

**Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Fundação Nacional de Saúde
Fundação Oswaldo Cruz**

UNIDADE DE APRENDIZAGEM I

Módulo 1

O SUS e a Vigilância em Saúde



PROGRAMA DE FORMAÇÃO
DE AGENTES LOCAIS
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Governo Federal

Ministro da Saúde

Humberto Costa

Secretário de Vigilância em Saúde - SVS

Jarbas Barbosa da Silva Junior

Secretária de Gestão do Trabalho em Saúde e Educação na Saúde - SEGETES

Maria Luiza Jaeger

Presidente da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA

Valdi Camarcio Bezerra

Assessora de Recursos Humanos do Projeto VIGISUS

Jurema Malcher Fonseca

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Paulo Marchiori Buss

Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV

André Paulo da Silva Malhão

Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - PROFORMAR

Coordenação Geral

Carlos Eduardo Colpo Batistella

Coordenação Técnico-Pedagógica

Carlos Maurício Guimarães Barreto

Grácia Maria de Miranda Gondim

Maurício Monken

Gerentes Regionais

Ana Júlia Calazans Duarte

Claudete Vilche Fonseca

Gladys Miyashiro Miyashiro

Gilberto Estrela Santiago

Mauricio De Seta

Mauro de Lima Gomes

Nair Navarro de Miranda

Secretaria

Aline Andrea Pereira

Aline Macena dos Santos

Denise Ribeiro da Costa

Rafaela Silva Duarte



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio



Ministério da
Saúde



UNIDADE DE APRENDIZAGEM I

Módulo 1

O SUS e a Vigilância em Saúde



PROGRAMA DE FORMAÇÃO
DE AGENTES LOCAIS
DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ficha técnica

Copyright © 2004 by

Todos os direitos desta edição reservados à

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação desde que citada a fonte.

Concepção gráfica e editoração

Mediactual - Marketing Comunicação e Design - mediactual.com.br

Produção Executiva e Editorial

Augustus Almeida

Coordenação

Samara Lazarini Bon

Equipe convidada

Adriana Seixas Magalhães (Administração)

Gustavo Monteiro (Projeto gráfico, Ilustrações e "Avisa")

Romualdo Vieira da Silva (Assistente de produção)

Samara Lazarini Bon (Revisão)

Logomarca PROFORMAR

Alexandra Borges

Sérgio Murilo Thadeu

Catlogação na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

E74s Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.)
O SUS e a vigilância em saúde. / Carmen Fontes Teixeira. - Rio de Janeiro : FIOCRUZ/
EPSJV/PROFORMAR, 2004.

60 p: il. - (Série : Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em saúde; 4)

1º Curso de desenvolvimento profissional de agentes locais de vigilância em saúde. Módulo 1.

ISBN 85-98768-04-9

1. Vigilância em saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Modelos de atenção à saúde. 4. Promoção da saúde. 5. Política de saúde. I. Teixeira, Carmen Fontes. II. Título. III. Série.

CDD362.10425



A FIOCRUZ não mede distância
para a sua formação

Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde PROFORMAR - EPSJV

Av. Brasil, 4365, sala 313 - Manguinhos

CEP - 21045-900 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel: (21) 2270-3319 I (21) 2270-3479

www.epsjv.fiocruz.br/proformar

autoria

Autora

Carmem Fontes Teixeira

Organizadores

Carlos Batistella

Grácia Maria de Miranda Gondim

Maurício Monken

Revisão Técnica desta edição

Angélica Fonseca

Grácia Maria de Miranda Gondim

Isabel Brasil

Luísa Iñiguez Rojas

Márcia Valéria Morosini

Revisão Português

Fernanda Veneu

Parceria

Educação à Distância - EAD/ENSP

Lucia Maria Dupret

Elomar Castilho Barilli

Pesquisa de imagens

Aline Andrea Pereira

Ana Lúcia Pinto

Carlos Batistella

Maurício Monken

Fontes das imagens

Agência Globo

Apoio

Assessoria de Comunicação - Presidência da FIOCRUZ

Casa de Oswaldo Cruz / FIOCRUZ

Laboratório de Tecnologias Educacionais - LabTED/EPJSJV/FIOCRUZ

Unidades de Aprendizagem

I

1º

Momento presencial

Vigilância em Saúde
e Novas Práticas Locais

**Módulo
1**

O SUS e a
Vigilância
em Saúde

**Módulo
2**

O Processo
de Trabalho da
Vigilância em
Saúde

**Módulo
3**

O Território
e a Vigilância
em Saúde

Trabalho de
Campo (TC1)

2º

Momento presencial

Trabalho, Condições
de Vida
e Situação de Saúde

**Módulo
4**

Trabalho e
Ambientes
Saudáveis

**Módulo
5**

Informação
e Diagnóstico de
Situação

Trabalho de
Campo (TC2)

3º

Momento presencial

Promoção
e Proteção
da Saúde

**Módulo
6**

Planejamento
em Saúde e
Práticas Locais

**Módulo
7**

Educação
e Ação
Comunicativa

Trabalho de
Campo (TC3)

4º

Momento presencial

III

prefácio

Tenho o grande privilégio de prefaciá-lo primeiro dos sete livros-texto do PROFORMAR, um dos programas de capacitação de recursos humanos em saúde mais importantes e pertinentes para a consolidação do SUS e para o enfrentamento das condições atuais de saúde e do sistema de saúde brasileiro.

Explico-me melhor: a saúde pública contemporânea necessita revisar muitas de suas práticas e revigorar algumas outras para enfrentar de forma adequada a situação de saúde complexa e multifacetada como a que vive a sociedade brasileira atual, onde se mesclam, no mesmo território, de forma dinâmica e, às vezes, contraditória, doenças transmissíveis e não-transmissíveis; doenças degenerativas e lesões e mortes por violência; problemas carenciais e, outros, derivados da abundância.

Neste contexto, de multideterminação do processo saúde-doença e expressão complexa e multifacetada das condições de saúde da população, não são suficientes nem o autocuidado, nem a prática clínica tradicional. Ao contrário, ganham realce a promoção da saúde e as vigilâncias em saúde, práticas eminentemente de saúde pública.

A promoção da saúde confundia-se, outrora, com o campo conceitual e de práticas da educação em saúde. Hoje, em todo o mundo, sem voltar as costas para este componente essencial da formação da consciência sanitária, a promoção da saúde incorpora, de forma decisiva, a comunicação de massas em prol da saúde e as idéias de participação, intersetorialidade e desenvolvimento social global (políticas públicas saudáveis) como elementos essenciais para que uma sociedade alcance melhores níveis de saúde e qualidade de vida.

De outro lado, as vigilâncias em saúde procuram combinar, de forma inteligente, a participação cidadã e o conhecimento técnico da saúde pública no monitoramento e controle dos problemas de saúde, através da combinação harmônica de intervenções com focos populacionais (coletivo) e individual, para isto mobilizando o conhecimento multidisciplinar e a prática multiprofissional.

A participação de técnicos de nível médio neste processo de promoção da saúde e de incremento das vigilâncias em saúde é a garantia de que o processo ganhará a capilaridade e a comunicabilidade necessárias para que se realize na plenitude requerida, de forma a ser eficaz e eficiente, contribuindo de fato para a saúde e a qualidade de vida.

Outra razão de privilégio e satisfação é prefaciá-lo um livro escrito por Carmem Teixeira, querida amiga e uma das mais competentes profissionais de saúde pública não só do nosso país, como da América Latina.

Congratulo-me com a Escola Politécnica Joaquim Venâncio e com o Ministério da Saúde por esta iniciativa, que seguramente mudará a história da saúde e das condições de vida neste país.

Rio de Janeiro, outubro de 2003

Paulo Marchiori Buss
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz



sumário

1 . Sistema Único de Saúde: um sistema de serviços de saúde em construção	12
2. SUS: proposta, projeto e processo em construção	16
3. Princípios finalísticos e diretrizes estratégicas do SUS	22
4. Prevenção, promoção e vigilância em saúde: origens e propostas	32
5. A Vigilância em Saúde no âmbito do SUS	42
6. Sintetizando o tema estudado...	50
Iniciando o trabalho de campo	52
Referências bibliográficas	55
Bibliografia	56
Anotações	58



SUS e a Vigilância em Saúde

Carmem Teixeira





um sistema em construção



1. Sistema Único de Saúde: um sistema de serviços de saúde em construção

Nos últimos 20 anos, o sistema de saúde brasileiro vem passando por um amplo processo de modificação (reforma), fruto do debate sobre a crise da saúde (segunda metade dos anos 70) e do movimento de Reforma Sanitária (década de 80).

Estes dois fatores resultaram no processo de construção do Sistema Único de Saúde - SUS (a partir de 1990). O SUS, hoje, não é apenas um sonho transformado em proposta pelos idealizadores do movimento pela Reforma Sanitária. Tampouco é somente um projeto político para a Saúde que se consolidou na Constituição e na Lei Orgânica de Saúde - LOS (nº 8080 e nº 8142).

O Sistema Único de Saúde (SUS)

O **SUS** foi criado pela Lei Orgânica da Saúde e torna obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Do SUS fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais.

Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), quanto as privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

A Lei Orgânica de Saúde (LOS)

A **LOS** é o conjunto de duas leis editadas (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8.142/90).

São leis nacionais que contêm diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem - em seus respectivos territórios - o direito à saúde para seus povos.

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) enfatiza a municipalização dos serviços e ações de saúde, e a Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.



O SUS é uma realidade...

UM SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM CONSTRUÇÃO

... ainda inacabado, incompleto, com problemas a serem resolvidos e desafios a serem enfrentados

para a concretização dos seus princípios e diretrizes, os quais você aprenderá adiante.

Parte desse processo de construção é a organização e reorganização do **modelo de atenção** à saúde, ou seja, da **forma de organização** de prestação de serviços e do **conteúdo das ações de saúde**, de modo que cada Estado e município possa utilizar, da melhor forma possível, os recursos disponíveis (materiais, físicos, humanos, tecnológico, da comunidade, etc.) para atender às

necessidades e demandas da população, contribuindo, assim, para a solução dos seus problemas de saúde.

Dentro dessa ideia é que se coloca a proposta de

Vigilância em Saúde,

entendida como uma forma de pensar e de agir, que **tem como objetivo ...**

- **A análise permanente da situação de saúde da população e**
- **A organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes.**



Mas ... de quem é a responsabilidade pela construção da Vigilância em Saúde?

A Vigilância em Saúde nasce das questões sociais, por isso precisa ser construída com participação ativa dos trabalhadores de saúde e da própria população, na medida em que implica mudança na forma de pensar e agir. Como **prática social**, exige a participação e o comprometimento das pessoas (sujeitos) interessadas em refletir criticamente suas propostas (concepções) e práticas com o fim de reelaborar suas ideias, noções e conceitos acerca da **saúde**, seja enquanto **estado de saúde** individual ou





coletivo, seja enquanto prática de saúde, ações, serviços e sistemas de saúde.

Pensando exatamente em você e em todos nós, trabalhadores do SUS que fazemos parte de instituições com diferentes **culturas organizacionais**, é que elaboramos esse módulo cujo objetivo é sistematizar noções e informações acerca da Vigilância da Saúde e sua relação com o processo de construção do SUS. Essas culturas organizacionais possuem práticas consolidadas para enfrentar problemas específicos, através de **programas de controle de doenças**.

Estes Programas foram herdados de períodos anteriores ao SUS e hoje se colocam na perspectiva de participar da "linha de frente" ocupando-se das ações de vigilância ambiental, epidemiológica e sanitária no âmbito dos sistemas municipais de saúde.

Para isso, revisamos, em primeiro lugar, tudo que veio antes do SUS - os antecedentes, e, em segundo lugar, explicamos cada um dos seus princípios e diretrizes, analisando seu significado no processo de reforma do sistema de saúde brasileiro. Em seguida, organizamos algumas informações essenciais para a compreensão do processo de construção do SUS nos anos 90, tentando situar o que foi debatido no país sobre a necessidade de mudança do **modelo de atenção**, inclusive a elaboração e aperfeiçoamento da proposta de Vigilância da Saúde. Finalmente, resumimos as principais características da proposta de Vigilância da Saúde, sistematizando suas bases conceituais e metodológicas, ponto de partida para a indicação das possibilidades de seu desenvolvimento no âmbito do SUS.

► **Saúde**

é uma palavra que tem muitos significados. Quando falamos em Saúde, geralmente nos referimos a um "estado", isto é, um modo de estar (saudável ou doente) na vida, que pode ser relativo a indivíduos (sãos ou enfermos) ou grupos de indivíduos (populações).

O termo Saúde também pode se referir a uma "ação" ou "serviço", ou seja, ao cuidado prestado a indivíduos ou grupos com a intenção de promover ou proteger a sua saúde e evitar ou tratar suas doenças, seja o "autocuidado", seja o cuidado prestado pela família ou amigos, seja o cuidado prestado por profissionais e trabalhadores de saúde inseridos em "instituições de saúde", cujo conjunto compõe o "sistema de saúde" existente em um determinado local.



proposta, projeto e processo

2. SUS: proposta, projeto e processo em construção

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo construído no Brasil através de um árduo processo desenvolvido em vários níveis. Esse processo começou em meados dos anos 70, quando nasceu o chamado **movimento sanitário**, que reuniu um conjunto muito diferente (heterogêneo) de lideranças e organizações sindicais, populares, associações de classe, comunidades religiosas e outras entidades que lutavam pela democratização do país e tinham como proposta a restauração do Estado de direito, isto é, um Estado que garantisse as liberdades democráticas e assegurasse os direitos do cidadão, entre os quais, o direito à saúde.

Tente lembrar o que você fazia nos anos 70 e 80, e como era o sistema de saúde.

Depois pense como era o Brasil, o que acontecia com as pessoas, as políticas públicas ...



As propostas de políticas de saúde concebidas nesse movimento Indicavam a construção de um sistema de saúde de **acesso universal, descentralizado** e regionalizado, que fosse **controlado democraticamente pela população organizada**. Desse modo, esperava-se que as ações e serviços de saúde fossem cada vez mais orientados a atender as necessidades de saúde da população, o que inclui a assistência aos doentes, a prevenção de doenças, acidentes e outros agravos à saúde, reservando atenção aos problemas que acontecem por falta de condições de vida adequadas para preservar a saúde e o bem-estar individual e coletivo.

Para Escorel, médica sanitarista, esse movimento cresceu muito durante a primeira metade dos anos 80 e ficou conhecido como o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Suas propostas estão fundamentadas em um conjunto de princípios, entre eles uma nova concepção acerca da **Saúde**, que passa a ser entendida não apenas em um significado **negativo**, como “ausência de doença” mas por uma concepção **positiva**, que entende saúde como “bem-estar físico, mental e social”, decorrente da existência de condições de vida saudáveis, isto é, acesso adequado à alimentação, habitação, educação, transporte, lazer, segurança e serviços de saúde, bem como emprego e renda compatíveis com o atendimento dessas necessidades. Além disso, a Saúde passou a ser entendida como um

► **Saúde**

A Reforma Sanitária Brasileira introduz, na Constituição, uma concepção de Saúde moderna, abrangente e generosa.

Saúde passa a ser entendida como um direito social inalienável de todo e qualquer cidadão, a ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e grupos, nas quais se inclui o acesso universal, igualitário e equitativo a ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde.

direito social que não se pode separar/negar a qualquer cidadão e deve ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e grupos, nas quais se inclui o acesso **universal**, **igualitário** e **equitativo** a ações e serviços de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde.

Só testando ...

Você já se perguntou alguma vez o que você pensa que é **SAÚDE**?

Então, escreva abaixo, com as suas palavras:



Saúde é

Assim, partindo do conceito ampliado de saúde, essas concepções e princípios foram apresentados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, com a presença de 4 mil delegados, representantes do governo federal, dos estados e municípios, além de

VOCÊ SABIA?

1. A Constituinte se caracterizou pela formação de uma assembléia nacional de representantes eleitos pelo povo, com a função específica de elaborar uma nova Lei Magna para o país.

Esses representantes eram deputados e senadores de diferentes partidos políticos.

2. A Constituição Federal é a Lei Magna (maior) de um país, é ela que orienta a vida dos cidadãos, das instituições públicas

e privadas, as políticas sociais públicas; os direitos e deveres e as garantias individuais e coletivas.

A partir da Constituição Federal, outras Leis são elaboradas no sentido de regular e regulamentar alguns de seus princípios e diretrizes, como são, no caso do SUS, as Leis Orgânicas 8.080/90 e a Lei 8.142/90. Todas elas estão subordinadas à Constituição.



delegados dos movimentos sociais, sindicatos, igrejas, associações profissionais e comunitárias, formando, à época, uma ampla base social de apoio às propostas de reforma nas políticas econômicas e sociais, e principalmente, na política de saúde.

No relatório final da Conferência, estava o essencial da proposta de Reforma Sanitária. O documento tornou-se uma referência para os debates durante a Assembléia Nacional Constituinte, formada pelos deputados eleitos em 1986 com a tarefa de elaborar uma nova Constituição para o país.

Na Constituição Federal de 1988, a Saúde é reconhecida como um **direito de cidadania**. Nela está dito que as ações e serviços de saúde constituem o **Sistema Único de Saúde**, de caráter **universal e eqüitativo** a ser organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), para garantir o atendimento integral às necessidades

► A **Universalidade**

é um ideal a ser alcançado no Sistema Único de Saúde: o de que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do seu direito à saúde e ao acesso às ações e serviços necessárias para sua proteção e recuperação.

► **Eqüidade**

A construção da eqüidade em saúde implica identificar as necessidades sociais e as necessidades de serviços de saúde dos diversos grupos da população, bem como reorganizar os serviços e redistribuir os recursos de modo a atender, de forma diferenciada, os diversos grupos.

► **Descentralização**

processo de transferência de poder e responsabilidades do nível central os níveis periféricos de um sistema.

No caso do sistema de serviços de saúde brasileiro, trata-se da redefinição de funções e responsabilidades do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de Saúde, paralelamente à transferência de recursos (financeiros, humanos e materiais) que passam do controle federal para o controle estadual e municipal.

► **A noção de Integralidade**

diz respeito às ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde dos diversos grupos da população.

