base no território e nas identidades culturais, constituindo os **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)**. O modelo de atenção à saúde nos DSEI é definido pela **realidade local e pelas especificidades culturais**. Os demais serviços do SUS funcionam como serviço integrado de **retaguarda** e de **referência**, quando necessário encaminhar para média e alta complexidade.

Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar

O atendimento e a internação domiciliar estão estabelecidos no SUS incluindo, principalmente, os **atendimentos** e **procedimentos** médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros **necessários ao cuidado**

integral dos pacientes no domicílio. Os profissionais trabalham na **perspectiva multidisciplinar**, nos níveis da **medicina preventiva, terapêutica** e **reabilitadora**. O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por **indicação médica**, com expressa **concordância do paciente e de sua família**.

Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato

É **obrigação** dos serviços do SUS, na rede própria ou conveniada, **permitir a presença de um acompanhante indicado pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**. Os hospitais de todo o país são obrigados a manter essa informação em local visível em suas dependências.

Lei 8.080/90: Os serviços privados de assistência à Saúde

A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Quando os **serviços** da rede própria **do SUS** forem **insuficientes**, a **iniciativa privada** poderá integrar os serviços do SUS, em **caráter complementar**, através da formalização de **contratos ou convênios**, com preferência para as instituições **filantrópicas** e as **sem fins lucrativos**.

Os serviços contratados estarão sujeitos às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS.

Recursos Humanos de acordo com a Lei 8.080/90

Cada esfera de governo deve formalizar e executar a política de recursos humanos na área da saúde cumprindo os seguintes objetivos:

I – Organização de um sistema de formação de recursos humanos em **todos os níveis de ensino**, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de **programas de** permanente **aperfeiçoamento de pessoal**;

II – Valorização da **dedicação exclusiva** aos serviços do SUS.

Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos **poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do SUS quando houver compatibilidade de horário**, exceto os ocupantes de cargo ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Decreto 7508/11: Como a Saúde Pública chega até você

O Brasil é um país de dimensões continentais cuja população diverge em aspectos culturais, econômicos e sociais. Sendo assim, necessita de um sistema de saúde **abrangente, descentralizado e municipalizado** que a contemple, conforme determinado em 1990 através da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

Em seu 7º artigo, a Lei Orgânica da Saúde estabelece os princípios para o fun-

cionamento do SUS, os quais podem ser classificados em doutrinários e organizativos. São eles:

Princípios Doutrinários:

- Universalidade;
- Equidade;
- Integralidade;

Princípios Organizativos:

- Descentralização de serviços e da saúde;
- Regionalização e hierarquização da rede, ações e princípios de saúde;
- Participação social.

O papel do **Decreto Federal nº 7.508**, de junho de 2011 é de **regulamentar a Lei Orgânica da Saúde**, ou seja, destrinchar seus pormenores a fim de garantir sua execução.

Dispõe sobre a **organização do SUS**, o **planejamento de saúde**, a **assistência à saúde** e a **articulação interfederativa**. Nele foram estabelecidos os seguintes conceitos:

I. Região de Saúde: são constituídas por municípios vizinhos cujos meios de transporte e comunicação são integrados, e determinadas de acordo com fatores culturais e socioeconômicos. Instituídas pela União em conjunto com os municípios, têm como objetivo cobrir a maior parte do atendimento necessário para cada usuário. Para tanto, devem oferecer, no mínimo:

– redes de APS, psicossocial, ambulatorial especializada e hospitalar;
–urgência e emergência;
– VS.

Além disso, são utilizadas como referência para **transferência de recursos** entre os municípios, distrito federal, estados e união (entes federativos). Podendo, inclusive, estar dispostas em regiões interestaduais e fronteiras entre países, neste caso, obedecendo as normas das relações internacionais.

II. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS): os entes federativos, em comum acordo, organizam e integram as ações e serviços de saúde, seguindo os princípios de regionalização e hierarquização.

São definidas responsabilidades, indicadores de saúde e suas metas, critérios para avaliação do desempenho, distribuição de recursos financeiros, fisca-

lização, e demais dispositivos importantes. No COAPS, são reconhecidas as Comissões Intergestores Tripartite **(CIT)** e Bipartite **(CIB)** e instituição da Comissão Intergestores Regional **(CIR)** as quais, em conjunto com os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional viabilizam o funcionamento do SUS de acordo com as necessidades definidas a cada gestão.

III. **Portas de Entrada:** é através delas que o paciente inicia seu tratamento no SUS, ou seja, são a AB. Ordenam o atendimento e, se necessário, o encaminhamento dos pacientes para instituições especializadas;

IV. **Comissões Intergestores:** são responsáveis por definir as diretrizes da gestão compartilhada do SUS, sendo estabelecidas em consenso entre os entes federativos;

V. **Mapa da Saúde:** relaciona a distribuição de recursos e serviços do Sistema Único de Saúde com a posição geográfica. Dessa forma, identifica as demandas da população, sendo utilizado na orientação do **planejamento integrado** dos entes federativos e no estabelecimento de metas para a saúde. É o instrumento utilizado no desenvolvimento de estratégias de saúde específicas para cada município e estado.

VI. **Rede de Atenção à Saúde:** organiza os serviços e ações do SUS em níveis crescentes, **de acordo com a complexidade**. Visa dessa maneira garantir a **integralidade**, ou seja, que a assistência se inicie e se complete na Rede de Atenção à saúde;

VII. **Serviços Essenciais de Acesso Aberto:** oferecidos para aqueles que, por agravo ou situação laboral, necessitam de atendimento específico;

VIII. **Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica:** "documento que estabelece:

- critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde;
- o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber;
- as posologias recomendadas;
- os mecanismos de controle clínico;
- o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS" (BRASIL, 2011)

IX. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e Relação Nacional de Ações e Medicamentos Essenciais (RENAME):** listam, respectivamente, todos os serviços e medicamentos oferecidos pelo SUS.

O decreto nº 7.508/11 regulamenta a Lei nº 8.080/90 e estabelece as diretrizes para seu pleno exercício, conferindo **segurança jurídica** e **transparência** das ferramentas e recursos disponíveis para o Sistema Único de Saúde. Permite, assim, que a população o conheça, usufrua de seus serviços e fiscalize seu funcionamento.

Utilizando dados para a identificação das necessidades da população, visa a otimização da **distribuição de recursos** e do **atendimento,** desde o acesso à saúde ao encaminhamento de pacientes, quando necessário.

O Ministério da Saúde produziu um vídeo informativo sobre o decreto. Você pode conferir através do link: https://www.youtube.com/watch?v=zKKko8FobA8

Regulamentação da VS

Legislação

Está regulamentada pela PORTARIA Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013/MS, com as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de VS e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Compete aos municípios:

Art. 11. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de VS e de Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I – ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, a vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco, a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde, gestão de sistemas de informação de VS em âmbito municipal que possibilitam análises de situação de saúde, as ações de vigilância da saúde do trabalhador, ações de promoção em saúde e o controle dos riscos inerentes aos produtos e serviços de interesse a saúde;

II-Coordenação municipal e execução das ações de vigilância;

III - Participação no financiamento das ações de vigilância;

IV - Normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;

V - Coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância, incluindo:

a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacio-

nal, de interesse da vigilância, de acordo com normalização técnica;
b) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual; e
c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;

VI – Coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância, nas emergências de saúde pública de importância municipal;

VII – Coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de VS sentinela em âmbito hospitalar;

VIII – Desenvolvimento de estratégias e implementação de ações de educação, comunicação e mobilização social;

IX – Monitoramento e avaliação das ações de vigilância em seu território;

X – Realização de campanhas publicitárias de interesse da vigilância, em âmbito municipal;

XI – Promoção e execução da EP em seu âmbito de atuação;

XII - Promoção e fomento à participação social nas ações de vigilância;

XIII – Promoção da cooperação e do intercâmbio técnico científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional;

XIV – Gestão do estoque municipal de insumos de interesse da VS, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XV – Provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da VS, nos termos pactuados na CIT;

b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de VS nos termos pactuados na CIB;

c) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, indicados pelos programas, nos termos pactuados na CIB; e

d) equipamentos de proteção individual – EPI – para todas as atividades de VS que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, incluindo vestuário, luvas e calçados;

XVI – Coordenação, acompanhamento e avaliação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância, no âmbito municipal;

XVII – Realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuados na CIR/CIB;

XVIII – Coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;

XIX – Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XX – Descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;

XXI – Participação no processo de implementação do Decreto nº 7.508/2011, no âmbito da vigilância;

XXII – Colaboração com a União na execução das ações sob Vigilância Sanitária de Portos, Aeroportos e Fronteiras, conforme pactuação tripartite; e

XXIII – Estabelecimento de incentivos que contribuam para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade das ações de VS.

LEI Nº 8.080/90	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
DECRETO Nº 7.508/2011	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
PORTARIA Nº 3.252/2009	(Revogada pela PRT nº 1378/GM/MS de 09 de julho de 2013).
PORTARIA Nº 1.378/2013	Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de VS e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**.**

A transição da VS entre o modelo de atenção e a política pública

A definição original de vigilância corresponde, essencialmente, à detecção, análise e disseminação de informação sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo. Ou seja, definida como observação contínua da distribuição e da tendência de incidência de doenças mediante a coleta sistemática, a consolidação e a avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação da informação a todos que necessitam conhecê-la. Assim, os elementos essenciais da atividade de vigilância, que a caracteriza e a diferencia de outras práticas de saúde pública são: (1) caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, diferente de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional; (2) foco dirigido a determinados resultados específicos procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançados; (3) utilização de dados diretamente relacionados com a prática da saúde pública, particularmente de morbidade e mortalidade; e (4) sentido utilitário e pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre elas (JUNGES & BARBIANI, 2013).

Mais recentemente, com a emergência das doenças e agravos não transmissíveis, a rotina das atividades de vigilância foi modificada, voltando-se para o monitoramento de estilos de vida, fatores de risco, e suas prevalências, tais como obesidade, tabagismo, violência, uso de drogas, e outros, para propiciar ações de saúde. Desse modo, passa-se a utilizar o conceito de VS pública**,** com definição ampliada de coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a

eventos da saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a morbidade e melhorar as condições de saúde.

Cabe destacar que a Portaria 3.252/2009 passa a descrever a composição da VS como sendo: vigilância epidemiológica; promoção da saúde; vigilância da situação de saúde; VS ambiental; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária (BRASIL, 2009). Ainda, a Portaria 1.378/2013 esmiúça estas atribuições nas seguintes linhas: vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; vigilância da saúde do trabalhador; vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde; e outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade (BRASIL, 2009).

A Portaria 1378, ao revogar a Portaria 3.252/2009, redefine os componentes da VS, regulamentando as responsabilidades de cada esfera de governo, e define novas diretrizes para a execução e o financiamento das ações relativos ao Sistema Nacional de VS (BRASIL, 2009). Em especial, algumas disposições merecem destaque, pois definem os próximos passos a serem adotados para a VS no Brasil. A portaria estabelece, por exemplo, uma disciplina normativa do Programa de Qualificação das Ações de VS, que tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de VS no âmbito estadual, distrital e municipal e é regulamentado por ato específico do Ministro de Estado da Saúde. Há, ainda, uma revisão dos valores relativos do Piso Fixo da VS (PFVS) destinados à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um dos Municípios da unidade federada. Finalmente, o texto assegura a instituição de um Grupo de Trabalho Tripartite para discussão e elaboração da Política Nacional de VS. Isto garante, além de mudanças substanciais do local que a vigilância ocupa, um caminho de governabilidade que traduz a capacidade Institucional do Executivo Federal em operacionalizar a VS.

Iniciou-se aí o processo de construção da Política Nacional de VS. Em sua origem, a proposta era a de articular e integrar todas as áreas da vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador, assim como a promoção e a análise de situação de saúde) em torno de um Sistema Nacional de VS. Neste sentido, desde a publicação da portaria 1.378/2013 e, posteriormente, com a instituição de um Grupo de Trabalho composto por representantes do CONASS, CONASEMS, SVS e ANVISA, a esfera federal tem procurado coordenar esforços para a criação de uma proposta de documento base para a

criação da Política Nacional de VS. A minuta deste documento, apresentada em 2014 em Reunião de Dirigentes no Ministério da Saúde, recebeu contribuições que foram avaliadas pelo Grupo de Trabalho e, em seguida, a versão do documento foi validada, para seguir às próximas etapas, que são a apresentação do documento para estimular a discussão com a sociedade (gestores, especialistas, profissionais e usuários) via Conferência Nacional de VS e, em seguida passar por aprovação na Comissão Intergestora Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Este documento tem como objetivo definir os fundamentos básicos da organização e das práticas da VS no Sistema Único de Saúde, com a finalidade de promover e proteger a saúde da população. Para isso, trata de organizar os princípios, as diretrizes e as responsabilidades da PNVS, procurando com isso organizar o trabalho da VS, a partir dos seus processos de trabalho (hoje distintos, como mencionado, pelas diferentes formas de operacionalizar a VS), e sua inserção na rede de atenção à saúde.

A PNVS adota alguns princípios, ou seja, bases ou fundamentos capazes de direcionar valores na esfera individual e coletiva. Alguns dos princípios são comuns aos norteadores do próprio Sistema Único de Saúde. Em particular, destacam-se a utilização da epidemiologia e do mapeamento de risco sanitário e ambiental para o conhecimento do território e o estabelecimento de prioridades nos processos de planejamento, na alocação de recursos e na orientação programática; e a articulação das ações de VS com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população (BRASIL, 2010).

Já com relação às diretrizes, ou seja, as linhas que fundamentam as ações e explicitam as finalidades da Política, destacam-se a abrangência das ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção (está se destaca pelo fato de contemporizar, trazendo como complemento ao artigo 198 da Constituição Federal, a VS ambiental e em saúde do trabalhador); a inserção das ações de VS em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na APS, como coordenadora do cuidado; e a integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública, preservando suas especificidades, compartilhando saberes e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (ou seja, reconhecer a diversidade dos processos de trabalho internos à VS, porém buscando integrá-los) (OLIVEIRA & CRUZ, 2015).

Cabe destacar que, mais recentemente, em maio de 2016, o Ministério da Saúde, através da portaria 1017/2016 convoca a 1ª Conferência Nacional de VS (CNVS), como

uma tentativa de avaliar e discutir a Política Nacional de VS, tendo como tema: "VS: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade". Espera-se que a CNVS ocorra no primeiro semestre de 2017, após etapas preparatórias que serão iniciadas no segundo semestre de 2016.

Desafios para a Política Pública de VS

Do ponto de vista de políticas públicas em saúde, reduzir as disparidades sociais tem ampla repercussão para a população, pois os benefícios se estendem além dos grupos socialmente vulneráveis (BRITO, 2008). São grandes os desafios metodológicos para o acompanhamento dessas políticas. Um aspecto relevante diz respeito às próprias medidas para avaliar e monitorar as diferenças sociais e seu impacto sobre a ocorrência das doenças.

Embora reunidas sob a égide da secretaria de VS, ainda hoje perdura a compartimentalização entre as distintas vigilâncias, apesar de terem por base princípios e processos de trabalho semelhantes. O distanciamento conceitual e operacional dificulta a atuação integrada dessas estruturas para o enfrentamento dos problemas de saúde, combinando saberes e tecnologias diversas para intervir sobre a realidade. Ademais, não propicia a integração com as outras redes do SUS (atenção e promoção da saúde) e não considera o território como lugar da produção social da saúde, onde diferentes ações (promoção, proteção e reabilitação) respondem às necessidades e aos problemas locais (ARAÚJO, 2012).

As ações de VS consideram, na análise da situação de saúde e das condições de vida, a base territorial para propor ações sobre os problemas e as necessidades identificadas. O território reúne um conjunto articulado e indissociável de objetos e ações que lhes afere dinâmica e movimento constantes. Portanto, se caracteriza como processo em permanente construção/reconstrução. A interação entre esses elementos constitutivos é mediada por relações de poder, que incidem sobre a vida cotidiana e o trabalho, indicando, para a tarefa da vigilância as possibilidades e as dificuldades de intervenção.

Há, ainda, um consenso sobre o fato de que a PNVS norteará as ações, e sua implementação requererá mudanças nas práticas já adotadas historicamente. Isto implica numa mudança da cultura organizacional, primeiramente do Ministério da Saúde, que apesar do avanço das discussões, mantem um hiato entre Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de VS; e em seguida uma mudança nas secretarias estaduais e municipais (MENDES et al., 2016).

As prioridades das políticas de saúde no Brasil baseiam-se no perfil de morbidade e mortalidade dos diversos estados e municípios do país, apresentando ampla variação de região para região. De posse das estimativas de casos incidentes, pode-se oferecer informações epidemiológicas que são fundamentais para o planejamento de ações de promoção

à saúde, detecção e diagnóstico precoces em todos os níveis. Neste sentido, reconhecer as desigualdades regionais provocadas por diferenças no desenvolvimento é fundamental para descentralizar as ações de forma que elas se tornem mais efetivas.

O espaço construído e a distribuição da população nele não possuem um papel neutro na formação dos estratos sociais. As diferenças entre os lugares, no limite, são o resultado do arranjo espacial dos modos de desenvolvimento, ou seja, são determinadas pelas necessidades sociais, econômicas e políticas. Parece razoável, portanto, a execução de estudos que utilizem o georreferenciamento como ferramenta para que possam ser observadas diferenças na distribuição espacial das taxas de doença. Ou seja, a introdução do espaço como unidade de análise no estudo demonstra a não aleatoriedade da distribuição das taxas no território, trazendo à tona uma discussão sobre o contexto socioeconômico e político diverso dos estados brasileiros, e como sua mudança se dá num contínuo temporal (ANTUNES &CARDOSO, 2015).

Esta discussão, bem como os recursos necessários para que as análises que a originam sejam realizadas, parece ser diretamente dependente da capacidade da esfera federal em estabelecer a viabilidade deste tipo de inteligência estratégica. Isto significa manter certa capilaridade para estados e municípios no que diz respeito ao acesso à tecnologia necessária, bem como a devida capacitação dos técnicos nas três esferas para ter certa homogeneidade nas formas de manter fluxo de informações e comunicação para a análise de situação de saúde integrada. Em função disso, as políticas públicas devem ser direcionadas de forma equitativa, de forma a atender as camadas com maiores demandas ao serviço, garantindo a acessibilidade, mesmo para aqueles que se valem da capacidade de mobilidade entre níveis federativos (municípios e, por vezes, estados) para resolver seus problemas de saúde (PIERANNUNZI et al, 2016).

Há, pois, uma notável oportunidade de tornar as políticas mais eficientes, considerando a aplicação da prática baseada em evidências (SIM & MACKIE, 2011). Esta parece ser a via possível para o estabelecimento de uma política pública de VS. Isto significa incluir elementos relevantes, tanto do ponto de vista quantitativo (epidemiológicas, por exemplo), quanto do qualitativo (narrativas, por exemplo), para que se possa tomar as decisões nas esferas de poder. A política pública baseada em evidência considera a análise do processo (para a compreensão das abordagens para aumentar a probabilidade da adoção de políticas), do conteúdo (para identificar elementos específicos da política que possam ser suscetíveis para serem eficazes), e dos resultados (para documentar o potencial impacto da política).

Em todas estas situações é importante lembrar de aspectos relevantes para a melhor acurácia destas evidências. Deve-se fornecer dados com maior precisão numérica, tornando

a informação mais específica, portanto, com uma evidência mais bem qualificada. Neste caso, é vital considerar a qualidade dos dados e por isso é importante um esforço adicional na correção de vieses, como o subregistro de óbitos. Além disso, a avaliação das políticas deve considerar efeitos de período, como ciclos eleitorais (donde as políticas se tornam de governo e não de Estado) e a implementação de ações específicas. Considera-se, pois, importante localizar os principais eventos marcadores das políticas, e a partir deles observar o impacto das ações.

Ainda, de uma forma geral, o processo de tomada de decisões e de elaboração de políticas pode se dar num contexto confuso, em sistemas sociais complexos, que se revestem não só de tecnologia (ou da falta dela), mas em normas culturais que podem restringir o acesso aos serviços de saúde, seja ele de ordem geográfica ou institucional (PINTO et al., 2014).

Finalmente, é preciso compreender a importância da ação conjunta de diversas disciplinas, para que a decisão tomada seja adequada ao território onde será implementada. É preciso considerar a multiplicidade de fatores envolvidos no sucesso de uma política, e para que estes fatores possam ser elencados e conectados de forma correta, é preciso que a equipe envolvida na tomada de decisão possua múltiplos olhares, com expertise na área da saúde, e qualificadas em demografia, estatísticas oficiais e políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 abr 2021.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 22 abr 2021.

PAIM, J. S. (org). **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. *E-book*. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo. Acesso em 22 abr 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL. **Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a pro-

moção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).

REIS, Denizi de Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Sistema Único de Saúde**: histórico, diretrizes e princípios (unifesp.br). Unifesp/UNA-SUS. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade02/p_04.html. Acesso em 12 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Regionalização da Saúde** – O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/regionalizacao_saude_decreto_7508.pdf. Acesso em 12 de junho de 2021.

PAIVA, Carina. **Entendendo o Decreto 7.508.** Rede Humaniza SUS. Disponível em: https://redehumanizasus.net/90338-entendendo-o-decreto-7508/. Acesso em 14 de junho de 2021.

SOUSA, Emília Alves. **Decreto 7.508:** Um avanço na organização e resolutividade do SUS. Rede Humaniza SUS. Disponível em: https://redehumanizasus.net/62834-decreto-7508-um-avanco-na-organizacao-e-resolutividade-do-sus/. Acesso em 14 de junho de 2021.

JESUS, Diane Carlos. **Decreto 7508/11**. Rede Humaniza SUS. Disponível em: https://redehumanizasus.net/95407-decreto-750811/. Acesso em 14 de junho de 2021.

CONGRESSO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 28, 2014, Ubatuba. **Implementação dos Dispositivos do Decreto 7.508/11**. Disponível em: http://www.cosemssp.org.br/downloads/DESAFIOS-DIA2-OMARCOJURIDICOLEGALDODECRETON7508-FERNANDATERRAZAS.pdf. Acesso em 14 de junho de 2021.

MENDES, T.K.A., OLIVEIRA S.P., DELAMARQUE E.V., SETA, M.H. **Reestruturação da gestão das vigilâncias em saúde em alagoas**: a precarização da formação e do trabalho. Trab. educ. saúde 2016; 14(2):421-443.

JUNGES JR, Barbiani R. **Interfaces entre território, ambiente e saúde na APS**: uma leitura bioética. Rev. Bioét. 2013; 21(2):207-217.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de VS. Diário Oficial da União 2009; 23 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de VS pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de VS e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União 2009; 10 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de VS**. Instrutivo para a programação das ações do Sistema Nacional de VS**. Brasília: MS; 2012. [acessado 2016 abr 10]. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da VS**. Brasília: MS; 2010.

OLIVEIRA CM, CRUZ MM. Sistema de VS no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate** 2015; 39(104):255-267.

ARAÚJO JD. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2012; 21(4):533-538.

ANTUNES JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2015; 24(3):565-576.

PIERANNUNZI C, Xu F, WALLACE RC, GARVIN W, GREENLUND KJ, BARTOLI W, FORD D, EKE P, TOWN GM. A **Methodological Approach to Small Area Estimation for the Behavioral Risk Factor Surveillance System**. Prev Chronic Dis 2016; 13:E91.

SIM F, MACKIE P. **What evidence of evidence-based public policy?** Public Health 2011; 125(1):1-2.

PINTO JUNIOR VL, CERBINO NETO J, Penna GO. The evolution of the federal funding policies for the public health surveillance component of Brazil's Unified Health System (SUS). **Cien Saude Colet** 2014; 19(12):4841-4849.

UNIDADE TEMÁTICA

III

OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Objetivo de aprendizagem: caracterizar os Sistemas de Informação da Saúde.

Os (SIS) são constituídos por vários subsistemas e se caracterizam como instrumentos compostos por uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informações, envolvendo os processos de seleção, coleta, classificação, armazenamento, análise, divulgação e recuperação de dados, o que permite facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2005; FRANCO, 2021; BVS MS 2021).

Os SIS requerem a obtenção de dados e a produção de informações, que se configuram como pontos principais para o planejamento, execução, monitoramento e a avaliação da atenção à saúde. Os dados compreendem as medidas objetivas das características de pessoas, lugares, coisas e eventos, enquanto as informações referem-se aos dados processados e convertidos em um contexto significativo e em usos específicos (CUNHA; VARGENS, 2017).

A coleta de dados refere-se à primeira etapa da produção da informação e se completa com o registro imediato do que foi coletado, por meio de formulários físicos ou eletrônicos. Quando registrado em formulário físico (papel), caracteriza-se documento de comprovação de fatos e de eventos e deve ser arquivado (CUNHA; VARGENS, 2017). Essa etapa da produção de informações torna-se a mais importante, pois se o dado não atender aos requisitos de qualidade, as etapas subsequentes ficam comprometidas, prejudicando suas análises, encaminhamentos e decisões.

Os SIS têm, basicamente, o objetivo de aquisição de conhecimentos para fundamentar a gestão dos serviços (BRASIL, 2009) e um dos seus objetivos centrais, na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, tomando como referencial microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença (BRASIL, 2005).

Abaixo iremos discorrer sobre seis sistemas (SIM, SINASC, SI-PNI, SISÁGUA, SIVEP-Malária e SINAN) que fazem parte dos SIS, abordando os principais pontos desses sistemas, com o intuito de apresentar ao leitor suas finalidades e aplicações.

Sistema de Informação sobre Mortalidade

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), criado pelo Ministério da Saúde em 1975, com o objetivo de obtenção regular de dados sobre mortalidade no país, possibilita a padronização e uniformização dos dados relativos às mortes notificadas e registradas, além de identificar as principais variáveis importantes para a saúde pública, como a causa básica do óbito e sua categorização por faixa etária, local de residência e ocorrência do óbito, o que subsidia o processo de priorização de ações preventivas e permite maior confiabilidade na elaboração de coeficientes de mortalidade infantil e taxas de mortalidade específica (BRASIL, 2009; UNA-SUS/UFMA, 2016; BRASIL, 2021).

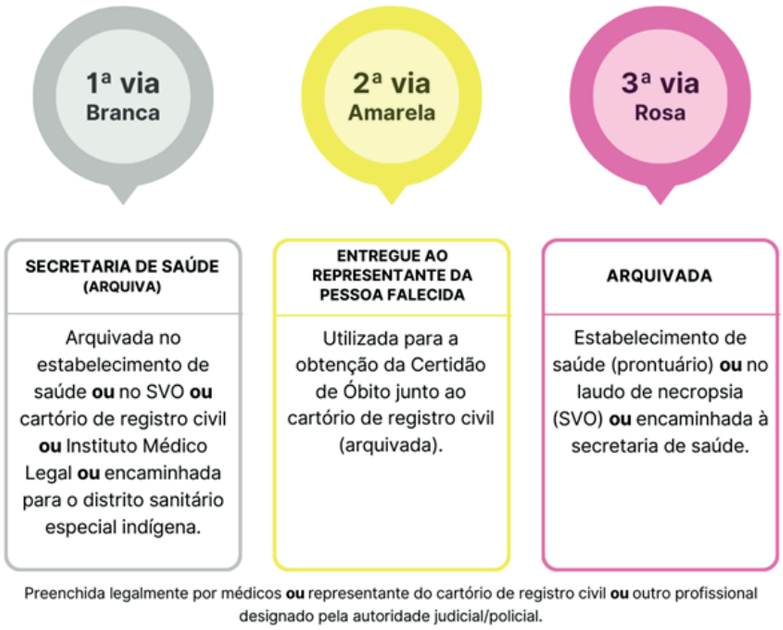
Com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos, o SIM possui um ambiente de compartilhamento de informações on-line e utiliza como instrumento padronizado de coleta de dados a Declaração de Óbito (DO), sendo preenchida, em três vias pré-numeradas sequencialmente, nas unidades notificadoras (estabelecimentos e serviços de saúde, institutos médico-legais e serviços de verificação de óbitos - SVO) e coletadas, regularmente, pelas secretarias municipais de saúde (SMS). O fluxo da DO varia em razão das características do óbito ou do local de seu evento (outros estabelecimentos de saúde, via pública, hospital, domicílio ou outro) (BRASIL, 2022).

Figura 1. Variáveis contidas na Declaração de Óbito.



Fonte: BRASIL, 2022.

Figura 2. Fluxo da Declaração de Óbito.



Fonte: Adaptado (BRASIL, 2022)

O SIM constitui-se como uma ferramenta fundamental na gestão de dados, contribuindo para a qualidade das informações, além de auxiliar a tomada de decisão em várias áreas da saúde, produção de estatísticas de mortalidade, construção dos principais indicadores de saúde, análises estatísticas, epidemiológicas e sociodemográficas, planejamento de ações e políticas públicas nas três esferas de gestão.

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

O Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado a partir de 1990, com o intuito de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos em âmbito nacional (SINASC, 2021), possui como documento base que alimenta o sistema a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que aborda uma série de informações sobre a mãe, o pré-natal, parto e o recém-nascido (PAIVA et al., 2011; BRASIL, 2022).

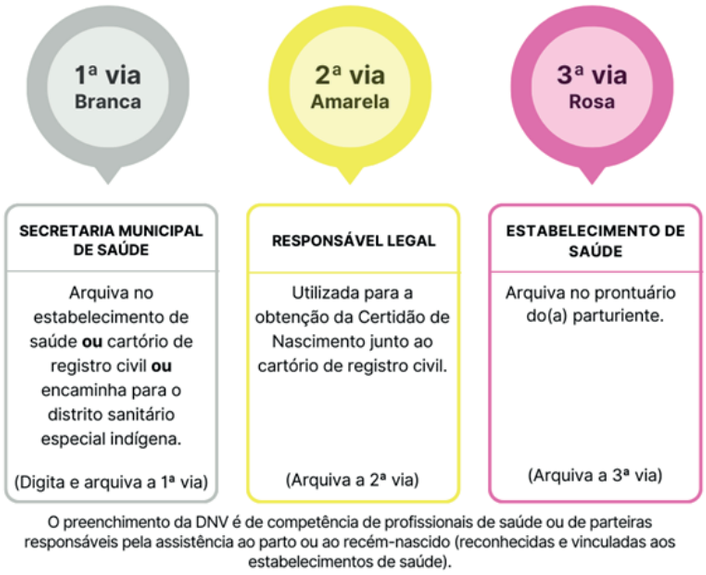
A DNV deve ser preenchida para todos os nascidos vivos, que depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente sinal de vida (batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária) estando ou não desprendida a placenta. E em casos de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DNV para cada criança nascida viva (DATASUS, 2021; BRASIL, 2022).

O preenchimento da DNV é realizado em três vias numeradas, com controle da distribuição entre os estabelecimentos de saúde, cartórios de registro civil e parteiras (reconhecidas e vinculadas à unidade de saúde) sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, com distribuição para os municípios sob atribuição das Secretarias Estaduais de Saúde e emissão para os estados pelo Ministério da Saúde. O fluxo da DNV varia em razão das características do nascimento ou do local de seu evento (hospital, domicílio, outros estabelecimentos de saúde, aldeia indígena e outros) (SESAB, 2019; BRASIL, 2022).

Figura 3. Variáveis contidas na Declaração de Nascidos Vivos.



Figura 4. Fluxo da Declaração de Nascidos Vivos.



Fonte: Adaptado (BRASIL, 2022)

O SINASC proporciona uma fonte de informações relevantes sobre a saúde materno infantil, que permite o monitoramento da situação de saúde deste grupo, além de permitir obter a declaração de nascimento informatizada, geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos, retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente, controle de distribuição das declarações de nascimento (Municipal, Regional, Estadual e Federal), dentre outras funcionalidades (OLIVEIRA et al., 2015; SINASC, 2021).

Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações

O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) desenvolvido em 2010 pelo DATASUS-RJ, é responsável por organizar a Política Nacional de Imunização (PNI) e visa o controle e a erradicação de doenças imunopreveníveis, além de manter a intercomunicação de sistemas paralelos e disponibilizar dados acerca da cobertura vacinal no país (SILVA et al., 2021; DATASUS, 2022).

Em 2018, tornou pública a integração entre o SI-PNI e a estratégia e-SUS Atenção Básica (AB) através da Nota Informativa nº 47/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS, com o intuito de subsidiar o acompanhamento das equipes de saúde acerca do histórico de imunização da população e promover melhorias nos registros de vacinação (BRASIL, 2018; BRASIL, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (2020), o SI-PNI tem por finalidade o registro e disponibilidade sobre os dados vacinais dos brasileiros e a movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinação, em conjunto à redução dos erros referentes à imunização. Nesse contexto, a incorporação gradativa do sistema para a estratégia e-SUS AB permite reduzir o retrabalho dos profissionais de saúde em relação ao registro e acesso aos dados do PNI, subsidiando a regularidade e oportunidade na transmissão de dados para a base nacional, de forma a qualificar as informações sobre imunização no país (BRASIL, 2019; SILVA et al., 2021).

Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano

O Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISÁgua) é um instrumento do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para consumo Humano (Vigiágua) que auxilia no gerenciamento de riscos à saúde associados à qualidade da água destinada ao consumo humano, como parte integrante das ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde (BRASIL, 2016).

A vigilância da qualidade da água para consumo humano (Vigiágua) tem como objetivo os aspectos abordados anteriormente e, de modo geral, apresenta duas abordagens, a primeira tem caráter preventivo e rotineiro, seu principal objetivo é manter, de forma sistemática e permanente, a avaliação de riscos à saúde humana de cada sistema e/ou solução alternativa de abastecimento, por meio de informações estratégicas que incluem:

- Ocupação da bacia contribuinte;
- Histórico das características da água bruta;
- Estrutura física dos sistemas;
- Práticas operacionais e de controle da qualidade da água e;
- Histórico da qualidade da água ofertada à população (BRASIL, 2016).

A segunda possui caráter investigativo, caracterizando-se pela atuação em situações de emergências e surtos relacionados a doenças de transmissão hídrica, em conjunto com as vigilâncias epidemiológica e sanitária, visando a identificação do agente patogênico ou substância química determinante e respectiva fonte de exposição, além de possibilitar a adoção de medidas para controle do agente e mitigação dos riscos à saúde da população (BRASIL, 2016).

Com base nesses dados, espera-se identificar possíveis erros ou fragilidades e executar medidas de controle ou ações corretivas que apresentarem-se como necessárias, assim como associar agravos à saúde e situações de vulnerabilidade do sistema (BRASIL, 2016).

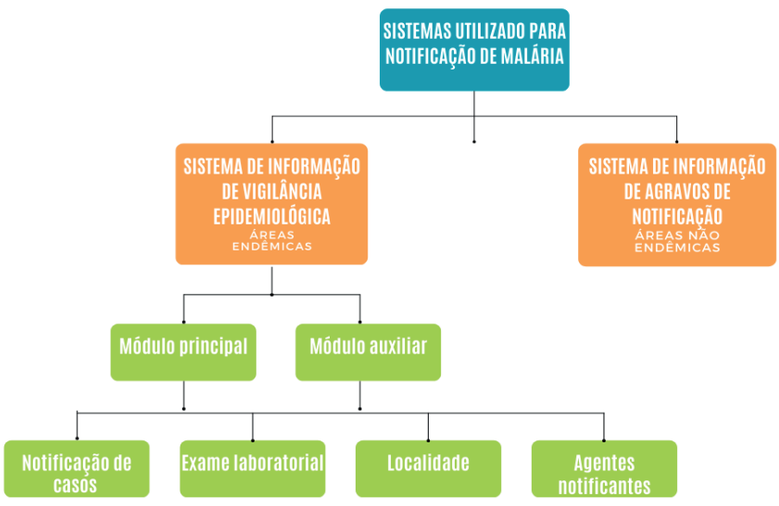
Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica (Sivep-Malária)

O Sistema de informação através do Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM) objetiva evitar o surgimento de epidemias localizadas, reduzir a incidência e a gravidade da malária e, por consequência, o número de internações e óbitos resultantes (BRASIL, 2020).

Para que esses objetivos sejam alcançados, delinearam-se estratégias baseadas no diagnóstico precoce e tratamento imediato em conjunto com intervenções seletivas para o controle vetorial, detecção oportuna de epidemias e envolvimento municipal nas medidas de controle (BRASIL, 2020).

Tais estratégias são desenvolvidas com o auxílio de sistemas de informação que são capazes de potencializar acertos nas decisões relativas ao direcionamento das intervenções. Dessa forma, vigilância entomológica de vetores e vigilância de casos devem estar integradas de modo a propiciar o sucesso das ações de controle (BRASIL, 2020).

Figura 5. Fluxograma sobre o sistema utilizado para notificação de Malária



Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi formulado com a finalidade de coletar, transmitir e disseminar os dados sobre agravos de notificação no âmbito nacional, possibilitando obter informações e apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (LAGUARDIA et al., 2004; BRASIL, 2006).

As informações que compõem o SINAN referem-se às notificações e investigações de casos de doenças e agravos, que compõem a lista nacional de doenças de notificação compulsória, sendo facultativo aos Estados e Municípios incluir outros problemas de saúde presentes em sua região (PORTAL SINAN, 2021).

Os dados são coletados por meio da ficha de notificação, com modelo padronizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que deve ser impressa em duas vias pré-numeradas, sendo que a primeira via deve ser enviada pela Unidade de Saúde ao local no qual será feita a digitação. Entretanto, se a Unidade de Saúde não dispuser de acesso à internet, a segunda via deverá ser arquivada na própria unidade (BRASIL, 2006).

A utilização do SINAN de forma efetiva possibilita a realização de um diagnóstico dinâmico, quando da ocorrência de um evento, o que fornece subsídio para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, bem como permite identificar os riscos aos quais estão sujeitos os indivíduos de uma população, funcionando como uma pré-condição para identificar, planejar e executar ações que contemplem a da realidade epidemiológica de cada Estado e/ ou Município (CUNHA; VARGENS, 2017; PORTAL VS, 2021).

O sistema garante maior autonomia aos municípios para a elaboração de relatórios epidemiológicos, permitindo avaliar e planejar ações específicas de acordo com os agravos e doenças presentes em cada região (CUNHA; VARGENS, 2017).

REFERÊNCIAS

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Ministério da Saúde. **Informações Estratégicas**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php. Acesso em 31 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica.** Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, 6. ed., Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação– SINAN: normas e rotinas.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano**. 2016. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/06/diretriz-nacional-planoamostragem-agua.pdf. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual De Procedimentos De Entrada De Dados Do Sistema De Informação De Vigilância Da Qualidade Da Água Para Consumo Humano (Sisagua)**, jan. 2016. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/08/Manual-de-procedimentos-de-entrada-de-dados-do-Sisagua---Vigilncia.pdf. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0588_13_08_2018.html. Acesso em 05 de jun de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA INFORMATIVA Nº 47/2018 -CGPNI/DEVIT/SVS/MS:** Integração entre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e a Estratégia e-SUS Atenção Básica (AB). Ministério da Saúde: Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, Brasília, 22 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **OFÍCIO CONJUNTO CIRCULAR Nº 2/2019/SVS/MS:** Integração entre as bases de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) da Estratégia e-SUS Atenção Básica (AB) e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI). Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transição de registro do SIPNI para eSUS APS encerra em 31 de julho.** Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, 24 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde - Sistema de Informação para o Controle da Malária no Brasil.** 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/10006000982.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de**

Notificação. SINAN, Normas e Rotinas, 2007. Disponível em: https://www.google.com/url?q=http://portalsinan.saude.gov.br/images/documento/

Aplicativos/sinan_net/Manual_Normas_e_Rotinas_2_edicao.pdf&sa=D&ust=160579

5241599000&usg=AOvVaw1z4jraoF8p4SbvPJfzb-cP. Acesso em: 19 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento.** Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Declaração de Nascido Vivo: manual de instruções para preenchimento.** Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações do PNI**. DATASUS: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. Disponível em: http://pni.datasus.gov.br/ acesso em 18 mar. 2022.

CUNHA, E. M.; VARGENS, J. M. C. **Sistemas de Informação do Sistema** Único **de Saúde**. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. Técnico de vigilância em saúde: fundamentos: volume 2. EPSJV, 2017.

DATASUS. **Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC**. Apresentação. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702. Acesso em 03 de junho de 2021.

FRANCO, J. L. F. **Sistemas de Informação em Saúde**. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade08/p_04.html#:~:text=Os%20Sistemas%20de%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20da,divulga%C3%A7%C3%A3o%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o%20de%20dados. Acesso em 31 de maio de 2021.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 13, v. 3, p. 135 – 147, 2004.

OLIVEIRA, et al. **Redes de atenção à saúde: a atenção** à **saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão, São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2015.

PAIVA, N. S. et al. Sistema de Informações Sobre Nascidos vivos: um estudo de revisão. **Cien Saude Colet**. v. 16, Supl. 1, p. 1211-1220, 2011.

SESAB. **Declaração de Nascido Vivo: Importância do Preenchimento Correto.** 2019. Disponível em: http://online.fliphtml5.com/yzuna/vcln/#p=1. Acesso em: 13 dez. 2020.

SILVA, ET AL. Avaliação do Programa de Vigilância do Programa Nacional de Imunizações – Módulo do Registro do Vacinado, Brasil, 2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO– SINAN. **O SINAN**. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/. Acesso em 03 jun. de 2021.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS-SINASC. Apresentação. Disponível em: http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/apresentacao. Acesso em 03 de dezembro de 2021.

CUNHA, E. M.; VARGENS, J. M. C. **Sistemas de Informação do Sistema** Único **de Saúde**. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. Técnico de vigilância em saúde: fundamentos: volume 2. EPSJV, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UFMA. **Redes de atenção à saúde: a atenção** à **saúde organizada em redes**. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.

UNIDADE TEMÁTICA

IV

POLÍTICAS INFORMADAS POR EVIDÊNCIAS – PIE

Objetivo de aprendizagem: reconhecer a importância das evidências bem construídas para guias a elaboração de políticas públicas em saúde.

As Políticas Públicas de Saúde são elaboradas para garantir o sucesso das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Mas, para a elaboração de tais políticas é preciso entender dois pontos fundamentais: 1) o que precisa de intervenção e 2) o que se deve fazer para melhorar a qualidade da saúde. Estes dois pontos são fundamentais e orientados pelas pesquisas científicas, traduzidas para o fortalecimento e capacitação dos profissionais e das instituições intersetoriais de saúde (BRASIL, 2015).

Com o intuito de fortalecer os serviços e garantir a melhoria da qualidade das práticas de saúde, é preciso conhecer os melhores métodos científicos e aplicar as ações mais eficazes no contexto real de cada local. Para isso, dois atores estarão envolvidos no processo de disseminação, tradução e aplicação ética do conhecimento para melhorar as ações e serviços de saúde, são eles: quem pesquisa (pesquisador) e quem aplica o que foi pesquisado (tomador de decisão) (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020).

Dessa forma, as pesquisas científicas em saúde pública, fazem parte de um dos fatores que influenciam as estratégias de saúde realizadas por profissionais e gestores dos diversos setores, auxiliando-os na tomada de decisão para melhorar a qualidade dos serviços de saúde ofertados, além do fortalecimento do SUS (BRASIL, 2015).

Uma evidência científica nada mais é do que a prova rigorosa, baseada nos métodos aprovados pela ciência, que auxilia na conclusão sobre um tema e pode garantir a assertividade de uma tomada de decisão. As evidências compreendem dados, relatos e observações que necessitam ser testadas em determinados contextos, para provar sua aplicabilidade, assim como serem julgadas sobre sua influência na solução dos problemas locais (BRASIL, 2014; BRASIL, 2020).

Diante disso, o movimento de tradução do que se pesquisou para a aplicação real desse conhecimento na prática de trabalho, envolve a busca pelas mais relevantes, confiáveis e atualizadas evidências. Essa busca é sistemática e feita a partir da escolha da melhor evidência científica para aplicação prática, sendo necessária a avaliação do desenho de estudos, dos possíveis vieses, de sua precisão e da força de associação que é reportada, pois nem toda evidência possui o mesmo grau de confiabilidade (RAMOS e SILVA, 2018; BRASIL, 2020).

Cabe destacar que, o uso de evidências na formulação de políticas públicas teve seus primeiros relatos por volta dos anos de 1990, sendo aplicadas a princípio na medicina, logo após a Segunda Guerra Mundial, e a partir dos anos 2000 apresentou grande expansão nos diversos campos do saber. Tal prática surgiu com o intuito de identificar

as melhores estratégias ("o que deu certo"), que aproximasse da melhor evidência e se baseasse no uso de dados e informações de pesquisas científicas, realizadas de forma rigorosa e sistemática, para a implementação nos serviços de saúde, bem como na formulação ou no aprimoramento de Políticas Públicas Informadas por Evidências (PPIE) (BRASIL, 2015; COSTA e SILVA, 2016; BARON, 2018; BRASIL, 2020).

Dessa forma, o objetivo desta unidade, é guiar o aluno ao entendimento e prática da busca por evidências científicas, que auxiliarão os serviços de saúde em quaisquer áreas e departamentos dentro do SUS. E assim, transformar a informação pesquisada em aplicação prática no cotidiano de gestores e servidores da saúde.

ESTRUTURA E APLICABILIDADE DE UMA EVIDÊNCIA

Como mencionado anteriormente, a busca por evidências requer um processo objetivo e transparente para avaliá-las, adaptá-las e aplicá-las de forma eficaz. E quando se fala em evidências, estas não se destinam apenas a formuladores de políticas governamentais, mas também a trabalhadores de saúde, usuários dos serviços, gestores federais, estaduais e municipais, bem como a qualquer outro grupo de interesse do processo decisório (BRASIL, 2020).

Assim, pode-se afirmar que a busca por evidências científicas tem sua maior aplicabilidade no desenvolvimento de políticas públicas e na aplicação na prática diária do profissional de saúde, como forma de aprimorar seus conhecimentos e mantê-lo atualizado. Essa prática é uma abordagem que envolve a definição de um problema, sendo as necessidades do paciente também incorporadas, como aspectos essenciais, para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

No entanto, cabe destacar que a evidência é apenas um dos fatores que podem influenciar o processo no qual as práticas de trabalho são feitas. Sendo assim, necessita-se de um passo-a-passo para facilitar a pesquisa. E um dos pontos primordiais se inicia com a descrição de um problema, para então selecionar-se as melhores evidências disponíveis para explicar o tamanho e a natureza do problema.

A partir dessa seleção é possível descrever as prováveis opções para solucionar o problema, observar informações sobre obstáculos potenciais e estratégias para lidar com esses obstáculos (BRASIL, 2020).

Os pontos principais para encontrar evidências científicas sobre temas em saúde incluem:

1. Identificação, caracterização e descrição da questão-problema;
2. Busca e seleção da melhor evidência científica;

3. Análise crítica das evidências;
4. Tomada de decisão.

1 - Identificação, caracterização e descrição da questão-problema em saúde

O primeiro passo para se estabelecer uma questão-problema de modo consistente é identificar a sua origem e os principais pontos que chamam a atenção para ele, sua magnitude e causa, além de responder 4 questionamentos básicos, conforme o descrito na Figura 1 abaixo (RAMOS e SILVA, 2018).