► **Participação Social**

Envolvimento ativo da população organizada no processo de decisão e no controle social sobre as políticas e o sistema de saúde. A participação social em saúde no SUS é garantida mediante a atuação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis - nacional, estadual, municipal - bem como através das Conferências de Saúde, realizadas periodicamente.

Consulte a Lei 8142.

de saúde e a participação da comunidade em sua gestão e controle. A **descentralização** da gestão, a **integralidade** do cuidado à saúde e a **participação social** são, assim, as diretrizes estratégicas para o processo de construção do SUS, às quais, se acrescentam regionalização, **hierarquização** e **integração**, princípios que apontam como deve ser a organização do processo de prestação de ações e serviços.



VEJA SE É ISSO MESMO

Dá para perceber que desde o final dos anos 80 e durante toda a década de 90, vem se desenvolvendo um processo de mudanças político-institucionais, no Ministério da Saúde, nas Secretarias de Saúde dos estados e nas Secretarias municipais de Saúde com vistas a elaborar e executar propostas que tornem os princípios do SUS uma realidade?

Nos últimos 15 anos vem se desenvolvendo um **complexo** e **heterogêneo** processo de mudanças na gestão, no financiamento e na organização das unidades de prestação de serviços (postos e centros de saúde, ambulatórios, laboratórios e hospitais) em todo o país, ainda que em meio a uma série de dificuldades de ordem política e financeira que podem ser notadas em acelerações e atrasos, algumas vezes mudanças de rumo e surgimento de novos obstáculos, tanto no nível federal quanto no estadual e no municipal. Além das preocupações com o financiamento e gestão, existe a preocupação com a construção de um novo **modelo de atenção à saúde** que concretize os princípios do SUS, e fortaleça o “controle social” sobre a gestão do sistema.

Entende-se por **Modelo de Atenção à Saúde**

a forma de organização tecnológica do processo de trabalho em saúde, podendo-se identificar a existência de vários modelos, de acordo com:

- a concepção adotada acerca da finalidade do trabalho (prevenir e/ ou curar),
- à natureza do objeto (processo saúde-doença no plano individual ou coletivo) de trabalho,
- às características do sujeito (profissionais e trabalhadores de saúde) e
- a tecnologia empregada, configurando-se distintas relações técnicas e sociais de acordo com a forma de organização do processo de produção de serviços nas diversas sociedades.

No Brasil, predomina o modelo **médico-assistencial privatista** e o **modelo sanitário**, ponto de partida do processo de reforma que pretende construir um **modelo de atenção integral à saúde** que englobe as distintas práticas (promoção, prevenção e assistência) em diversos níveis de complexidade organizacional dos serviços (atenção básica e atenção de média e alta complexidade).





princípios e diretrizes

3. Princípios finalísticos e diretrizes estratégicas do SUS

● Universalidade, Equidade, Integralidade

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem as bases jurídicas da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje, está exposto no artigo 196 da Constituição Federal (1998) que afirma:

***"A saúde é direito de todos e dever do Estado,
garantido mediante políticas sociais e***

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Como você pode perceber, esse módulo traz dois elementos importantes:

- 1** A idéia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, por nascimento ou naturalização;
- 2** A noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde



Para cumprir essa responsabilidade política social assumida na Constituição, o Estado tem de propor e implementar políticas econômicas e sociais que venham a melhorar as condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Nessas políticas, devem estar incluídas aquelas voltadas, especificamente, para garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde. Esse conjunto de formulações é o que chamamos de **Política de Saúde**, que é o conjunto de propostas organizadas em planos, programas e projetos.

► **A universalidade**

é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando, assim, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção.

Para que o SUS venha a ser **universal**, é preciso se desencadear um **processo de universalização**, isto é, um processo de extensão de cobertura

dos serviços de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população.

Para isso, é preciso eliminar barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se colocam entre a população e os serviços.

Veja a seguir...

3.1. Barreira jurídica

A barreira jurídica foi eliminada com a Constituição Federal de 88, que universalizou o direito à saúde, e com isso, eliminou a necessidade de o usuário do sistema público colocar-se como trabalhador ou como “indigente”, situações que condicionavam o acesso aos serviços públicos antes do SUS. De fato, os trabalhadores “de carteira assinada” e seus dependentes, tinham o direito assegurado aos serviços do antigo Inamps, na medida em que contribuía (como contribuem ainda hoje) para a Previdência Social. Aos excluídos do mercado formal de trabalho, restava a condição de “indigentes”, pobres que recorriam às instituições filantrópicas ou, mais freqüentemente, aos serviços públicos mantidos pelo Ministério da Saúde ou da Educação (centros e hospitais universitários) e pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde. Com o SUS, essa situação foi superada e todos os brasileiros, sem exceção, passaram a ter direito à saúde.

O pleno exercício desse direito, entretanto, exige a superação das barreiras econômicas, sociais e culturais que ainda se colocam entre os usuários e o sistema de serviços de saúde.



2. Barreira econômica

Do ponto de vista econômico, ainda que a população não precise pagar diretamente pelos serviços (o financiamento é assegurado pelo Estado, mediante a utilização de fundos públicos), não se pode negar que a enorme parcela da população pobre, que vive em pequenos municípios com baixo grau de desenvolvimento econômico ou habitam a periferia das grandes cidades, não dispõe de condições mínimas de acesso aos serviços, às vezes até porque não tem como pagar o transporte necessário para chegar a uma unidade de saúde.



3.3. Barreira sociocultural

Do ponto de vista sociocultural também existem barreiras, sendo a principal delas, sem dúvida, a barreira da linguagem, da comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários. Mesmo chegando às unidades de saúde, grande parte da população encontra dificuldades em se comunicar com os profissionais que ali trabalham, em função do afastamento, historicamente criado, entre a equipe de saúde e a população. Isso se deve ao fato do não entendimento, por parte do sistema, da importância do diálogo entre profissionais de saúde e usuários para a efetividade da atenção à saúde. Por outro lado, a ausência de qualificação profissional em larga escala e a baixa escolaridade da população se somam e agravam o problema.

ALGUNS EXEMPLOS

1. Uma simples receita médica, escrita com uma caligrafia incompreensível pode transformar-se em um texto difícil de ser lido, portanto, uma barreira para o usuário, seja ele alfabetizado ou não.

2. O desconhecimento dos profissionais de saúde acerca dos hábitos culturais das diferentes populações que se encontram na área de abrangência da

unidade de saúde dificulta, na maioria das vezes, o entendimento dos problemas e necessidades de saúde e a busca de soluções para o seu enfrentamento.

3. O pouco esclarecimento que a população tem sobre a importância do papel pró-ativo da comunidade na melhoria da saúde e da qualidade de vida individual e coletiva dificulta a resolução de determinados problemas.

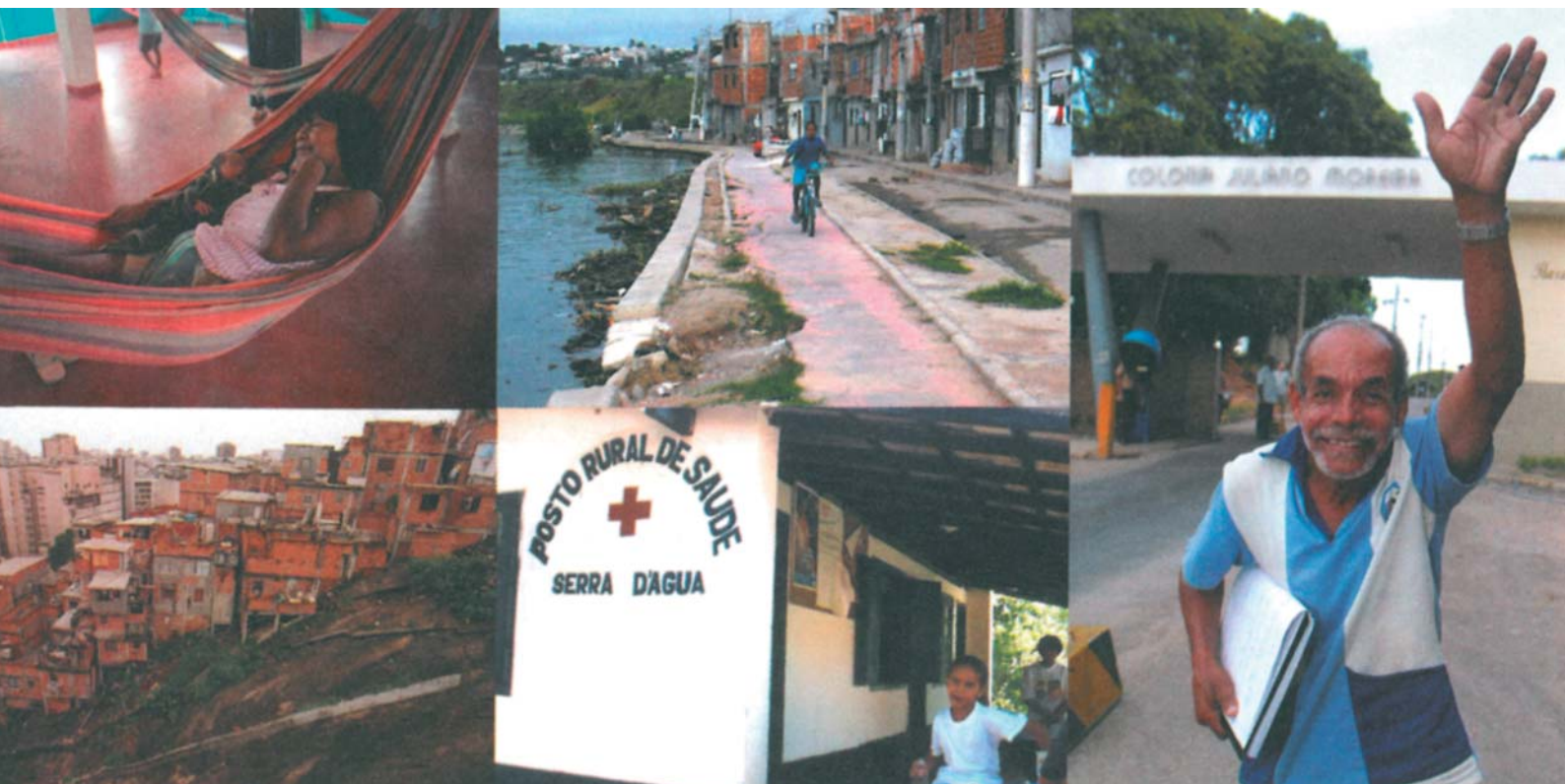
Superar essa barreira cultural e comunicativa entre os usuários e o sistema de saúde é com certeza um dos maiores desafios no caminho da universalização do acesso não só aos serviços (localizados no território) também à informação necessária para o envolvimento das pessoas dos diversos grupos populacionais no processo de promoção e recuperação da saúde individual e coletiva. Com isso, podemos colocar em cena o princípio da **eqüidade**, mais um dos princípios finalísticos do SUS e, atualmente, o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental.