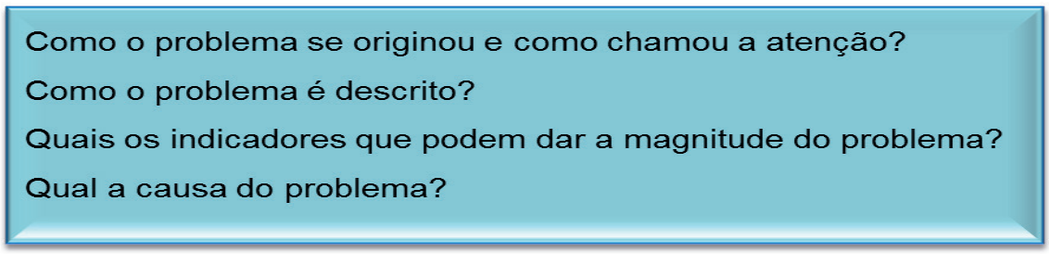


Figura 1. Ramos e Silva, 2018.

Para uma identificação eficaz dos problemas é de extrema importância conhecer o território no qual o problema se originou, isso pode ser conseguido por meio de mapeamentos geográficos, conhecimento das dinâmicas sociais, culturais, ambientais, econômicas e das instalações locais para serem reconhecidos os aspectos epidemiológicos de saúde em questão. O profissional que deseja identificar a realidade de saúde da sua comunidade, deve fazer um diagnóstico situacional, por meio de consultas, demandas e reuniões com participação de outros atores sociais (LACERDA, 2016; BRASIL, 2020).

Dessa maneira, deve-se pensar como o problema é descrito e identificar as opções para resolvê-lo e, cabe ressaltar que, este passo parece fácil, porém como destacado por Ramos e Silva (2018) requer atenção, pois é algo que deve ser realizado com calma. Caso este item seja mal definido pode comprometer ou atrasar a elaboração das demais fases.

Portanto, uma questão-problema nada mais é do que uma situação em que há uma ocasião real (ou insatisfatória) que não se encaixa na ideal (o que se pretende alcançar) (LACERDA, 2016).

Um exemplo de identificação do(s) problema(s) de saúde da população baseia-se nas causas mais comuns e/ou frequentes causas de morbidades e mortalidade, geral-

mente encontradas através de indicadores de saúde, dados de vigilância epidemiológica dentro dos sistemas de informação (tais como o SINAN, SIM, SINASC, SIAB e outros), observando-se também as mais frequentes queixas de saúde da comunidade (LACERDA, 2016; ANDERMANN et al., 2016).

Assim, incluem-se como fonte de pesquisa documentos governamentais, estudos coletados pelo governo ou estudos que descrevam e analisem os mecanismos ou as estratégias de implementação. Nesses casos, as fontes de informação são altamente variáveis e podem ser difíceis de serem localizadas, o que requer uma estratégia de busca sistemática (revisão de literatura científica) (RAMOS e SILVA 2018).

Para elencar os problemas há diversas ferramentas de auxílio, uma delas é o uso de uma árvore explicativa e uma análise para a priorização dos problemas e ações (Figura 2).



Figura 2. Ilustração da árvore de planejamento.
Fonte: Planejamento na Atenção Básica, Lacerda (2016).

A árvore de problemas é um método rápido e simples de demonstração do problema-causa-consequência, porém há diversos outros métodos de identificação e priorização das questões.

Após a identificação do problema central, recomenda-se produzir a árvore de objetivos (Figura 3), transformando as principais causas em objetivos específicos ideais para o futuro. Deste modo, os objetivos específicos expressam o que é necessário fazer para cumprir o objetivo geral (LACERDA, 2016).



Anotações

ATIVIDADE

CURSISTA _____

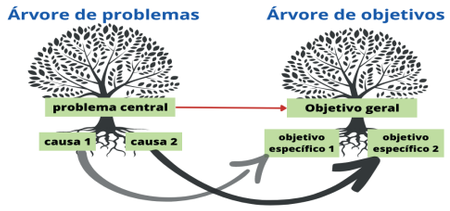
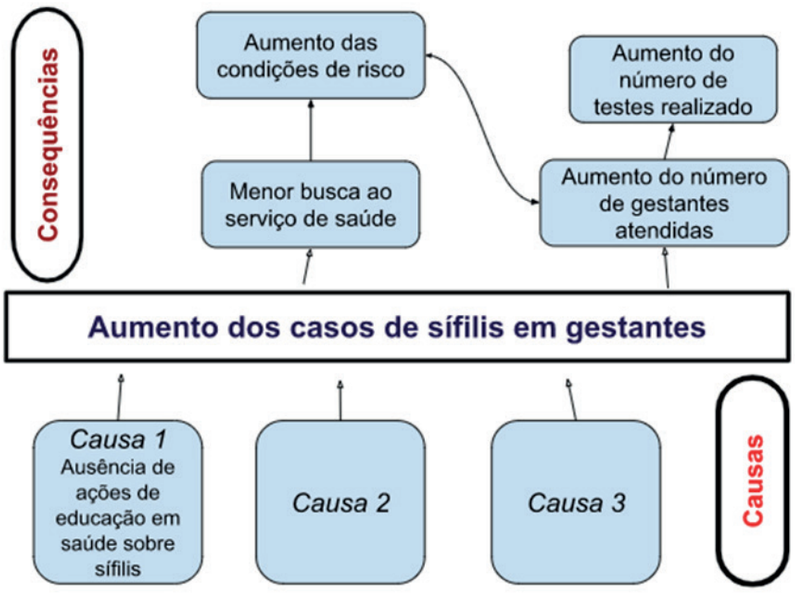


Figura 3. Ilustração das árvores dos objetivos.
Fonte: Planejamento na Atenção Básica, Lacerda (2016).

Dentre outras matrizes usadas no planejamento de identificação e priorização dos problemas de saúde, podemos citar: a Matriz de Priorização de Problemas do Sistema de Saúde - RUF-V (Relevância, Urgência, Factibilidade e Viabilidade); Matriz de Priorização de Problemas de Saúde da População - MTV/C (Magnitude, Transcendência, Vulnerabilidade e Custos), Matriz SWOT (Strengths-forças, Weaknesses-fraquezas, Opportunities-oportunidades, Threats-ameaças) para análise de viabilidade, entre outras (BRASIL, 2020).

Destacamos que para a identificação e priorização de problemas deve-se conhecer também os fatores políticos, através de um processo de construção coletiva, envolvendo uma ampla gama de atores sociais interessados em mudar uma dada realidade, ou possuidores de um mesmo objetivo.

1. Pensando na identificação de problemas relacionados com o público materno-infantil, uma equipe de atenção primária à saúde levantou dados da região e observaram um aumento no número de gestantes com testes positivos para sífilis. Após o diagnóstico desta situação, a equipe decidiu verificar as possíveis causas. Pensando como um dos membros da equipe, faça o preenchimento das causas 2 e 3 para a problematização abaixo:



a) CAUSA 2
b) CAUSA 3

2. Leia o caso clínico a seguir e reflita sobre as duas questões acerca da problematização:

NSO, 63 anos, sexo masculino, obeso, portador de diabetes tipo 2 de difícil controle, é encaminhado pela rede de atenção básica para consulta com especialista. Faz uso de metformina e insulina rápida + NPH. Realizou alguns exames laboratoriais a pedido do endocrinologista. Na ocasião da consulta, ao analisar os exames, o médico observou, dentre outros resultados, níveis aumentados da glicemia de jejum (251 mg/dL – VR: até 99 mg/dL) e de hemoglobina glicada (8,5% – VR: até 5,6%). Entretanto, ao avaliar o exame de urina (EAS, urina tipo 1), observou que o resultado foi negativo. Em conversa com a equipe que trata o senhor NOS na Unidade Básica de Saúde discutiram a possibilidade da utilização do novo medicamento (TIRZEPATIDA) para melhorar o controle glicêmico do paciente.

A) Qual a questão clínica para a busca de evidências?

B) Descreva os 4 questionamentos básicos para formulação da questão-problema?

2 - Como buscar a melhor evidência científica?

As evidências buscam auxiliar o profissional de saúde a solucionar os problemas encontrados em determinada localidade. Mas como vamos saber se o problema que encontramos tem solução?

O segundo passo, então, é a seleção dos estudos sobre o problema identificado. Mas se apenas pesquisarmos no Google sobre um questionamento de saúde nos aparecerão milhares de sites com informações sobre o assunto. Por isso, essa etapa é a otimização da busca pelas melhores evidências, através de estratégias e ferramentas que facilitam e afunilam o mar de conhecimento disponível.

E entre as estratégias mais adotadas para identificação das evidências, destaca-se a estratégia PICO, conforme descrito na Figura 4.

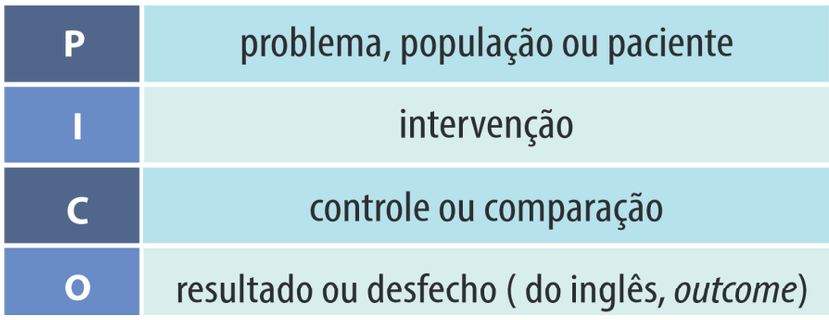


Figura 4: Ilustração da descrição do acrônimo PICO
Fonte: Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas (2020).

A estratégia PICO é aplicada para facilitar o que realmente a pergunta de pesquisa deve especificar, portanto uma pergunta de pesquisa bem construída proporciona a definição das evidências necessárias para abordar a questão e maximiza a recuperação de pesquisas nas bases de dados na literatura (SANTOS e GALVÃO, 2014).

Cabe ressaltar que existem algumas variações do acrômio PICO, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Variações do acrônimo PICO.

Acrônimo	Definição
PICO	P - paciente, problema I - intervenção C - comparador O - resultado
PECO	P - paciente, problema E - exposição, fator de risco ou prognóstico C - comparador O - resultado

PICOT	P - paciente, problema I - intervenção C - comparador O - resultado T - tempo
PCC	P - paciente, problema C - Conceito C - Contexto

Fonte: Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas (2020).

Logo após estruturar a questão de pesquisa, o próximo passo é dar início ` busca dos estudos nas bases de dados (conjuntos de revistas científicas com publicações de pesquisas, muitas delas disponíveis gratuitamente e online).

O objetivo dessa busca é abranger o máximo de artigos possíveis sobre um tema, em bases de dados que concentrem os resultados científicos provados por pesquisadores da área da saúde. A saúde, por sua vez, é a área com uma das melhores e mais estruturadas bases de conhecimento, as principais estão citadas na Figura 5 e detalhadas no Quadro 2.

Já que se priorizam estudos produzidos pela comunidade científica, deve-se priorizar incluir estudos de revisão sistemática (RS). Caso não existam RS sobre o tema, deve-se priorizar estudos com outros delineamentos metodológicos e, se ainda assim não houver estudos que abordem o tema investigado, recomenda-se pautar tal temática como prioridade local e notificar os órgãos de fomento para sanar a demanda (BRASIL, 2020).

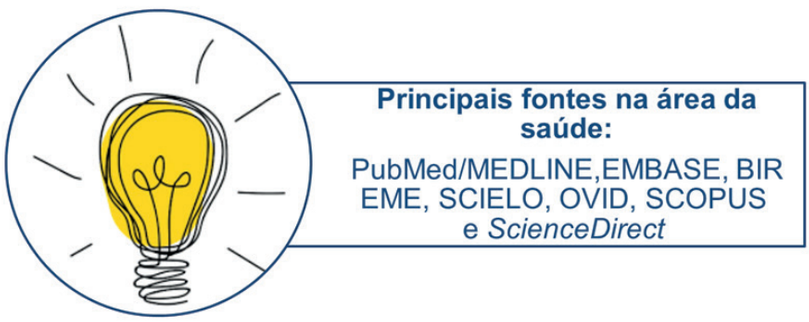


Figura 5: Principais fontes de busca na área da saúde.
Fonte: Elaborada pelo autor.

Quadro 2. Definição das Bases de Dados

Bases de Dados *Online*	Definição
PubMed/MEDLINE	Compreende na base de dados do governo dos Estados Unidos por meio de um sistema de acesso livre a uma coleção de literatura biomédica, ciências da vida e livros on-line no idioma inglês. A mais importante é a base de dados Medline, oferece o link para o texto completo dos artigos, quando disponibilizado pelas revistas, bem como filtros para diferentes tipos de estudos Link de acesso: https://www.ncbi.nlm A MEDLINE/PubMed, contém uma interface para a inserção direta dos componentes da estratégia "PICO" (http://askmedline.nlm.nih.gov/ask/pico.php).
EMBASE	É um sistema de informação com acesso pago, que reúne mais de 31 milhões de documentos da área biomédica, como artigos de revistas científicas e resumos de anais de congressos e conferências. EMBASE complementa a Medline. Link de acesso: https://embase.elsevier.com/home-page
BIREME	É o Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), espaço de integração de fontes de informação em saúde que promove o acesso amplo e democratico à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe. É desenvolvido e operado pela BIREME nos idiomas inglês, português e espanhol. Link de acesso: http://bvsalud.org/ ou http://lilacs.bvsalud.org/
SCIELO	A Scientific Electronic Library Online é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Proporcionar um amplo acesso a coleções de periódicos como um todo, bem como aos textos completos dos artigos. Link de acesso: http://www.scielo.br/
OVID	Ovid é conhecido como líder global em soluções e informações médicas pesquisadas, com mais de 12.500 agilizando o acesso à MEDLINE. Link de acesso: https://www.ovid.com/
SCOPUS	Combina e compõe base de dados de citações e resumos da literatura acadêmica nas mais variadas disciplinas. Link de acesso: https://www.scopus.com/
ScienceDirect	ScienceDirect combina textos científicos completos, técnicos e publicações da área de saúde. Link de acesso: https://www.sciencedirect.com/

Fonte: Adaptado de Toma (2017).

Depois desta fase, o próximo passo é avaliar a qualidade metodológica dos estudos através de ferramentas adequadas, sendo necessário observar os níveis de evidência que remetem ao grau de confiança dos estudos, os quais dizem respeito à qualidade metodológica dos mesmos (LENTINI-OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, tem-se a revisão sistemática da literatura como o tipo de estudo com maior grau de evidência/confiança. E quando há ausência de RS sobre determinado tema, faz-se necessário conferir, na sequência, os ensaios clínicos randomizados (com mais de mil pacientes e com menos de mil pacientes), os estudos coorte, caso-controle, série de casos, relato de casos, e por último, opinião de especialistas e pesquisas em animais ou *in vitro*, conforme Figura 6 (LENTINI-OLIVEIRA, 2010).



Figura 6. Níveis de evidência científica baseados na qualidade metodológica dos estudos.
Fonte: Módulo Pedagógico: Práticas clínicas baseadas em evidências (2010).

Após entendermos como pesquisar e onde encontrar as pesquisas, ainda assim teremos milhões de informações para ler e identificar aquelas que serão de grande ajuda para encontrar a melhor evidência que solucionará o problema de saúde desejado.

Por isso, ainda nesse passo, teremos o auxílio de mais duas ferramentas que também fazem parte do como pesquisar. São elas: os Operadores Booleanos e a identificação do Nível de Evidência Relacionada à Qualidade Metodológica das Pesquisas.

Portanto, a busca de evidências requer uma metodologia controlada e para isso faz-se necessário a seleção de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), estes são classificados em controlados (utilizados para a indexação de artigos nas bases de dados) e não controlados (palavras ou sinônimos não cadastrados nas bases de dados), nos idiomas espanhol, francês, inglês e português. O DeCS é utilizado para indexar a literatura científica das ciências biomédicas e da saúde, além de buscar e recuperar informação

nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS, 2020). E para a busca nas bases de dados é preferencial que se associe aos itens da estratégia PICO.

Sendo também necessário compreender sobre os operadores booleanos: AND (e), OR (ou) e NOT (não), estes são formas de associar os descritores para a busca dos estudos, conforme Quadro 3.

Quadro 3. Operadores Booleanos.