► A noção de **eqüidade**

diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de forma a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade.

O ponto de partida da noção de eqüidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais, e o reconhecimento de que muitas dessas devem ser superadas. Em saúde, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades nas formas



do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades, para se garantir melhores condições de vida e saúde para todos.

O princípio da equidade está voltado para dois aspectos do processo de reforma do sistema de saúde:

- 1** A reorientação dos investimentos para o desenvolvimento dos serviços nas várias regiões, estados e municípios, e
- 2** A reorientação das ações a serem realizadas, de acordo com o perfil de necessidades e problemas da população usuária. Aqui a busca por equidade se articula com outro princípio do SUS, a **integralidade** do cuidado à saúde.

A integralidade é (ou não) uma condição do modelo de atenção, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” engloba o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação.

O debate em torno das estratégias de mudança do sistema de serviços de saúde de modo que este venha

▶ A noção de **integralidade**

diz respeito às várias ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, que precisam organizar o conjunto de práticas desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Um modelo “integral”, portanto,

é aquele que dispõe de estabelecimentos - unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de **promoção da saúde** em grupos populacionais definidos (ex.: ações de saúde bucal para crianças de 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental), às ações específicas de **vigilância ambiental** (ex.: controle da qualidade da água para consumo nas escolas de Ensino Fundamental), **vigilância sanitária** (ex.: controle sanitário da

qualidade da merenda escolar nas escolas de Ensino Fundamental) e **vigilância epidemiológica** dirigidas ao controle de riscos e danos (ex.: vacinação de rotina e acompanhamento da carteira de vacinação das crianças das escolas de educação infantil), até ações de **assistência** (consultas médicas, de enfermagem, dentista etc.) e **recuperação** de indivíduos enfermos (cirurgias, Raio-X etc.), sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

► A Regionalização

dos serviços implica delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também considera a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo.

No Brasil, a regionalização foi adotada pelas secretarias estaduais de Saúde nos anos 70/80, gerando a subdivisão do território estadual em Diretorias ou Escritórios Regionais de Saúde e vem sendo proposta novamente em nossos dias, como forma de reorganização dos sistemas municipais e locais.

► A Hierarquização

é uma forma de organização das unidades de saúde de acordo com o grau de complexidade tecnológica dos serviços e implica o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações.

a garantir a integralidade do cuidado contribuíram para a sistematização de vários princípios organizativos, que foram assumidos, em nossa legislação, como “diretrizes estratégicas” para a organização do SUS, que são:

1) a **descentralização** da gestão dos recursos, 2) a **regionalização e hierarquização** das unidades de produção de serviços e 3) a **integração** das ações promocionais, preventivas e curativas.

1 A **descentralização** da gestão do sistema implica transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal (MS) para os estados (SES) e municípios (SMS). Esta transferência ocorre a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, ao mesmo tempo, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes.

2 A **regionalização** e a **hierarquização** dos serviços dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos (unidades de unidades) entre si e com a população usuária. A **regionalização** dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas também considera a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo.





A **hierarquização** dos serviços, por sua vez, diz respeito à possibilidade de organização das unidades segundo grau de **complexidade tecnológica dos serviços**, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um **sistema de referência e contra-referência** de usuários e de informações.

O processo de estabelecimento de redes hierarquizadas pode também implicar o estabelecimento de vínculos específicos entre unidades (de distintos graus de complexidade tecnológica) que prestam serviços de determinada natureza, como, por exemplo, a rede de atendimento a urgências/emergências, ou a rede de atenção à saúde mental.

- 3 A **integração** entre as ações promocionais, preventivas e curativas diz respeito à possibilidade de se estabelecer um perfil de oferta de ações e serviços do sistema que contemple as várias alternativas de intervenção sobre os problemas de saúde, abarcando intervenções sobre condições de vida, **riscos** e **danos** à saúde.

► **Sistema de Referência (SR) e Contra-Referência (CR)**

é um sistema de informação que garante ao cidadão o atendimento integral às suas necessidades de saúde - a integralidade das ações.

Quando um usuário do SUS necessita de uma certa ação que não está disponível em sua unidade básica de referência, ele deve ser encaminhado a um outro estabelecimento de saúde de diferente complexidade, o qual deverá realizar o procedimento solicitado.

Em seguida, feita a ação, o paciente deverá ser encaminhado de volta à sua unidade básica de origem para dar continuidade ao seu atendimento.

► **Integração**

é um processo de articulação das práticas e serviços de saúde que contempla o desenvolvimento equilibrado de ações de promoção e proteção da saúde ao lado de ações de assistência e recuperação, o que exige a articulação dos serviços realizados em diversos níveis de complexidade.



Você sabe o que é um RISCO? E o que é um DANO à Saúde?

Riscos e danos podem ocorrer a pessoas e objetos (coisas).

Lembra quando a gente vê um copo muito próximo da borda de uma mesa, e dizemos ao nosso filho: “cuidado, que este copo pode cair e você vai se cortar”?

O risco é a possibilidade de o copo cair e o dano tanto é o corte que ele pode causar em alguém quanto a perda deste objeto por ele ter se quebrado.

Você vai compreender isso melhor durante o trabalho de campo, que se desenvolverá ao longo de todo o Curso a partir deste módulo.

Você irá identificar e localizar, em seu cotidiano de vida e trabalho, os muitos riscos e danos que poderão ocorrer ou que já estão presentes na vida das pessoas, no território de sua atuação.

A integração das ações se dá de duas formas:

- uma **vertical**, proporcionada pelo estabelecimento da hierarquização dos serviços (Sistema de Referência e Contra Referência), que permite a produção de ações de distinta complexidade (primária, secundária, terciária) em função da natureza do problema que se esteja enfrentando.
- uma **horizontal**, que permite a articulação, no enfrentamento do problema, de ações de distinta natureza (promoção, prevenção, recuperação).

NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

1	Nível primário	Postos e centros de saúde, realizam ações básicas de saúde em conformidade com o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência.
2	Nível secundário	Centros de saúde mais complexos (com especialidades médicas); policlínicas; hospitais locais; laboratórios; bancos de sangue dentre outros, referência municipal.
3	Nível terciário	Policlínicas especializadas; hospitais gerais; hospitais terciários ou de base; diagnóstico por imagens, etc. Referência estadual, nacional.
4	Nível quartenário	Hospitais universitários; hospitais especializados; laboratórios de engenharia genética etc. Referência nacional e internacional.

A construção de um modelo de atenção integral à saúde pressupõe, portanto, o desenvolvimento de um processo de implantação de ações que não são desenvolvidas no sistema de saúde, ao mesmo tempo que se promove a integração, tanto “vertical” quanto “horizontal” de ações desenvolvidas.

No caso da Vigilância em Saúde, na maioria dos nossos sistemas municipais de saúde, são escassamente desenvolvidas as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica e as ações de promoção da saúde praticamente inexistem em nosso sistema como um todo.

As ações de prevenção e de assistência carecem de articulação pois vêm sendo historicamente desenvolvidas por instituições diferentes, com lógicas organizacionais distintas, como é o caso do antigo Inamps, das antigas SES, da Funasa, etc., hoje integradas no MS, SES e SMS.