Operador	Interpretação
AND	Requer que ambos os termos/descritor apareçam nos documentos recuperados nas bases de dados. Ex.: Malária AND crianças.
OR	Aumenta o retorno de estudos nas bases de dados com documentos que apresentem pelo menos um dos termos usados na busca. Ex.: leishmaniose visceral OR leishmaniose tegumentar.
NOT	Tem o objetivo de restringir a busca, quando se deseja excluir um termo que não é de interesse na busca de estudos. Ex.: Ensino presencial NOT Educação à Distância.

Fonte: Adaptado de Picalho, Lucas e Amorim (2022).

Os descritores, definidos com base na estratégia PICO, devem ser utilizados em associação aos operadores booleanos e inseridos nas bases de dados, para obtenção dos estudos. Para fixarmos, veja o exemplo a seguir: TIRZEPATIDA AND controle glicêmico OR glicemia de jejum. É possível observar que se buscou estudos que usaram o medicamento TIRZEPATIDA para o controle de glicemia, podendo aparecer nos estudos tanto os descritores controle glicêmico ou glicemia de jejum. E cabe destacar que as bases de dados buscam tais termos no título, resumo e palavras chaves.

Através da leitura e identificação do problema no caso clínico anterior, reflita agora sobre a busca da melhor evidência:

1 - Defina através do Acrônimo PICO para a questão de pesquisa apresentada:

O novo medicamento (TIRZEPATIDA) melhora o controle glicêmico em pacientes com altas taxas de glicemia de jejum e hemoglobina glicada a respeito de tratamento usual adequado?

P _____

I _____

C _____

O _____

2 - Defina os Operadores Booleanos para o Acrônimo PICO produzido:

AND

NOT

OR

3 - Analise o parágrafo abaixo e especifique o Acrônimo PICO no seguinte caso:

Suplementação dietética e exercício físico em idosos com câncer e sarcopenia promovem melhora na força e massa muscular?

P _____

I _____

C _____

O _____

4 - Defina os Operadores Booleanos para o Acrônimo PICO produzido:

AND

NOT

OR

3 - Análise crítica das evidências

Passadas as fases de identificação e caracterização do problema ou situação que se deseja mudar, e feitas buscas sobre a temática nas principais bases de dados, agora chegou a hora de avaliar criticamente se as pesquisas serão realmente lidas e usadas para o processo de solução do problema.

Assim como nas outras etapas, a análise crítica reflete o processo sistemático,

com o auxílio de ferramentas e instrumentos que vão além de simples leitura de um artigo científico, pois levam em consideração a aplicabilidade na prática clínica ou a utilidade na resolução de uma questão-problema (BRASIL, 2020).

Pode-se afirmar que nesta etapa o processo de seleção pode apresentar várias fases. Sendo, as mais comuns: 1) leitura dos títulos dos estudos, 2) leitura dos resumos e 3) leitura completa do estudo e análise crítica. É recomendado que se aplique um *check-list* que avalie a qualidade metodológica, os resultados elencados e aplicabilidade dos mesmos na resolução da questão-problema, bem como se o artigo apresenta respostas para os objetivos e questões de pesquisa (GALVÃO e RICARTE, 2020).

O *check-list* pode conter a especificação da população, ou do problema, o tipo de intervenção que será analisado, se haverá comparação entre intervenções e o desfecho que se pretende estudar, ou seja, se será necessária uma questão de pesquisa bem elaborada, o que é obtido através da sigla PICO, onde P é população ou problema, I é intervenção, C é comparação e O é outcome/resultado (GALVÃO e RICARTE, 2020).

Cabe ressaltar que, neste processo de análise das evidências encontradas, é importante que todas as fases descritas sejam registradas em fluxograma ou tabela, de modo que o processo se torne transparente e reprodutível (BRASIL, 2020). O Quadro 4 traz um exemplo de como organizar a avaliação dos estudos pesquisados.**Quadro 4.** Avaliação da qualidade e elegibilidade de artigos.

Nome do Artigo, Autor, Data	Adequação aos Critérios de Elegibilidade					Estudo selecionado?
	Desenho de Estudo	População	Intervenção	Comparação	Resultados ou Desfechos	

Fonte: Diretrizes Metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas (2016).

Para preencher o quadro é necessário o entendimento da pergunta principal, bem como a de cada artigo. Deve-se escrever 'SIM' se o artigo atende a cada um dos critérios das colunas definidas. E 'NÃO' aos artigos que não atendem aos critérios (BRASIL, 2016).

É necessário, em cada leitura dos estudos, analisar o título, identificar se este é informativo, e expressa o tipo de estudo desenvolvido, se o resumo é objetivo e bem estruturado. Observar se o estudo permite compreender o método aplicado, tamanho da amostra e como foi selecionada, como os dados foram coletados e avaliação da amostra (LENTINI-OLIVEIRA, 2010).

Portanto, a análise crítica dos estudos obtidos confere maior confiabilidade na resolução da questão-problema, contribuindo para a melhoria do serviço e assistência à comunidade atendida em determinada localidade.

4 - Tomada de decisão

Após avaliar as evidências encontradas é necessário adentrar a próxima etapa, que é a tomada de decisão, cujo conhecimento adquirido ao estudar as evidências necessitará de ajustes para as práticas de saúde, em relação à realidade local e possibilidade de implementação dos resultados obtidos (ANDERMANN et al., 2016; SILVA et al., 2021).

A busca por evidências e consequentemente, seus resultados, representa uma forma segura, organizada e estratégica de implementar condutas nos serviços de saúde, com o intuito de identificar e resolver problemas com base nas evidências mais seguras (SILVA et al., 2021). Porém, não se pode passar despercebido que, para a obtenção de sucesso, é importante que se observe o quadro clínico e a adesão do paciente, assim como a realidade dos recursos e materiais do serviço, como destacado por Silva et al. (2021).

No entanto, é necessário que o profissional de saúde obtenha habilidade em formular uma questão-problema de forma crítica e rigorosa, implementando os passos 1, 2 e 3 disponíveis neste material.

Todas as evidências devem ser oriundas de pesquisas científicas, cujos resultados tenham sido publicados na forma de artigos e publicados em periódicos da área. Esses artigos irão compor uma análise sobre qual (is) das evidências sobre determinado tema poderão influenciar suas decisões, frente à situação clínica de pacientes, bem como na gestão em saúde (FERNANDES e SOUZA, 2020).

E caso exista ausência de boas evidências disponíveis, pode-se recorrer também a diretrizes e *guidelines,* criados por consenso de especialistas no tema, com o objetivo de padronizar a assistência, adaptar as medidas às condições locais e levar em consideração a relação custo-benefício de intervenções (LENTINI-OLIVEIRA, 2010).

É importante frisar que não é fácil analisar e decidir o tipo de evidência a ser utilizada, mas cabe aos profissionais de saúde buscarem implementar tal prática no seu dia a dia, como forma de aperfeiçoamento de suas condutas, bem como para contribuirem para a melhoria das condições de saúde em sua localidade.

E por fim, para superar qualquer problema de saúde pública, que envolvem fatores complexos e estão atados à uma rotina árdua, muitos recursos e ações estarão fora do alcance direto dos tomadores de decisões. Por isso, é necessário um

planejamento para definir a viabilidade, o apoio político ao plano e a capacidade de convencimento, ou seja, é também pelo poder de argumentação sobre a importância da solução do problema que se garante o apoio de outros atores para seus projetos (LACERDA, 2016).



Anotações

ATIVIDADE

CURSISTA _____

Exemplificando as etapas das estratégias de busca por evidências:

Questão-problema: será que o exercício físico melhora o estado nutricional de crianças obesas acima de 7 anos?

P - crianças obesas

I - exercício físico

C - sem comparador

O – redução do IMC

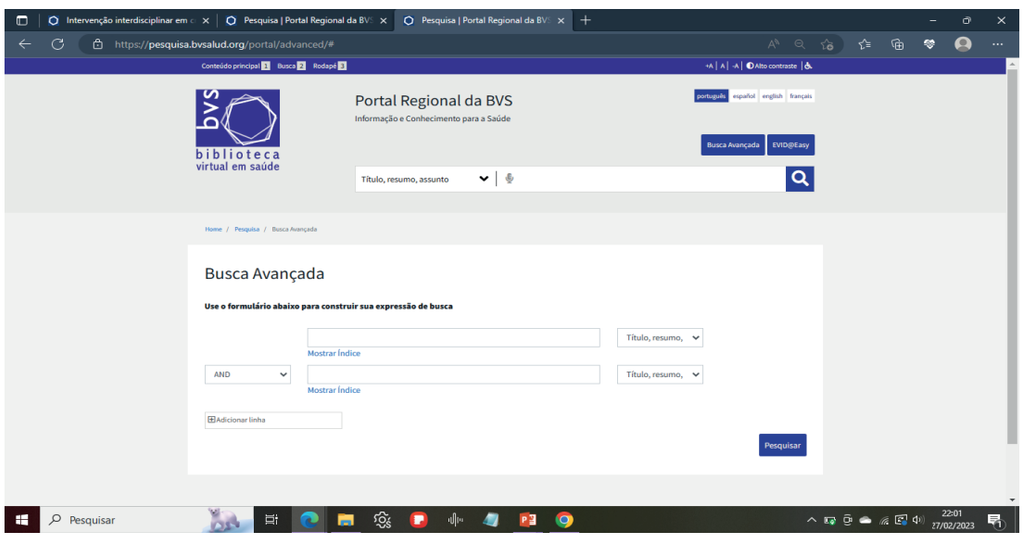


Figura 7. Pesquisa em base de dados.

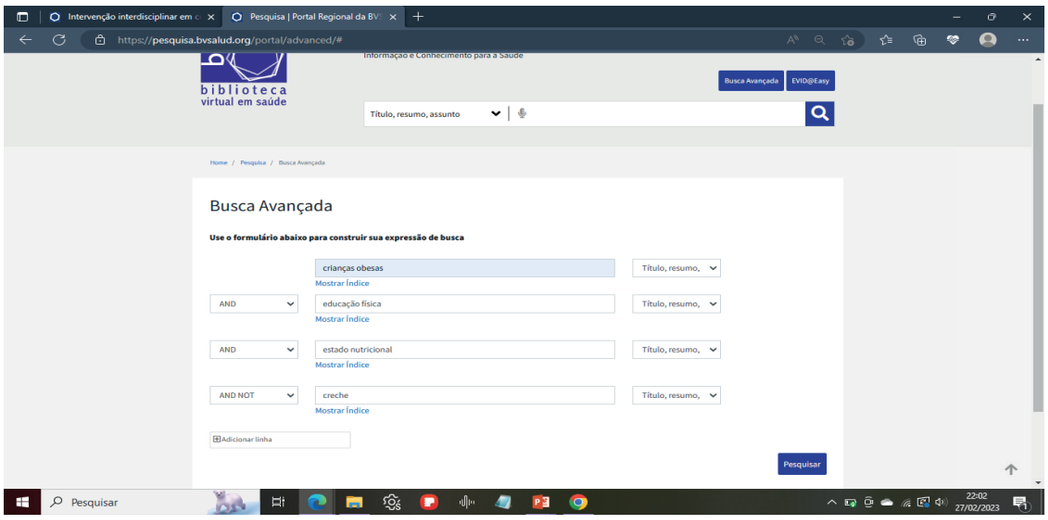


Figura 8. Pesquisa usando o acrônimo PICO.

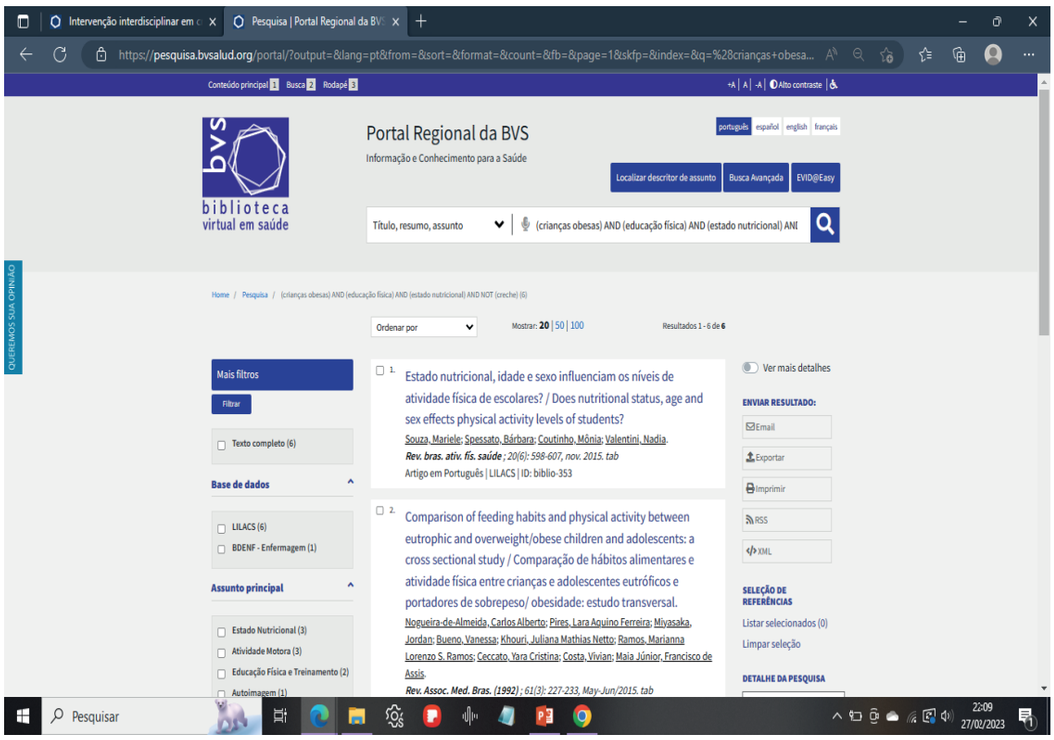


Figura 9. Seleção das evidências encontradas na base de dados.

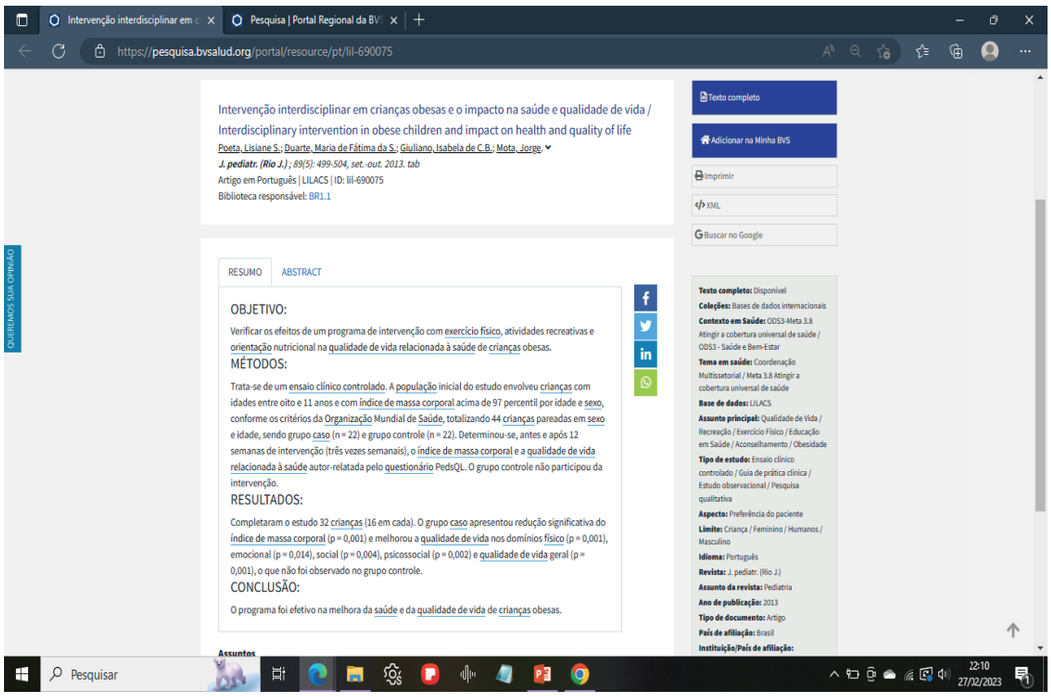


Figura 10. Análise dos estudos com o nível metodológico mais alto.

Veja abaixo, exemplo de preenchimento do Quadro 4.

Avaliação da qualidade e elegibilidade de artigos.

Nome do Artigo, Autor, Data	Adequação aos Critérios de Elegibilidade					Estudo selecionado?
	Desenho de Estudo	População	Intervenção	Comparação	Resultados ou Desfechos	
Intervenção interdisciplinar em crianças obesas e o impacto na saúde e qualidade de vida, Poeta, 2013	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Comparação de hábitos alimentares e atividade física entre crianças e adolescentes eutróficos e portadores de sobrepeso/ obesidade: estudo transversal. Nogueira-de-Almeida, 2015	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO

ATIVIDADE PROPOSTA

1. Quais políticas públicas você conhece? Quais as questões-problema elas propõem solucionar?

2. Quais políticas públicas estão em atuação no seu município? Quais você acha que deveriam ganhar mais atenção?

3. Pense em uma questão-problema atual e local da sua região. Aponte as causas e consequências do problema encontrado. Depois aplique métodos de priorização nas causas encontradas e, por fim, defina o acrônimo PICO nesta questão prioritária.

REFERÊNCIAS

ANDERMANN et al. Evidence for Health III: Making evidence informed decisions that integrate values and context. **Health Research Policy and Systems.** n.14, v. 16, 2016. DOI 10.1186/s12961-016-0085-4

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde**: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. Brasília: Ministério da Saúde; EVIPNet Brasil, 36 p, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. **Diretrizes Metodológicas**: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde. 55 p, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde**: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. 1. ed. – 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 36 p., 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas**. Brasília : Ministério da Saúde, 70 p., 2020.

BARON, J. A **Brief History of Evidence-Based Policy**. ANNALS, AAPSS, 678, 2018. DOI: 10.1177/0002716218763128.

COSTA, C. G. F.; SILVA, E. V. O que Realmente Importa no Processo de Tomada de Decisão Considerando Políticas Públicas Baseadas em Evidência. **RAD**, v. 18, n. 2, p.124-143, 2016.

FERNANDES, M. R.; SOUZA, A. D. Medicina baseada em evidência para tomada de decisão em serviços de saúde: o papel do bibliotecário clínico. **Informação em Pauta**, v. 5, n. especial, p. 36-51, 2020.

GUIA PARA UTILIZAÇÃO DO NOVO PORTAL DO DeCS/MeSH, 2020. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/wp-content/uploads/2020/09/GuiaPT.pdf.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. Revisão Sistemática da Literatura: Conceituação, produção e publicação. **LOGEION: Filosofia da informação**, v. 6 n. 1, p.57-73, 2020.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C . A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

LACERDA, J. T. Botelho, L. J. Colussi, C. F. **Planejamento na atenção básica** [Recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

LENTINI-OLIVEIRA, D. A. **Módulo Medicina Baseada em Evidência**. Curso Ensino à Distância do Programa de Especialização para Médico da Saúde da Família, 2010.

PICALHO, A. C.; LUCAS, E. R. O.; AMORIM, I. S. Lógica booleana aplicada na construção de expressões de busca. **AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento**, v. 11, p. 1-12, 2022.

RAMOS, M. C.; SILVA, E. N. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? **SAÚDE DEBATE**, v. 42, n. 116, p. 296-306, 2018.

SANTOS, M. A. R. C.; GALVÃO, M. G. A. A elaboração da pergunta adequada de pesquisa. **Residência Pediátrica**, v.4, n.2, p. 53-56, 2014.

SILVA, J. O. M. et al. Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. **Cogitare enferm**, v. 26, n. e67898, 2021.

TOMA, T. S. et al. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. São Paulo: Instituto de Saúde, v.2, p.456, 2017. disponível no site www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/producao-editorial/temas-em-saude-coletiva.

UNIDADE TEMÁTICA

V

Objetivo de aprendizagem da unidade: compreender o funcionamento da gestão pública em saúde e seus processos de avaliação, controle, regulação e auditoria.

Capítulo 1 Gestão da saúde pública: avaliação, controle, regulação e auditoria no SUS

A regulação das ações do Setor da Saúde é entendida como um exercício social e é realizada por meio de auditoria, regulamentação, fiscalização e avaliação a respeito da produção de produtos e oferta de serviços em saúde. Podemos considerar como atores desse processo o Estado, e os considerados não estatais, como planos de saúde (que correspondem aos setores que fornecem serviços de saúde provados) e corporações de representação dos profissionais e usuários (como os conselhos de saúde), entre outros (MENDONÇA, 2006).

Mendes (2002) afirma que o SUS possui como atividades regulatórias o direcionamento político e a organização estratégica, a contratação de serviços, a avaliação tecnológica e econômica das ações, serviços de auditoria, a normatização dos serviços, o controle e avaliação dos pontos de atenção à saúde, oferta de educação permanente em saúde, a vigilância em saúde e o incentivo quanto à pesquisas científicas em saúde e desenvolvimento tecnológico.

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, criada a partir da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, estabelece que ela deve ser implementada nas unidades federadas do país, respeitando as atribuições das três esferas de gestão, e que suas ações serão organizadas em três dimensões, integradas entre si (BRASIL, 2008):

1) Regulação de Sistemas de Saúde:

- Objeto: os sistemas de saúde à nível municipal, estadual e nacional;
- Sujeitos: Os gestores públicos de cada esfera;
- Objetivo: determinar, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e realizar atividades de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

2) Regulação da Atenção à Saúde:

- Objeto: a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, à nível dos prestadores de serviço públicos e privados;

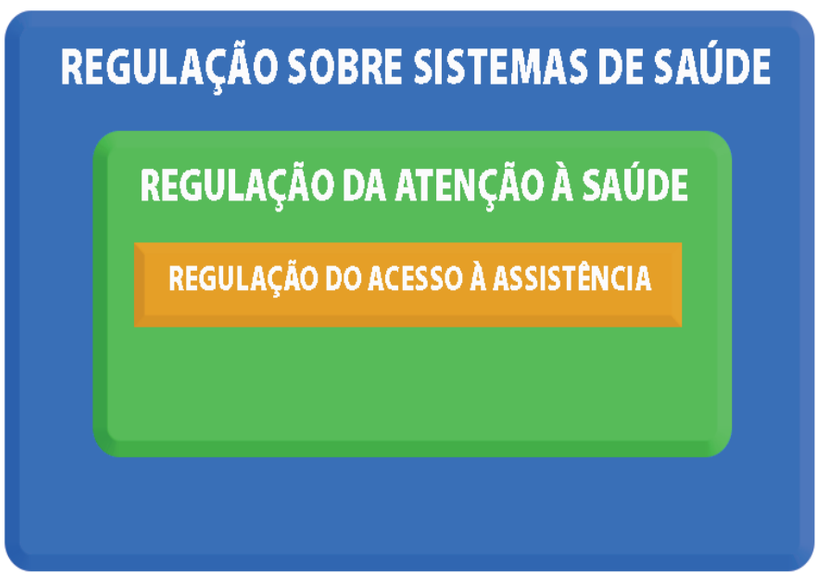
- Sujeitos: os respectivos gestores públicos;
- Objetivo: garantir a adequada prestação de serviços à população, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde (controle da oferta de serviços).

3) Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial):

- Objeto: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais dentro do SUS;
- Sujeitos: seus respectivos gestores públicos;
- Objetivo: exercer autoridade sanitária a fim de garantir o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Como forma de discriminar os campos de atuação da regulação, podemos representá-los pelo esquema apresentado na figura 1.

Figura 1 – Campos de atuação da regulação.



Fonte: Adaptado de BRASIL (2008).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a Regulação Assistencial trata-se de um conjunto de saberes, ações e tecnologias que procuram intermediar a procura da população por serviços de saúde e como será administrado o acesso delas, de acordo com os diversos perfis de demanda e oferta, enquanto que a Regulação de Acesso configura-se como a determinação de ações que garantam que o direito constitucional de acesso universal, integral e equânime da população seja respeitado, independentemente das pactuações prévias realizadas no planejamento dos serviços e da disponibilidade de recursos financeiros.

A Regulação Assistencial apresenta-se como uma das macrofunções desempenhadas pelo gestor estadual, sendo norteada pelos princípios de equidade e integralidade na assistência, através do manejo do fluxo de demanda em todas as Unidades prestadoras de serviços, assim como, do redimensionamento da oferta, diminuição ou ampliação, de acordo com as necessidades dos usuários. Assim, além de contribuir na eficiência de recursos de saúde oferecidos, Regulação de Acesso procura a qualidade da assistência garantindo sua resolubilidade, com respostas adequadas aos casos clínicos evidenciados e a satisfação do sujeito que recebeu o cuidado.

A Regulação Assistencial é uma atividade do gestor e a Regulação do Acesso deve ser atribuída pelo gestor ao regulador. A Regulação do Acesso deve ser realizada com base nas linhas de cuidado, em protocolos clínicos e fluxos assistenciais determinados anteriormente. Ela executará ainda a orientação dos processos de planejamento da assistência, bem como a organização e realização das atividades necessárias para melhorar o acesso (BRASIL, 2011a).

A regulação das referências intermunicipais também é uma função atribuída ao gestor estadual, através da coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes (BRASIL, 2006).

Capítulo 2 O modelo de Gestão Tripartite do SUS

Dentro do SUS existem representantes das áreas de educação, trabalho, emprego, transporte, lazer, entre outras instâncias sociais, assim como os poderes executivos como a União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Dentro da perspectiva de "sistema", o SUS realiza a articulação dos diferentes atores, respeitando a autonomia de cada esfera governamental, através de pactuações entre eles, situação conhecida como "Pacto Interfederativo da Gestão Executiva".

Para que isso seja efetivamente realizado, existem diferentes esferas de pactuação - Conselhos e Comissões, das quais são as principais: o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Regional (CIR). Todas estão consignadas e definidas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que "Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências." No Decreto, em seu CAPÍTULO V - DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA - Seção I - Das Comissões Intergestores, podemos encontrar a definição e a atribuição das esferas de pactuação (BRASIL, 2011).

Comissão Intergestores Tripartites (CIT)

Em seu Art. 2 IV, o Decreto nº 7.508/11 estabelece que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) refere-se à instâncias de articulação e pactuação consensual entre as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) para determinação das regras de compartilhamento da gestão do SUS. Ela é composta paritariamente, sendo formada por 15 membros, onde 5 são indicados pelo Ministério da Saúde, 5 são apontados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e mais 5 pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A representação das unidades federativas e municípios é regional, com um indivíduo de cada uma das cinco regiões do Brasil. Nessa Comissão, as decisões não são determinadas por votação, mas sim por consenso. A CIT encontra-se ligada diretamente à direção nacional do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

Comissão Intergestores Bipartites (CIB)

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) apresenta-se como um espaço para a articulação e pactuação das etapas do processo, bem como dos prazos determinados para o planejamento municipal em concordância os estabelecidos à nível estadual e nacional. Ela tem como objetivos a orientação, regulamentação e avaliação dos aspectos operacionais direcionados para a descentralização dos serviços de saúde. Sua constituição também é paritária, com representantes do Estado apontados pelo Secretário Estadual de Saúde, e dos Secretários Municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, geralmente denominado como denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Os Secretários Municipais de Saúde, a partir de seus espaços de representação, discutem os temas

estratégicos, e depois apresentam suas considerações na CIB. Os COSEMS também apresentam-se como local de articulação entre os gestores municipais de saúde, e a participação de gestores locais é essencial. A Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 institui as CIBs em todos os estados do Brasil (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

É importante que os gestores municipais procurem o COSEMS de seus respectivos estados para debater nestes espaços como serão suas participações no processo de formação e desenvolvimento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2009).

A seguir transcreve-se o texto do Decreto que trata do assunto

DECRETO Nº 7.508, de 28 de JUNHO de 2011

CAPÍTULO V - DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA - Seção I – Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão: I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde; II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos; III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos; IV – responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e V

- referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência. Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação: I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES; II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Capítulo 3 Planejamento e os instrumentos de Gestão do SUS

Afinal, o que é Planejamento e para que serve?

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, eficazes e efetivas (BRASIL, 2016)

Tem função administrativa que determina antecipadamente o que se deve fazer e quais os objetivos que devem ser atingidos. É um método teórico para ação futura, de modo que deve sempre visar os objetivos máximos da organização.

Pode-se afirmar que planejar é reduzir incertezas. Logo, implica em algum grau de intervenção na economia, associa-se a praticas regulatórias, orienta investimentos e está diretamente vinculado à alocação eficiente de recursos. No setor saúde, as práticas de planejamento estão presentes em todo o processo que é conhecido como Gestão do SUS (BRASIL, 2016).

Desde que o SUS foi criado, os gestores tem discutido a respeito da importância do planejamento e quais seriam as formas de institucionalizá-lo. Porém, mesmo apresentando avanços quanto as discussões nessa área, ainda existem significativos desafios a serem superados para a efetiva implementação do planejamento no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011b).

Matus (1989) afirma que o "planejamento" refere-se ao cálculo que vem antes da ação e que vai orientá-la. Para o SUS, o desenvolvimento de instrumentos de planejamento instituídos através de leis é fundamental para o repasse de recursos financeiros.

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além

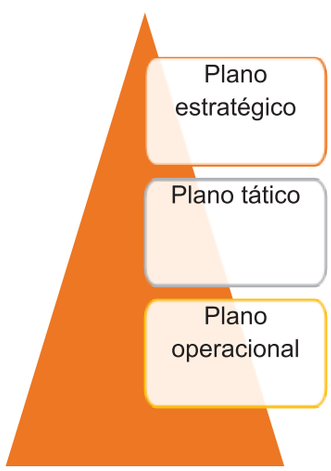
de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relacão à saúde da populacão do território quanto à integracão da organizacão sistemica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho (BRASIL, 2016)

Quando não há planejamento, perde-se a possibilidade de escolher o próprio futuro e fica-se a mercê do que acontecer eventualmente. A partir desta perspectiva, o planejamento é essencial para o direcionamento de atos que se procure realizar para o alcance de um objetivo anteriormente estabelecido. Pode- se perceber assim que, planejar não refere-se simplesmente à intenções, mas na estruturação de procedimentos que serão realizados a fim de obter-se um resultado articulado, com decisões integradas umas às outras (MATUS, 1989).

Carlos Matus (1993), traz mais argumentos que sintetizam e que justificam a importância do planejamento para os governos e as organizações: “Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for”. Sob essa visão, o planejamento assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Assim, o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si. Consiste na formalização de procedimento para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras (MINTZBERG, 2004).

Fases do Planejamento

- Conhecimento do sistema como um todo
- Determinação dos objetivos, que deverá seguir aos seguintes princípios:
  - Princípio da comunicação total - todos os objetivos devem ser comunicados a todos os níveis hierárquicos, para que conheçam e participem;
  - Princípio de coerência vertical - os objetivos de um determinado nível organizacional devem ser discutidos com o nível acima e o nível abaixo, para que haja coerência na sua execução;
  - Princípio da coerência horizontal - deve haver harmonia e coerência entre os órgãos para evitar conflitos e incompatibilidades.
- Estabelecimento de prioridades
- Seleção dos recursos disponíveis
  - Baseada nas ações consideradas prioritárias;
  - É primordial proceder um levantamento dos recursos necessários para implementar ações;
  - Deve-se ter claro quais recursos estão disponíveis (humanos, físicos e materiais);
  - Devem estar claras as estratégias que serão adotadas para utilizá-los (redistribuir, agrupar, dividir).
- Estabelecimento do plano operacional



Fonte: Internet, 2023.



Fonte: Internet, 2023.

- Desenvolvimento
  - Engloba o desenvolvimento do programa, sua aprovação e execução;
  - Envolve ação e coordenação;
  - Tempo e espaço disponíveis ocupam parte importante;
  - Colocar em prática as questões: o que, quem, como e quando. As ideias são traduzidas em ação.