Para que você entenda a complexidade desse processo e os desafios e propostas que estão colocados hoje, é importante revisar os conceitos básicos que fundamentam a noção de **Vigilância em Saúde**, proposta que pode funcionar como um elemento aglutinador de um conjunto de idéias que vem sendo elaboradas e experimentadas no âmbito acadêmico e nos serviços de saúde, tendo em vista a integração das ações e serviços em busca de integralidade do modelo de atenção à saúde.





4. Prevenção, promoção e vigilância em saúde: origens e propostas

A noção de prevenção é muito antiga, fazendo parte da prática médica desde as suas origens. Ao longo da história da Medicina e da Saúde Pública, desenvolveu-se uma tensão permanente entre a perspectiva preventiva e a curativa, cuja superação começou a ser discutida já no século XX, com o surgimento da **Medicina Integral**, cujas propostas foram incorporadas em vários movimentos de idéias como a **Medicina Preventiva**, a Medicina Comunitária e a **Medicina Familiar**.

No momento atual, a reflexão sobre as práticas de prevenção e o saber que as fundamenta têm se estruturado em torno do movimento de **Promoção de Saúde**, com origem no Canadá e difundido internacionalmente a partir dos anos 90. Este movimento traz uma inovação conceitual em relação ao processo saúde-doença, com a redefinição do **modelo ecológico** através da elaboração da proposta de **campo da saúde** que coloca os "fatores causais" do processo saúde-doença em indivíduos e populações em um

► **Medicina Integral**

Movimento ideológico (surgido nas primeiras décadas do século XX na Europa) que propunha, fundamentalmente, a busca de integralidade do cuidado à saúde, levando em conta as várias dimensões do ser humano, como ser dotado de uma materialidade biológica, uma dimensão psicológica e uma dimensão social.

► **Medicina Preventiva**

Movimento de reforma do ensino médico, surgido nos EUA no pós-guerra e difundido amplamente na América Latina e Brasil, principalmente a partir da Reforma Universitária de 1968.

Incorpora a noção de integração entre a Medicina e a Saúde Pública, propondo a incorporação do modelo da História Natural da Doença para o entendimento do processo saúde-doença e a adoção de uma “atitude preventivista” na prática médica que implica o desenvolvimento de ações em diversos níveis, abarcando desde a promoção da saúde (prevenção primária) à proteção específica e o diagnóstico precoce (prevenção secundária) ao tratamento, recuperação e reabilitação (prevenção terciária).

► **Medicina Comunitária**

Movimento de reforma da organização dos serviços de saúde surgido nos EUA na década de 60. Seus conceitos básicos e estratégicos foram progressivamente incorporados aos processos de formulação de políticas em vários países, inclusive o Brasil, que, nos anos 70, criou os Programas de Extensão de Cobertura voltados ao

fortalecimento da Atenção Primária de Saúde (APS), entendida como nível básico de atenção e estratégia de mudança na organização dos sistemas de saúde, a partir da regionalização, hierarquização e integração dos serviços, com participação da comunidade.

► **Medicina Familiar**

Movimento de reforma médica, surgido nos EUA e México nos anos 70, que propunha o resgate da unidade familiar como objeto do cuidado médico, em reação à excessiva especialização e superespecialização da prática médica.

No Brasil, esse movimento inspirou a criação de cursos de residência em Medicina Geral e Comunitária, voltados à formação do “clínico geral”, nos anos 80.

Já na década de 90, a proposta de Saúde da Família redefine essa concepção.

► **A Promoção da Saúde**

Originalmente entendida como uma das funções da medicina, e posteriormente definida como o conjunto de ações de prevenção primária, a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde com a finalidade de melhorar a saúde dos indivíduos e grupos da população, a **Promoção da Saúde** tornou-se, a partir de 1974, um movimento internacional que propõe o desenvolvimento de ações intersetoriais (emprego, geração de renda, saneamento, habitação, educação, transporte, saúde e lazer) e a mobilização social em torno da melhoria da qualidade de vida dos diversos grupos sociais e da população em geral.

► **O modelo ecológico**

articula os fatores causais do processo saúde-doença em uma tríade constituída pelo Agente, Hospedeiro e Ambiente, de cujo equilíbrio depende a ocorrência ou não de doenças em indivíduos e populações.

Este modelo foi e é largamente utilizado na explicação da ocorrência e distribuição de doenças infecto-contagiosas.

► **O campo da saúde**

é constituído pela confluência de um conjunto heterogêneo de fatores causais do processo saúde-doença em indivíduos e populações, sendo representado esquematicamente por um gráfico com quatro eixos centrais: os fatores ligados à Biologia Humana, ao Ambiente, aos Estilos de Vida e ao Sistema de Serviços de Saúde.

O modelo do campo da saúde busca ser abrangente o suficiente para explicar padrões epidemiológicos complexos, em que se conjugam doenças crônico-degenerativas, infecto-contagiosas, acidentes e outros agravos à saúde cuja determinação é complexa, envolvendo múltiplos fatores em interação.

FIGURA 1
DIAGRAMA DO
CAMPO DA SAÚDE

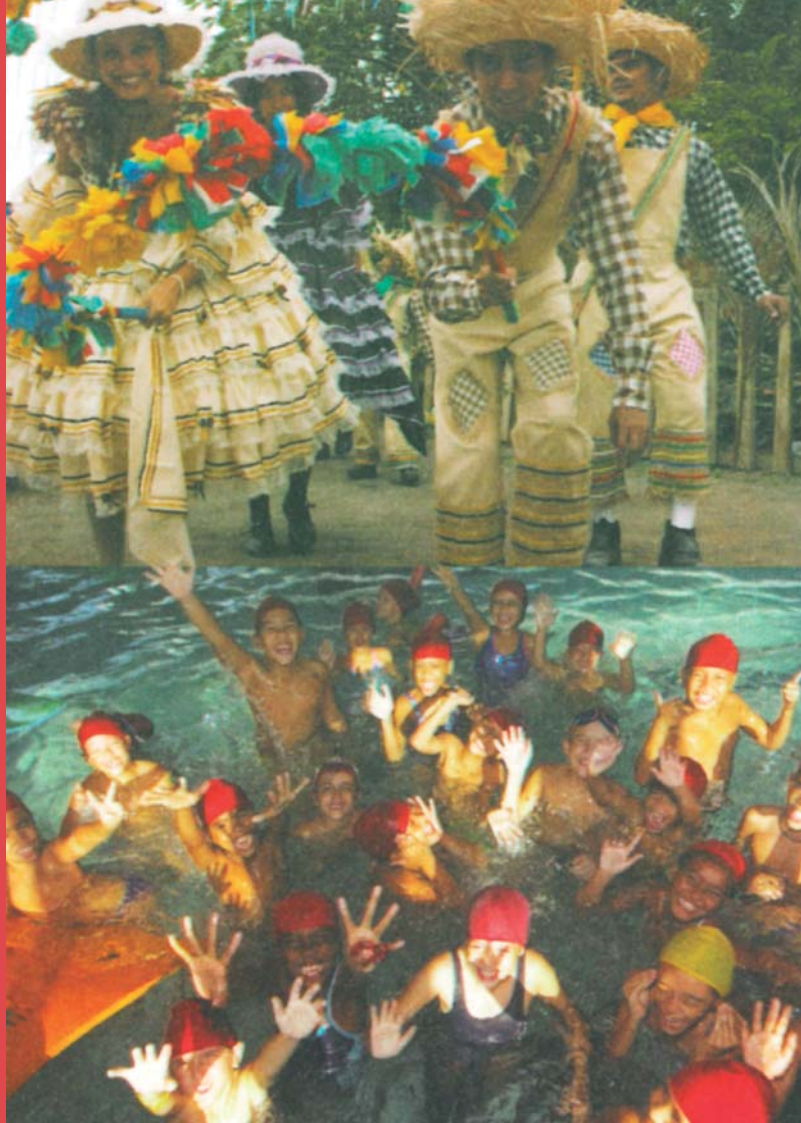


espaço constituído pela Biologia Humana, Ambiente, Estilos de vida e Sistema de organização dos serviços.

Na prática, a Promoção da Saúde desloca radicalmente o eixo organizacional da atenção à saúde da figura do médico para a ação social e política em torno da criação e manutenção de condições saudáveis de vida. De acordo com o entendimento de “campo da saúde”, estas ações se desenvolvem em planos diferentes, incluindo ações sobre o ambiente - físico, mental e social, desenvolvimento de políticas e práticas que se reflitam nas condições e “estilos de vida” das pessoas e grupos sociais, até alterações na organização e operação dos sistemas e serviços de saúde. O que se pretende é que o sistema de saúde seja capaz de incorporar, crítica e criteriosamente, as mudanças científicas tecnológicas na área da saúde e transformar-se, tendo em vista as alterações epidemiológicas e sociais nas condições de vida e saúde da população e, principalmente, aos novos valores relacionados à promoção da saúde e da qualidade de vida.

O que é uma cidade saudável para você? Como você desenharia esta nova cidade?

Seria bom se durante o trabalho de campo, você identificasse e tirasse fotos de lugares e ambientes que considera saudáveis, para demonstrar que nem tudo são problemas na Saúde Pública e na vida das pessoas. Existem redes, lugares e situações de felicidade e bem-estar.