- Aperfeiçoamento
  - Avaliação:
    - Processo permanente e contínuo;
    - Visa medir resultados em relação ao cumprimento dos objetivos;
    - Realizada sistematicamente, durante todo o processo, permitindo localizar e corrigir falhas.
  - Replanejamento
    - Restabelecimento de rotas.

Especificidades da Fase de Estabelecimento de Plano Operacional

- Planejamento Estratégico
  - É o planejamento mais amplo e abrange toda a organização.
  - É projetado para longo prazo e seus efeitos e consequências são

estendidos para vários anos.
- Em geral, cinco anos a dez anos.
- É definido pela cúpula da organização e corresponde ao plano maior ao qual todos os demais estão subordinados.

- Planejamento Tático
  - Projetado para o médio prazo, geralmente para o exercício anual.
  - Abrange cada unidade da organização.
  - Traduz e interpreta as decisões do planejamento estratégico e os transforma em planos concretos dentro das unidades da empresa.
  - Cada unidade preocupa-se em atingir os objetivos da unidade.
  - Tem por objetivo otimizar determinada área de resultado e não a empresa como um todo.
  - Trabalha com decomposições dos objetivos e estratégias estabelecidos no planejamento estratégico.

- Planejamento Operacional
  - É projetado para o curto prazo.
  - Envolve cada tarefa ou atividade isoladamente e preocupa-se com o alcance de metas específicas.
  - Coloca em prática os planos táticos dentro de cada setor da empresa.
  - O planejamento operacional cria condições para a adequada realização dos trabalhos diários da empresa.

Cada nível de planejamento deve conter

- Os recursos necessários para o seu desenvolvimento e implantação;
- Os procedimentos básicos a serem adotados;
- Os resultados finais esperados;
- Os prazos estabelecidos;
- Os responsáveis pela sua execução e implantação.

Instrumentos de planejamento

Dentre os instrumentos que são utilizados para auxiliar na sistematização das ações traçadas em um planejamento, podemos destacar:

- Cronograma
  - constituído de um gráfico de dupla entrada: nas linhas horizontais são

alinhadas as atividades planejadas, enquanto nas colunas verticais são marcados os períodos de tempo considerados como padrão.

- Sua função é relacionar as duas variáveis as atividades em função do tempo, mostrando o início e o término de cada atividade através de linhas de linhas.

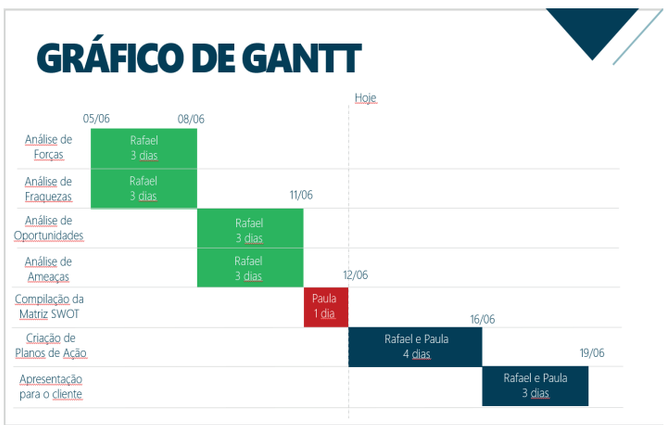
- Pode ser utilizado para o planejamento e controle do tempo, permitindo que cada atividade seja correlacionada, com tempo disponível, de forma simples e organizada.

Atividades	Janeiro 2010	Fevereiro 2010	Março 2010	Abril 2010	Maio 2010
1. Prever Férias da equipe de Enf.	X	X			
2. Elaborar Plano Educação em Serviço	X	X			
3. Fazer Reuniões Equipe Enf	X	X	X	X	X
4. Desenvolver e avaliar a Educação em Serviço	X	X	X	X	

Fonte: Internet, 2023.

- Gráfico de Gantt

- Desenvolvido por Henry Laurence Gantt, este instrumento é semelhante ao cronograma, a diferença é que nas colunas relativas ao tempo; é mais detalhado, como por exemplo cada mês é dividido em subcolunas que representam às semanas.

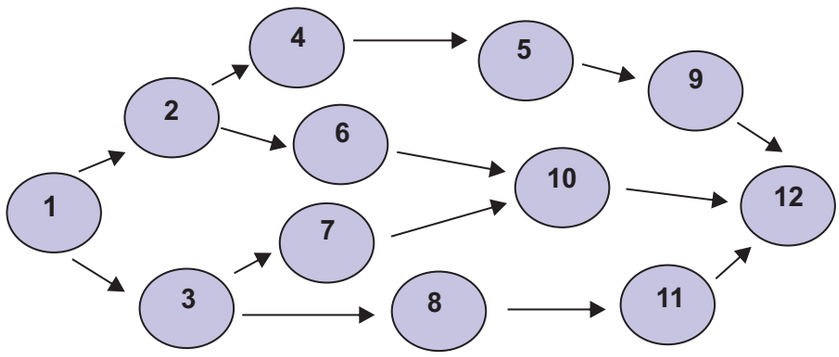


Fonte: Internet, 2023.

- PERT (Program Evolution Review Technique) - Técnica de Revisão e Avaliação de Projetos ou Programas

  - É um instrumento um pouco mais complexo, que consiste na elaboração de uma rede básica de passos sequenciais que envolvem eventos, atividades e relações.

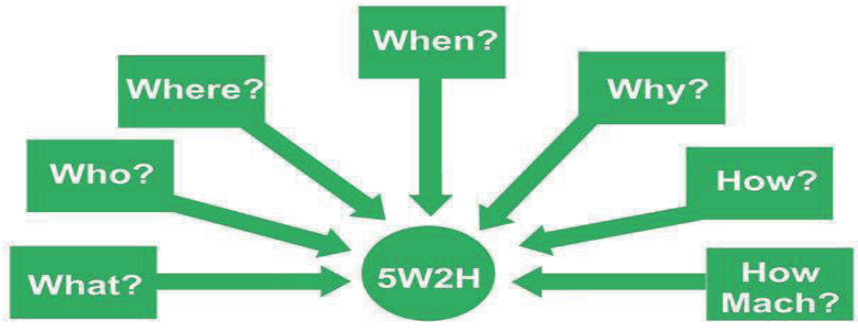
  - É um sistema de gerenciamento de projetos que se assemelha a um fluxograma dinâmico de processos inter-relacionados. É usado para coordenar elementos diversificados do projeto e suas respectivas influências em custos, tempo e entre si.



Nº da etapa	Descrição do procedimento
1	Identificação da parada cardiorespiratória
2	Providenciar material/equipamento de emergência
3	Prestar os primeiros socorros
4	Manter uma via para infusão venosa
5	Aplicar medicamentos
6	Monitorizar
7	Massagem cardíaca
8	Oxigenação
9	Colher sangue para dosagem de O2, Po2 e eletrólitos
10	Desfibrilação
11	Entubação + ventilação artificial
12	Recuperação do paciente

Fonte: Internet, 2023.

- Gerenciamento via Diagrama de Árvore
  - No caso do Diagrama de Árvore outros elementos úteis são incluídos observando-se a inclusão do Método 5W2H como elemento verificador da consistência do projeto.



Fonte: Internet, 2023.

- Os elementos podem ser descritos como:
  - WHAT - O que será feito (etapas)
  - WHY - Por que deve ser executada a tarefa (justificativa)
  - WHERE - Onde cada etapa será executada (local)
  - WHEN - Quando cada uma das tarefas deverá ser executada (tempo)
  - WHO - Quem realizará as tarefas (responsabilidade)
  - HOW - Como deverá ser realizado cada tarefa/etapa (método)
  - HOW MUCH -Quanto custa para executa a ação

No SUS, tem se usado o **Planejamento Estratégico Situacional (PES)**, caracterizado por tentar conciliar a ação sobre uma realidade complexa, com um olhar estratégico e situacional, considerando a visão de múltiplos atores e a utilização de ferramentas operacionais para o enfrentamento de problemas. Pode ser considerado, como uma vertente do planejamento estratégico de saúde (BRASIL, 2016).

O PES se divide em quatro momentos, a saber:

- **Explicativo:** seleção e análise dos problemas relevantes para os atores chaves e sobre os quais se deseja atuar.
- **Normativo:** construção do plano de intervenção, a situação objetivo que se deseja alcançar.

- **Estratégico:** análise de viabilidade das ações e a construção de sua viabilidade quando consideradas essenciais.
- **Tático-operacional:** implementação do plano.

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira funcional para conformar um sistema de Estado que seja nacionalmente integrado. Assim, as atividades de planejamento desenvolvidas de forma individual, em cada uma das esferas, em seus respectivos territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade (BRASIL, 2016).

Essa articulação de tarefas entre as três esferas da Federação deve ser organizada a partir de uma distribuição de responsabilidades e atribuições definidas pelas normas e acordos vigentes. O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em consonância com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais (BRASIL, 2016).

Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal. A partir das necessidades de saúde no âmbito estadual, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos estaduais de saúde e observadas as prioridades nacionais, os estados, em parceria com os COSEMS, coordenam o ciclo de elaboração, implementação e avaliação do planejamento em seus territórios, buscando articulação de processos e instrumentos. O Distrito Federal, pelas suas peculiaridades, assume as responsabilidades típicas das secretarias de estado e de município.

Na busca da equidade regional, o Estado e os Municípios — em conjunto com seus pares nas respectivas regiões de saúde —, definem as prioridades regionais e estabelecem as responsabilidades sanitárias de cada ente na região.

Além disso, o planejamento no SUS deve ter como base territorial as regiões de saúde, uma vez que essas são os espaços geográficos fundamentais de garantia da integralidade das ações e serviços de saúde para a população no SUS. A Região de Saúde representa a unidade de referência para a análise da dinâmica socioeconômica e da situação de saúde da população, o dimensionamento da capacidade instalada de produção de serviços, o levantamento dos recursos fiscais, dos profissionais e equipamentos disponíveis e para a projeção de uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde.

Assim, o planejamento no SUS se fundamenta em uma dinâmica federativa em que cada uma das esferas possui suas atribuições específicas, que articuladas produzem um planejamento orientado para impulsionar estratégias de regionalização.

Diretrizes Normativas do processo de planejamento do SUS

Para a operacionalização e organização dos processos de planejamento no SUS, existem algumas normas que direcionam os gestores. São elas (BRASIL, 2019):

Lei nº 8.080, de 19/09/90– conhecida como "Lei do SUS", ela apresenta em seus artigos 36 e 37 que o planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente, da esfera municipal até a federal, ouvindo-se seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as demandas da política de saúde com a disponibilização de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Os planos de saúde serão baseados nas ações e organizações de cada nível de gestão do SUS, e seu financiamento será realizado na respectiva proposta de orçamento.

É proibida a transferência de recursos para o financiamento de atividades que não estejam previstas nos planos de saúde, com exceção somente em casos de emergências sanitárias e situações de calamidade pública na saúde.

O Conselho Nacional de Saúde determinará as diretrizes a serem observadas na construção dos planos de saúde, com base em dados epidemiológicos e características na organização dos serviços de cada jurisdição administrativa.

Lei nº 8.142, de 28/12/90_– essa lei dispõe sobre a participação da comunidade no SUS, mas também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e no art. 2º define que os recursos do Fundo Nacional de Saúde(-FNS) serão alocados como: I – despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; II – investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. No art. 4º estabelece como condição para o recebimento dos recursos do SUS, a elaboração de plano de saúde e relatório de gestão.

Emenda Constitucional 29 – altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Foi regulamentada pela Lei Complementar 141 de 13/01/2012.

Portaria GM/MS 4.279 de 30/12/10– A Rede de Atenção à Saúde organiza- se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.

Decreto 7.508 de 28/06/11– regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Os artigos 15 a 19 tratam do processo de planejamento da saúde, suas características, seus instrumentos, ferramentas e a participação dos fóruns de pactuação do SUS e da sociedade nesse planejamento.

Resolução CIT nº 1 de 29/09/11 – estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Lei Complementar 141 de 13/01/12– regulamenta o § 3odo art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19/09/1990, e 8.689 de 27/07993. Os artigos 30, 31 e 36 da Lei tratam do processo de planejamento, do planejamento regional, do papel dos Conselhos de Saúde nesse processo e das audiências públicas para apresentação do Relatório Detalhado do Quadrimestre e do Relatório de Gestão.

Portaria GM/MS 2.135 de 25/09/13– estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS detalhando o que está expresso na Lei 8.080/90, no Decreto 7.508/11 e na LC 141/12.

Resolução CIT n. 23, de 17/06/17– Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS

Resolução CIT n. 37, de 22/03/2018 – Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

O planejamento governamental no SUS é norteado pelos princípios descritos na figura abaixo:

PRINCÍPIOS DO PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL NO SUS
Princípio 1: o planejamento consiste em uma atividade obrigatória e contínua
Princípio 2: o planejamento no SUS deve ser integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental geral
Princípio 3: o planejamento deve respeitar os resultados das pactuações entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite
Princípio 4: o planejamento deve estar articulado constantemente com o monitoramento, a avaliação e a gestão do SUS
Princípio 5: o planejamento deve ser ascendente e integrado
Princípio 6: o planejamento deve contribuir para a transparência e a visibilidade da gestão da saúde
Princípio 7: o planejamento deve partir das necessidades de saúde da população

FONTE: Manual de Planejamento no SUS / Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

De acordo com o Manual de Planejamento do SUS (BRASIL, 2016) o processo de planejamento regional integrado enseja um conjunto de desafios que requer uma atenção especial por parte dos gestores nas três esferas do SUS, dentre os quais destacam-se os seguintes:

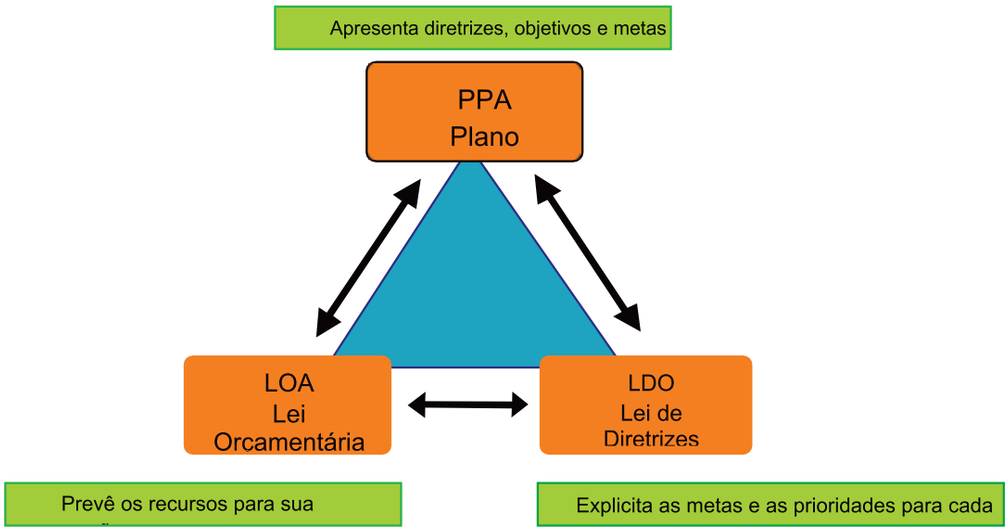
- Como selecionar informações relevantes para o conhecimento da saúde da população, onde encontrá-las e como utilizá-las?
- Como saber qual o volume de recursos financeiros que poderá dispor nos próximos anos e quais as regras de utilização?
- Como definir as prioridades da política de saúde para os próximos anos?
- Que atores devem ser incluídos no planejamento regional integrado para
- fornecer mais legitimidade ao processo?
- Qual o papel de cada um dos entes federados e como eles devem trabalhar articulados?

Instrumentos de planejamento no SUS

O Art. 165 da Constituição Federal de 1988 apresenta como deve ser realizado o processo de planejamento governamental, apresentando as responsabilidades do poder executivo em desenvolver planos plurianuais, diretrizes orçamentárias e orçamen-

tos anuais. Assim, podemos entender que o planejamento governamental é um dever constitucional (CONASS, 2016).