As idéias e propostas em torno da Promoção da **Saúde** têm sido absorvidas no mundo inteiro constituindo-se, hoje, em um amplo movimento de mudança nas concepções, políticas e práticas de saúde em vários países. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde lançou o Programa das Cidades Saudáveis em 1994 e desde então vem estimulando um movimento de revalorização da gestão local, municipal e distrital, propondo a articulação de políticas intersetoriais voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas e dos diversos grupos populacionais.

Pois bem, no Brasil, a divulgação dessas propostas se encontra e se articula com o debate sobre os modelos de atenção à saúde, inclusive com a proposta de **Vigilância em Saúde**, um dos temas que subsidiam a formulação de políticas e estratégias no âmbito do SUS.

De fato, o debate sobre a construção da Vigilância da Saúde surgiu, no Brasil, no início dos anos 90, quando vários **Distritos Sanitários** em processo de implantação

► Distrito Sanitário (DS)

É uma proposta para a organização dos sistemas locais de saúde.

O DS seria a unidade operacional mínima do sistema, capaz de responder a maior parte dos problemas de saúde de uma população no nível local.

O DS pressupõe uma base territorial onde se organizam unidades de saúde, força de trabalho, recursos financeiros e tecnológicos para resolver problemas e atender às necessidades de saúde.

► *A lógica da atenção à demanda espontânea*

se expressa no atendimento aos usuários que procuram os serviços de saúde, no mais das vezes quando já apresentam sinais e sintomas de enfermidade.

► *Os programas especiais*

têm sido elaborados pelo Ministério da Saúde, principalmente a partir de meados dos anos 70 e incluem tanto o controle de doenças específicas (tuberculose, hanseníase, esquistossomose, Aids, hipertensão e diabetes), quanto a atenção a grupos populacionais considerados prioritários (mulher, criança, adolescente, idoso).

Também são os responsáveis por campanhas e programas caracterizados pela utilização de uma tecnologia específica (Programa Ampliado de Imunização (PAI), por exemplo).

► *A oferta organizada de ações e serviços*

leva em conta a delimitação da área de abrangência de uma unidade básica de saúde e implica a adequação do processo de trabalho dos profissionais envolvidos nos diversos programas e serviços em função das necessidades e problemas de saúde da população da área.

buscavam organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços.

Naquele momento, a preocupação central era com a possibilidade de reorganização do processo de prestação de serviços como forma de “integrar” as diferentes lógicas existentes, **a atenção à demanda espontânea** e os **programas especiais**, herdados do modelo anterior, propondo-se a **oferta organizada de serviços** com base na identificação das necessidades de saúde da população de determinadas áreas de abrangência das unidades de saúde dos Distritos Sanitários como forma de superar, gradativamente, a atenção à “demanda espontânea”, e os “programas especiais”.

A articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, tornou-se um referencial para o processo de mudança do modelo de atenção e se expressou na utilização do termo **Vigilância à Saúde**. O debate que se seguiu em torno da noção de **Vigilância em Saúde**, envolvendo professores e profissionais dos serviços, apontou três vertentes dessa concepção: ►



1 *Vigilância em Saúde como Análise de Situações de Saúde*

Entendida como o monitoramento da situação de saúde sem incorporar as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas, ou seja, uma ampliação dos objetos de vigilância epidemiológica, que passam a abarcar não apenas as doenças transmissíveis, mas também as investigações e a montagem de bancos de dados sobre outros agravos como mortalidade infantil, materna, doenças crônicas, acidentes e violência, bem como aspectos relativos à organização e produção dos serviços de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

ENTÃO, QUAL DAS TRÊS CONCEPÇÕES DEFINE MELHOR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE?

A Vigilância em Saúde

é uma proposta de reorganização das práticas de saúde que leve em conta, por um lado, a busca de integralidade do cuidado à saúde e, por outro, a necessidade de adequar as ações e serviços à situação concreta da população de cada área territorial definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, seja um distrito sanitário, um município ou uma microrregião de saúde.

2 *Vigilância em Saúde como proposta de "integração" institucional entre a Vigilância epidemiológica e a Vigilância sanitária*

Esta vertente se concretizou em várias das reformas administrativas realizadas pelas secretarias estaduais de saúde nos anos 90, com a criação de Departamentos de Vigilância em Saúde, resultando, em alguns casos, no fortalecimento das ações de vigilância sanitária e articulação com centros de saúde do trabalhador, constituindo-se no espaço privilegiado para a implementação das campanhas de imunização e programas de controle de epidemias e endemias.

3 *Vigilância em Saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias*

havendo duas concepções:

A primeira enfatiza a dimensão técnica, ao entender a vigilância em saúde como um modelo assistencial alternativo que reúne um conjunto de práticas sanitárias que requerem combinações de tecnologias distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos.

A segunda privilegia a dimensão gerencial, caracterizando-a como "uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para enfrentar problemas de enfrentamento contínuo, em um *território delimitado (...) através de operações montadas sobre os problemas nos diferentes períodos do processo saúde-doença*."

Você pode ver que, nesse último significado, a noção de Vigilância em Saúde articula os vários níveis de prevenção, enfatizando o desenvolvimento de "Políticas públicas saudáveis" e de "ações sociais organizadas" em defesa da saúde e das melhorias de condições de vida. Fiel à idéia de "integração", a Vigilância em Saúde trataria de articular o "enfoque populacional" (promoção) com o "enfoque de risco" (prevenção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se de fato em uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde da(s) populações em cada país, estado ou município (territórios).

► **Modelo médico assistencial privatista**

Modo de organização da prestação de serviços de saúde que privilegia o atendimento individual e curativo, prestado pelo médico e profissionais “paramédicos”.

Este modelo se concretiza nos hospitais e clínicas privadas (conveniadas ou não com o SUS) e também nos hospitais unidades de saúde do SUS nas quais se reproduz a lógica de atendimento à “demanda espontânea”.

Para ilustrar o conjunto de práticas, saberes e tecnologias contempladas nessa proposta, foi elaborado em 1993 por Paim, médico sanitarista, um interessante esquema articulando os momentos de determinação do processo saúde-doença às estratégias de promoção da saúde, de prevenção de riscos e agravos e de assistência aos doentes.

Comparando esta concepção de Vigilância em Saúde com o **modelo médico-assistencial privatista** e com o **modelo sanitarista**, constata-se as diferenças com relação aos sujeitos, ao objeto, aos métodos e a forma de organização dos processos de trabalho, conforme se pode observar no **quadro 1**.

QUADRO 1

MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de organização
Modelo médico-assistencial privatista	Médico <ul style="list-style-type: none"> • especialização • complementariedade (paramédicos) 	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitarista	Sanitarista <ul style="list-style-type: none"> • auxiliares 	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância em Saúde	Equipe de saúde P opulação (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas saudáveis • Ações intersetoriais • Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) • Operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: Teixeira, 2001

O modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença em sua expressão individualizada e utiliza como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias. Já o modelo sanitarista tem como sujeitos os sanitaristas, cujo trabalho toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização etc.)

A Vigilância em Saúde, todavia, propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto dos trabalhadores da saúde ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde.

As formas de organização dos processos de trabalho envolvidas em cada um desses modelos são diversas. Do trabalho intensivo condensado na rede de prestação de serviços de saúde, cujo local privilegiado, no modelo médico-assistencial, é o hospital, passa-se, no modelo

▶ **Modelo sanitarista**

Constituído pelas campanhas e programas de saúde pública, este modelo ainda predomina no SUS como forma de organização das ações de caráter coletivo, voltadas ao controle de doenças ou riscos à saúde em grupos populacionais específicos.





sanitarista, para as unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, programas e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. A proposta de Vigilância da Saúde, entretanto, transcende os espaços institucionalizados do **sistema de serviços de saúde** e se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não-governamental, envolvendo uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais. Corresponde, então, a uma prática social que não é monopólio dos profissionais e trabalhadores de saúde, embora tenha neles e nas unidades gestoras e operativas do sistema de serviços de saúde sua base de apoio e expansão.



Um Sistema de Serviços de Saúde

pode ser definido, genericamente, como um conjunto de instituições envolvidas direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde a uma dada população em um território específico (país, estado, município).

A análise de um sistema de saúde pode ser feita distinguindo-se seus componentes:

- a infraestrutura (recursos físicos, humanos e materiais),
- a forma de organização (unidades, redes),
- o financiamento (fontes, volume e forma de distribuição e utilização dos recursos financeiros),
- a gestão (pública, privada ou "mista", centralizada ou descentralizada, autoritária/democrática, tecnocrática/participativa)
- e o perfil de prestação de serviços à população (relação oferta/demanda/necessidades de saúde).





no
âmbito
do SUS

5. A Vigilância da Saúde no âmbito do SUS

Considerando as características econômicas e culturais da sociedade brasileira e, principalmente, levando em conta as extremas desigualdades sociais que afetam nossa população e as enormes deficiências dos “sistemas” de serviços de saúde herdados do período anterior ao SUS, você pode imaginar que a garantia da universalidade e equidade no acesso aos serviços de saúde e na integralidade do cuidado tem exigido e exige um conjunto enorme de investimentos em projetos de desenvolvimento da infraestrutura, de **desenvolvimento de recursos humanos em saúde** e de **desenvolvimento gerencial e organizacional nos diversos níveis**. Isto pressupõe grandes investimentos em termos de recursos financeiros, principalmente nas regiões mais pobres, nos estados mais pobres de cada região e nos municípios mais pobres em cada estado.

O processo de construção do SUS vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos

normativos cujo objetivo central é a racionalização das formas de financiamento e gestão do sistema fundamentada em uma proposta de ampliação da autonomia política dos estados e municípios. A legislação do SUS vem sendo acrescida por **Normas Operacionais Básicas (NOBS)**, publicadas pelo Ministério da Saúde durante a década de 90.

No contexto da **municipalização**, o debate político-institucional durante os anos 90 privilegiou o financiamento e a gestão do SUS, discutindo-se, a partir do processo de descentralização, a questão da “organização do sistema”, especialmente no que diz respeito à redefinição de funções e competências do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e a reestruturação da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Mais recentemente começou a se colocar, com uma certa intensidade, a preocupação dos dirigentes e técnicos do sistema com o modelo de atenção à saúde, isto é, com a reorganização das práticas de saúde nos vários níveis do sistema. Assim é que a NOB 001/96 (Brasil, 1996) tratou de incorporar esta preocupação, estabelecendo estímulos financeiros aos municípios que se responsabilizassem pela descentralização das ações de vigilância epidemiológica (controle de doenças de notificação compulsória, como tuberculose, meningite, tétano, sarampo, cólera, Aids e outras), pela implementação das ações de vigilância sanitária (controle da água e dos alimentos, controle da comercialização de medicamentos e fiscalização dos estabelecimentos de saúde. etc.) bem como que assumissem a estratégia de Saúde da Família, isto é, a implantação do Pacs e do PSF, entendidos como eixo da transformação do modelo assistencial do SUS.

E hoje?

Qual é a Norma que regulamenta o processo de implementação do SUS?

► **As *NOBS***

tratam de regulamentar os procedimentos administrativos para a transferência de recursos federais e regem a gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, estabelecendo os critérios e requisitos para a habilitação dos estados e municípios ao processo de descentralização (Leucovitz, Lima e Machado, 2001).

► ***Municipalização das ações e serviços de saúde***

forma de descentralização político-administrativa do sistema de saúde adotada no Brasil nos anos 90.

Prevê a transferência de poder de decisão e de recursos aos municípios de acordo com determinados estágios equivalentes ao grau de responsabilidade assumido pelo município com relação ao sistema de serviços de saúde.



► **Gestão avançada da Atenção Básica**

nesta modalidade de gestão, os municípios se habilitam para elaborar sua programação dos serviços básicos-promoção, prevenção e reabilitação, inclusive domiciliares e comunitários, bem como buscar garantir a referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus cidadãos através da incorporação negociada junto à programação estadual.

Cada município deve gerenciar as unidades ambulatoriais próprias e as unidades ambulatoriais do estado ou União em seu território, desde que tenha condições para isso; executar as ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS); executar as ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

No momento atual, o processo de construção passou a ser regido por uma nova Norma Operacional, aprovada em janeiro de 2001 e redefinida nos primeiros meses de 2002 (MS, 2001; MS, 2002), segundo a qual os municípios podem assumir duas formas de gestão: a **Gestão avançada da atenção básica** e a **Gestão plena do sistema**. Os municípios de pequeno e médio porte, em geral, deverão passar da gestão da atenção básica para a gestão “avançada”. Isto significa assumir mais fortemente o conjunto de ações de promoção da saúde (educação sanitária), vigilância epidemiológica e sanitária, assistência a grupos de risco (recém-nascidos, crianças, mulheres, entre outros) e a atenção básica e de média complexidade à demanda espontânea (pessoas que procuram os serviços de saúde). Os municípios maiores, que contam com mais e melhores recursos e serviços, podem vir a assumir a gestão plena do sistema, o que inclui o controle e a regulação sobre a atenção de alta complexidade, inclusive do setor privado contratado e conveniado com o SUS.

Em cada estado deve-se desencadear um processo de regionalização da assistência, com o estabelecimento de regiões (ou microrregiões assistenciais), nas quais um município pólo (município de médio ou grande porte que passar à Gestão plena do sistema) será o responsável por coordenar um processo de programação integrada com os municípios vizinhos que farão parte da microrregião, garantindo-se, assim, a toda a população do território regional, acesso às ações e serviços básicos e aos serviços de média e alta complexidade disponíveis.

Como você pode perceber, esse processo coloca em questão a direcionalidade da mudança do modelo de atenção à saúde, podendo-se admitir a possibilidade de construção de modelos diversos, com a tendência de reprodução dos modelos hegemônicos, ou seja,...



... o modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado dos esforços de construção de “modelos” alternativos.

Gestão Plena do Sistema

os municípios se habilitam nessa modalidade de gestão para elaborar toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.

O município gerencia suas unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.

Gerencia as unidades ambulatoriais e hospitalares

do estado e da União que estejam em seu território. Reorganiza as unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), e introduz a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

Deve garantir a prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, e os demais serviços prestados aos seus munícipes.

Também é responsável pela normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal.

Deve executar ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária e ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no Teto Financeiro da Epidemiologia e controle de Doenças (TFECD).

O debate em torno da Promoção e Vigilância em Saúde, concebida como uma nova forma de pensar e de organizar as práticas de saúde, oferece um caminho para o desenvolvimento desse processo, na medida em que assume como finalidade a construção de modelo(s) assistencial(ais) coerente(s) com a problemática de cada município e viável(eis) do ponto de vista da disponibilidade de recursos e da capacidade técnica, gerencial e política dos sistemas municipais de saúde.

O processo de construção da Vigilância da Saúde em cada município ou, na perspectiva colocada pela **NOAS** 2002, em cada "microrregião de saúde", pode levar em conta os diversos programas e projetos que vêm sendo implantados com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços, bem como redefinir a forma de organização e o conteúdo das práticas de saúde. Do mesmo modo, cabe ao município aproveitar as propostas de mudança na gestão do sistema e desenvolver mecanismos de controle e regulação sobre as práticas de assistência, de modo a estabelecer um certo "equilíbrio" entre as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação, de acordo, evidentemente, com o perfil epidemiológico e as necessidades sociais de saúde da população do seu território.

A NOAS

é uma Norma Operacional da Assistência à Saúde que tem como objetivo geral promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Seu foco está centrado na ação e na responsabilidade do nível Estadual, no sentido de se assumir, através de um pacto entre os municípios, a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização desencadeado e fortalecido pelas NOB 91/93/96.

É necessário, então, desencadear alguns **processos estruturantes** da Vigilância em Saúde: o **planejamento e a programação local**, a **reorganização da rede de serviços** e a **implementação da estratégia da Saúde da Família**. A articulação desses processos pode vir a favorecer um certo “sinergismo”, ou seja, uma soma de esforços no sentido de mudanças gerenciais, organizativas e operacionais no âmbito de sistemas locais (microrregiões de saúde, municípios e módulos assistenciais) que, em conjunto, contribuam à construção do novo modelo.



O **planejamento e a programação local**, em um enfoque situacional, que privilegie a identificação e análise dos problemas e necessidades de saúde em cada território específico, pode ser um potente instrumento de reorientação das práticas de saúde, na medida em que se constitua em um espaço de formulação de propostas de ações promocionais, voltadas ao controle dos determinantes dos problemas, bem como de articulação das ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, selecionadas em função dos problemas específicos que afetam a população das diversas áreas de abrangência à luz das prioridades nacionais e estaduais estabelecidas no **Pacto de indicadores** negociado entre as várias instâncias de governo do SUS.

Processos estruturantes

estratégias programáticas e operacionais, geralmente traduzidas em programas, projetos, ações e movimentos que dão o suporte necessário para estruturação do Sistema Único de Saúde em cada estado e município.

Esses processos são complementares às propostas mais gerais de atenção à saúde do SUS, visam a acelerar e dar maior visibilidade ao sistema junto à população e estão normalmente voltados para atender a grupos específicos.

Como exemplos, temos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), bem como os projetos Cidades Saudáveis e Distritos Sanitários.

Pacto de indicadores

São acordos que se estabelecem para alcançar determinadas metas entre os três entes de governo - federal, estadual e municipal -, a partir da análise de indicadores de saúde e de impacto (eficácia, eficiência e efetividade).

Por exemplo, se estabelece que no prazo de dois anos deve-se reduzir a mortalidade infantil da Paraíba de 62% por 1000 nascidos vivos para 50% por 1000 nascidos vivos através da intensificação das ações de atenção à mãe e à criança e do aleitamento materno.

Depois de dois anos verifica-se se a meta foi alcançada avaliando as estratégias utilizadas e o desempenho de cada uma das esferas de governo no processo.



A **reorganização dos serviços**, por sua vez, pode vir a significar um espaço de redefinição das relações entre as várias unidades públicas e destas com as unidades privadas contratadas ou conveniadas com o SUS, em sua respectiva área de abrangência (município ou microrregião), possibilitando a problematização do perfil de oferta possível e necessário em função dos problemas e necessidades da população da área. O envolvimento da própria população nesse processo, através de sua representação nos Conselhos, é uma oportunidade para se colocarem em questão, de um lado, a carência de determinados tipos de serviços necessários, e, de outro, a excessiva “medicalização”, através do consumo de serviços desnecessários, consumo esse induzido pela própria cultura médico assistencial predominante, orgânica com os interesses econômicos da “indústria da saúde”.