Figura 15 - Ciclo de planejamento governamental



Fonte: Módulo Planejamento - Pós Graduação em Atenção Básica http://virtualufms.br/objetos/Unidade2/obj-un2-mod1/10.html

Os instrumentos utilizados para a formulação do planejamento e gestão no SUS são os Planos de Saúde e suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Eles são interligados de maneira sequencial, dando origem a um processo cíclico de planejamento para uma operacionalização segura, solidária e integrada do SUS.

Plano de Saúde

O Plano de Saúde é um instrumento fundamental para o desenvolvimento do plano orçamentário da área da saúde. Tanto o Plano de Saúde quanto as Programações Anuais de Saúde apresentam grande relevância dentro desse processo, conforme o §2º do art. 36 da Lei Complementar nº 141/12, que afirma a necessidade de a Programação Anual do Plano de Saúde ser encaminhada ao respectivo Conselho de Saúde para sua aprovação, antes da elaboração do orçamento. Podemos compreender assim que o orçamento será realizado a partir do planejamento da gestão (CONASS, 2016a).

O Plano de Saúde, ferramenta fundamental de planejamento para a elaboração e implementação das iniciativas na área da saúde de cada nível de gestão para o período de quatro anos, evidencia os compromissos do governo no que tange à saúde, e evidencia, a partir de análise situacional, as principais demandas de saúde da população,

e as singularidades de cada esfera. Ele pode ser entendido como a base de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação da gestão e abrange todas as áreas de atenção, garantindo assim a integralidade dos serviços prestados.

A construção do Plano de Saúde deve ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando a análise situacional; Definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e o processo de monitoramento e avaliação.

Nos Planos Estaduais de Saúde, deverão ainda estar descritas a metodologia de distribuição dos recursos estaduais e a previsão anual de financiamento destinados aos municípios, a partir da pactuação dos gestores estaduais e municipais na CIB e posterior aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde (CONASS, 2016a).

Para a construção dos Planos de Saúde assegura-se ainda a participação popular e à realização de audiências públicas, de modo a garantir a transparência e visibilidade do processo pela população, em conformidade com o estabelecido pelo parágrafo único do Art. 31 daLei Complementar n. 141/12 (CONASS, 2016a).

Para a construção do Plano de Saúde, devem ser consideradas também as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde, submetendo-o para análise a aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS (CONASS, 2016a).

Programação Anual de Saúde

A Programação Anual de Saúde – PAS é uma ferramenta que organiza as intenções apresentadas no Plano de Saúde, e objetiva anualizar as metas apresentadas por ele, prevendo a distribuição dos recursos orçamentários a serem realizados (CONASS, 2016b).

Para Estados e Municípios a PAS deve conter:

I – Determinação das atividades, que no ano específico, terão como objetivos garantir o alcance dos objetivos e cumprimento das metas do Plano de Saúde.

II – A determinação dos indicadores que serão usados para o monitoramento da PAS;

III – Previsão da distribuição dos recursos financeiros conforme orçamento, necessários ao cumprimento da PAS;

Para a União serão determinadas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão de distribuição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. O horizonte temporal da PAS coincide com o ano calendário, mesmo período definido para o exercício orçamentário.

A elaboração e a execução da PAS devem observar:

I – Elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes do encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do exercício correspondente;

II – Execução no ano subsequente.

Relatório de Gestão

O Relatório de Gestão é uma ferramenta de gestão anual que possibilita ao gestor apresentar os resultados obtidos com a implementação da PAS e orienta possíveis redirecionamentos necessários no Plano de Saúde (CONASS, 2016c).

O Relatório de Gestão deve apresentar:

I – As diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;

II – As metas da PAS planejadas e implementadas;

III – A análise da execução orçamentária.

IV – As recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

V – Os entes que assinarem o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos no contrato.

Os resultados das metas da PAS planejadas e implementadas que devem constar do Relatório de Gestão serão acompanhadas a cada quadrimestre no Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQ), documento introduzido pela Lei Complementar nº 141/12, como instrumento de prestação de contas, monitoramento e acompanhamento da execução da Programação Anual de Saúde e deve ser apresentado pelo gestor do SUS, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação. As informações acumuladas quadrimestralmente neste relatório ajudarão na elaboração do Relatório de Gestão no final do exercício.

Ferramentas de apoio ao planejamento no SUS

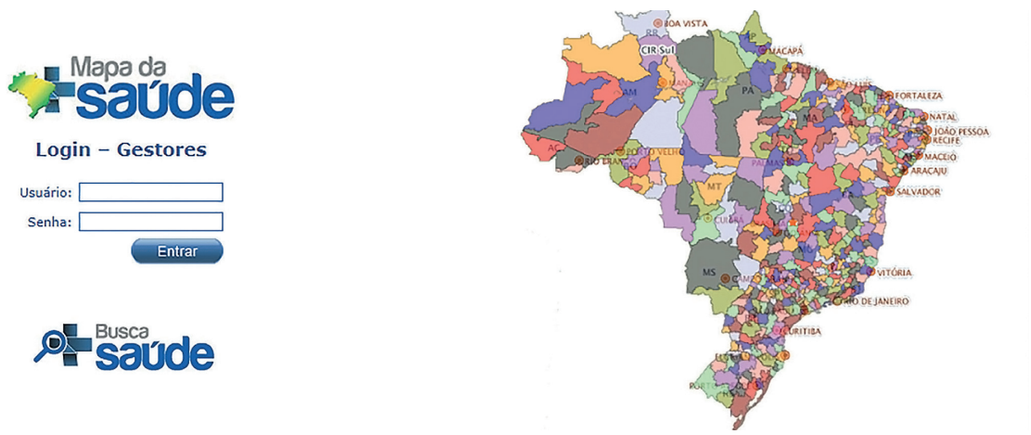
As principais ferramentas de planejamento estão disponíveis no site oficial do Ministério da Saúde, podendo ser acessado pelo endereço eletrônico: https://www.gov.br/saude/pt-br. Outros instrumentos auxiliares também podem ser obtidos pelo site.

A seguir apresentaremos uma síntese de quatro destas ferramentas, sua relevância para as políticas de saúde e para a gestão do SUS, e os meios de produzir, enviar e analisar informações. As principais fontes das informações e orientações a seguir se encontram no Portal Oficial do Ministério da Saúde.

A) Mapa da Saúde

O Mapa da Saúde é um instrumento digital de inteligência sanitária georreferenciada, que disponibiliza as principais informações sobre o SUS, as características de seus usuários e das populações cobertas por seus serviços. Pode ser acessado pelo link do Ministério da Saúde: http://mapadasaude.saude. gov.br/mapadasaude/.

Figura 16 – Página eletrônica do Mapa da Saúde



Fonte: Os autores (2020).

B) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Instituído pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011). O COAP é:

- Ferramenta jurídica que evidencia os compromissos pactuados em cada região de saúde.

- Ferramenta em que consta a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura, e evidencia a programação geral de ações e serviços de saúde para a região;
- Ferramenta de distribuição de recursos à nível municipal, estadual e federal.

Ele será produzido pelos entes federativos em cada Região de Saúde e deve consubstanciar os consensos desses entes na CIT, CIB e CIR. Ele apresentará preferencial o prazo de vigência de quatro anos, havendo possibilidade de extensão, com a finalidade de adequação aos prazos dos planos de saúde dos entes federados contratantes.

Aqui, o Guia para elaboração do COAP através do link: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_cotnrato_ organizativo_acao_publica.pdf

C) Informações de Saúde (Tabnet) dos Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

O aplicativo Tabnet é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida, de acordo com a consulta que se deseja realizar. Foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) para gerar informações das bases de dados do SUS. O DATASUS apresenta dados epidemiológicos e de realização de serviços que poderão servir de base para o planejamento estratégico de ações voltadas à realidade evidenciada.

O Tabnet dos indicadores pactuados pode ser acessado através do seguinte caminho: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201

D) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) abrange dados dos Estados, Municípios e Distrito Federal sobre despesas realizadas em saúde e sua participação nas receitas. O sistema é autodeclaratório e desde 2013 tem caráter obrigatório para todas as esferas de gestão, e os informantes se responsabilizam pelos dados fornecidos. As informações contábeis devem estar em conformidade com a classificação de receitas e despesas da Secretaria do Tesouro Nacional, do Ministério da Fazenda.

O sistema pode ser acessado pelo site do DATASUS: https://www.gov.br/ saude/pt-br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacoes-sobre-orcamentos- publicos-em



Anotações

ATIVIDADE

CURSISTA

Vamos praticar?

Leia e reflita sobre o caso "O Município de Recaminho", analisando e registrando os principais problemas identificados no município fictício que estão relacionados ao seu município.

Escolha dentre os problemas similares à sua realidade local, o mais relevante e urgente para você.

Elabore um Planejamento Estratégico Situacional (PES) propondo alternativas de soluções.

Envie aos tutores por e-mail, dentro de no máximo uma semana, contados a partir do último encontro presencial.

"O MUNICÍPIO DE RECAMINHO"

"Estamos em um município brasileiro de aproximadamente 100 mil habitantes, chamado Recaminho, onde mora Dona Maria. Nesta cidade não há uma organização dos serviços de saúde focada no cidadão, e seus serviços de controle, avaliação, regulação e auditoria são incipientes. O acesso à maioria dos serviços públicos de saúde é difícil e há certos privilégios para quem é oriundo da rede privada. No último ano o município aplicou 18,97% do orçamento municipal na área. A Estratégia Saúde da Família, nos últimos cinco anos, passou de 4,6% para 63,8% de cobertura da população, principalmente na periferia. A área central, que contava com maior número de Unidades Básicas de Saúde, mantém-se no modelo tradicional de Atenção Básica. Os estabelecimentos de saúde são: oito centros de saúde, com 18 equipes de Saúde da Família; três ambulatórios de especialidades (uma policlínica, um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e um Ambulatório Hospitalar Geral), quatro serviços de diagnose e terapia, um pronto-socorro municipal e um hospital filantrópico, com leitos nas clínicas básicas e de UTI. O Conselho de Saúde reúne-se mensalmente, existe plano de saúde, todavia há quatro anos não é realizada a Conferência Municipal de Saúde. Os representantes dos usuários dos sindicatos e ONG são genuínos, porém os três representantes da Sociedade Amigos de Bairro são indicação do Prefeito e, também são

os contratantes dos Agentes Comunitários de Saúde. O Prefeito reclama que não tem mais orçamento e cobra do Secretário de Saúde uma solução. A cobertura de consultas básicas está abaixo dos parâmetros, conforme a Portaria GM/MS 1.631/2015. Há uma inversão na concentração das consultas especializadas em relação às das clínicas básicas, apresentando uma produção acima do programado para as consultas de cardiologia. As gestantes da cidade precisam ir ao município vizinho para realizar o parto porque na Santa Casa o teto de cesáreas "extrapola" frequentemente antes do final do mês. A UTI Neonatal não foi credenciada ainda. Devido a grande demanda para a Cardiologia, o município contratou para o ambulatório de especialidades mais cinco especialistas. Todavia, após um mês de trabalho, a lista estava novamente em seis meses para consulta cardiológica. A fila de espera para cirurgia eletiva é de até dois anos. O número de especialistas contratados para estas áreas é suficiente, no entanto, quanto mais atendem, mais aumenta a fila, e o teto financeiro da Santa Casa está estourado. Os casos que requerem Ressonância Magnética e Hemodinâmica Digital são realizados em outro município com contrato do prestador acima da tabela SUS. O município não recebe mais solicitações para esses exames, a não ser que o solicitante complemente o custo (sobre preço) do serviço contratado. Programou 17 hemodinâmicas/ano, baseado na série histórica do total de suas consultas, porém, ao aumentar a quantidade de consultas cardiológicas, "estourou" sua programação na referência. Apresenta, segundo dados do IBGE, 86,4% da população alfabetizada; 86% da população estão cobertos por rede de água, 74% por rede de esgoto e 80,5% do lixo são coletados. Apresentou no último ano, como principais causas de morte as Doenças do Aparelho Circulatório, as Causas Externas e as Neoplasias, e apresenta uma Mortalidade Infantil de 23,3 óbitos por mil nascidos vivos. A população usuária de planos privados de saúde é de 25% do total.

Fonte: Texto transcrito do Material do Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS (BRASIL, 2011b)

Considerações Finais

Pode-se observar a importância que a análise situacional apresenta diante das estratégias para melhorar a saúde dos Brasileiros. É importante que o planejamento de ações e serviços seja voltado à realidade vivenciada em cada local, e para isso, os gestores precisam estar preparados para analisar os dados disponíveis, bem como para discutir com os servidores os objetivos e metas de cada setor específico, com vistas a construir um planejamento que busque atender às demandas locais e que seja exequível.

Após o caminho percorrido até aqui, podemos afirmar que, apesar das dificuldades vivenciadas no processo de planejamento, esta é uma atividade sobre a qual os três níveis de governo são responsáveis e é imprescindível que haja comunicação entre eles. Todos têm importante papel na organização do Sistema Único de Saúde, e precisam organizar, cada um em sua esfera mas de forma articulada com as demais, as rotinas e processos de trabalho necessários para o alcance das metas, observando sempre a necessidade de que as equipes estejam cada vez mais qualificadas para atuar diante das questões do planejamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação.

Os profissionais necessitam ter conhecimento das pactuações estabelecidas e dos planejamentos elaborados, de modo a opinar a respeito dos mesmos e coloca-los em prática no exercício de sua atividades diárias.

A participação da comunidades através dos conselhos e conferências de saúde é essencial para a construção de um planejamento adequado e factível. Nesse sentido, percebe-se que o planejamento em saúde é uma atividade conjunta, onde a contribuição dos diversos atores envolvidos é igualmente importante e determinante para o sucesso ou fracasso do referido plano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006** - Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011a.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: Senado Federal, 2011.Brasil. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de Planejamento no SUS.** 1. Ed. ver. Série Articulação Interfederativa; v.4. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em 05 de março de 2023.

BRASIL. **Normas que conduzem o processo de planejamento no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019. Disponível em: https://www.conass. org.br/guiainformacao/normas-que-conduzem-o-processo-de-planejamento-no- sus/. Acesso em 03 jun. 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Brasília: Senado Federal, 2000.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Brasília: Senado Federal, 2015.

BRASIL. **Lei Complementar n° 87, de 13 de setembro de 1996.** Brasília: Senado Federal, 1996.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Brasília: Senado Federal, 2000.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Brasília: Senado Federal, 2015.

BRASIL. **Lei Complementar n° 87, de 13 de setembro de 1996**. Brasília: Senado Federal, 1996.

CAMPOS, F. C. C. **Gestão intergovernamental no financiamento do Sistema Único de Saúde: a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do SUS/MG, 1997–98**. 2000.

Dissertação (Mestrado em Administração), Centro de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O processo de planejamento e orçamento do SUS**. 2016a. Disponível em: https://www.conass.org.br/ guiainformacao/ planejamento-e-orcamento-no-sus/. Acesso em 03 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Programação Anual de Saúde**. CONASS, 2016b. Disponível em: https://www.conass.org.br/guiainformacao/ programacao-anual-de-saude/. Acesso em 03 jun. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Relatório de Gestão**. CONASS,

2016c. Disponível em: https://www.conass.org.br/guiainformacao/relatorio-de- gestao/. Acesso em 03 jun. 2020.

MATUS, C. Fundamentos da Planificação Situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

MATUS, C. **Política Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, C. S. et al. **A Política de regulação do Brasil**. 2006. Disponível em: http:// www.bvsms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/st12.pdf. Acessado em 20 nov. 2020.

MINTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1565-1577, 2009.





Secretaria do Projeto Central QualiTOPAMA

Universidade Federal do Tocantins. / Quadra 109 Norte / Avenida NS 15, s/n, Campus Universitário de Palmas, Bloco 2, Sala 21. Palmas/TO. Brasil. CEP: 77.001-090

http://sites.uft.edu.br/topama/

centralqualitopama@gmail.com @cqtopama /cqtopama /cqtopama