**PROGRAMA
SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Finalmente, a implementação e expansão da estratégia da **Saúde da Família** tanto pode induzir o fortalecimento das ações básicas quanto promover a reorientação das ações de média e alta complexidade, ao tempo que estabelece novas relações entre a equipe de saúde e a população usuária dos serviços, não só voltadas para o **acolhimento** e **humanização** da assistência, mas também para o **empoderamento** social, para a elevação da consciência sobre seus direitos sanitários e seu papel, como cidadão, na defesa e proteção da saúde.

Especificamente no que diz respeito à expansão das **ações básicas**, é importante levar em conta a necessidade de se expandir a articulação intersetorial entre as ações de saúde, educação, saneamento básico, etc., que constituem, efetivamente, o eixo da proposta de Promoção da Saúde. Do mesmo modo, é importante frisar a necessidade de que as equipes de Saúde da Família venham a assumir, cada vez mais efetivamente, as ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica, de acordo com a problemática local, isto é, com a análise da situação de saúde da população de sua respectiva área de abrangência.





► **A estratégia Saúde da Família**

é uma prioridade do Ministério da Saúde e inclui a implantação de dois programas voltados ao fortalecimento da Atenção Básica de Saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

O financiamento deve ser garantido pelo Piso de Atenção Básica à Saúde (PAB), criado pela NOB/96, e pelos incentivos que compõem a parte variável desse piso, somados aos recursos de fontes estaduais e municipais.

Essa estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e famílias, de forma integral e contínua.

O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família.

Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de coresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

As áreas cobertas pelo PACS/PSF incluem, atualmente, cerca de 50 milhões de brasileiros, a maioria anteriormente excluída do acesso a serviços de saúde.

► **Acolhimento**

Prática que tem como princípios a solidariedade, a compreensão e a generosidade no trato com os usuários dos serviços de saúde, fazendo com que eles se sintam bem-vindos e à vontade no grupo que os acolheu.

Com isso, eles poderão desenvolver a confiança, a auto-estima e a cooperação na melhoria de sua saúde e de sua qualidade de vida.

► **Humanização**

Prática que visa a aproximar os serviços - profissionais e estruturas físicas -, dos usuários, para que eles se sintam mais à vontade e confiantes em relação à atenção que lhes é dada. Tem como princípio tornar o ambiente da saúde mais agradável e solidário, transformando-o em um lugar da saúde e não da doença, ampliando, com isto, as possibilidades de melhora e cura dos usuários dos serviços.

► **Empoderamento**

É a condição de uma pessoa, um grupo social ou de uma comunidade ampliar sistematicamente sua capacidade de realização - empreender ações, negociar e pactuar com outros atores sociais a favor do bem comum.

De se fazer ouvir, de ser respeitada e de agir coletivamente para resolver problemas e suprir necessidades comuns.

► **Ações Básicas**

É o conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde, ações de promoção e prevenção, que deve ser ofertado por todos os municípios do País, com qualidade e suficiência para sua população.

Como exemplo de atenção básica, temos a estratégia de Saúde da Família, que enfatiza a integralidade da atenção e organiza o acesso da população aos demais níveis de complexidade do sistema.



sintetizando

6. Sintetizando o tema estudado

A implantação da Vigilância em Saúde no SUS é um dos grandes desafios atuais, pois implica mudanças não só na gestão e organização do sistema, mas, sobretudo, na organização das práticas que ocorrem na “ponta” desse sistema, isto é, no espaço onde interagem os profissionais de saúde e a população. A incorporação da proposta de Vigilância em Saúde pelos profissionais e trabalhadores que atuam nesse espaço envolve mudanças no seu processo de trabalho e nas relações que mantêm com outros profissionais e trabalhadores e, sobretudo, nas relações que mantêm com os usuários do sistema e com a população.

O desenvolvimento das práticas de Vigilância em Saúde implica uma mudança na concepção, na “visão de mundo” dos profissionais e trabalhadores de saúde, exigindo um esforço de redefinição do seu modo de pensar e de agir com relação à saúde e sua promoção e recuperação no plano individual e coletivo. O aprendizado dessa nova forma de pensar só pode ser desenvolvido a partir de uma análise crítica dos conhecimentos de que

cada profissional dispõe, bem como das suas práticas cotidianas. Exige, portanto, um esforço de “auto-reflexão”, ao mesmo tempo que exige uma disponibilidade ao novo, uma “abertura” às possibilidades que surgem para aqueles que pretendem fazer parte do processo de construção do futuro do sistema de saúde em nosso meio.

A formação do sujeito da Vigilância em Saúde, seja um profissional de nível superior ou médio, seja um funcionário público ou membro de uma organização não-governamental, pressupõe o desenvolvimento da capacidade de observar e analisar os problemas de saúde da população, dos grupos sociais e das pessoas, individualmente, de forma abrangente (social, epidemiológica e clínica) e em uma perspectiva “interessada”, isto é, de quem se pergunta “o que pode fazer”, a partir do lugar que ocupa na estrutura das relações sociais, no seu local de trabalho, na sua cidade, no seu estado e no seu país para resolver os problemas.

Para encontrar respostas a essas perguntas, os sujeitos da Vigilância em Saúde são desafiados a se envolver no processo de reconstrução de suas práticas, de redefinição do seu trabalho cotidiano, de modo a valorizar e desenvolver ações individuais e coletivas visando à promoção da saúde e à qualidade de vida, à prevenção de riscos ambientais, sociais e comportamentais, sem descuidar, também, da assistência às pessoas, com qualidade técnica, respeito e solidariedade diante da dor e do sofrimento - dimensão tantas vezes inevitável do viver humano.



iniciando



Iniciando o trabalho de campo

Caro aluno:

Este é o momento em que você deverá dar início ao seu Trabalho de Campo, principal atividade do processo ensino-aprendizagem. Caso sinta necessidade, você poderá reler os conteúdos deste módulo à medida que vai realizando sua investigação.

Leia atentamente o *Caderno de Atividades do Trabalho de Campo*, **principalmente as atividades previstas para o Módulo 1 da primeira Unidade de Aprendizagem.**

Faça contato com seu tutor. Ele irá orientá-lo de modo a que você compreenda todas as etapas do trabalho, bem como irá ajudá-lo na identificação das fontes de informação e na organização do material a ser entregue no próximo momento presencial.

A leitura dos livros dos outros módulos desta Unidade deve continuar, para que seu processo de reflexão não seja interrompido e as atividades do trabalho de campo sejam articuladas.

Lembre-se: *estamos iniciando um processo que atravessará o curso todo, e que se inicia com o Diagnóstico das Condições de Vida e Situação de Saúde do território selecionado. A qualidade do diagnóstico realizado lhe permitirá identificar os principais problemas, necessidades e também as potencialidades locais. Este processo será concluído com o Planejamento e a definição de um Plano de Ação específico para o(s) problema(s) que você julgou prioritário(s).*

Lembre ainda que você, ao lado de muitos outros cidadãos, está ajudando a construir um outro país, mais justo, igualitário, onde todos tenham direito à vida digna e saudável.

Mãos à obra e um bom trabalho.



referências bibliográficas

BRASIL, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal.

BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, nº 182, pp 18055-18059, 20 set 1990, seção I.

BRASIL, 2000. **Lei 8142**, de 28 setembro de 1990.

Conferência Nacional de Saúde, VIII, 1986. **Reformulação do Sistema Nacional de Saúde**, Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde.

PAIM, J.S. 1993. **A Reorganização das práticas de saúde em Distritos Sanitários** In: MENDES (org.) **Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. HUCITEC/ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro, p. 187-220.

TEIXEIRA, C. F. 2001. **O futuro da prevenção**. Casa da Qualidade Editora, Salvador, Bahia, 114 p.

LEUCOVITZ, E. LIMA, L. MACHADO, C. 2001. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, 6 (2):269-291.

BRASIL, 1996. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS 545 de maio de 1993**. Norma Operacional Básica 01/93. Atos Normativos. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, 1997. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde.



bibliografia

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. 2000 **Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família** - PSF, Brasília, 200, 65p.

BRASIL, 2001. Ministério da Saúde. **Guia Prático do programa de Saúde da Família**. Brasil, 128p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 2000. 11ª CNS: **Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde, com controle social**. Termos de Referência para o desenvolvimento dos subtemas, 34 p.

DEVER, G.E.A. 1988 **A epidemiologia na administração dos serviços de saúde**. Pioneira. São Paulo, SP, 394 p.

FERRAZ, S.T. 1999. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Paralelo 15, Brasília, 103 p.

MENDES, E.V. 1993. **Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro. HUCITEC-ABRASCO.

MENDES, E.V. 1993b. **A construção social da Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário**, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 10:7-19, Brasília, OPS.

MENDES, E.V. (org.) 1994. **Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário**. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, nº 13, Brasília, OPS, 109p.

MENDES, E.V. (org.) 1998. **A organização da saúde no nível local**, São Paulo, HUCITEC, 359 p.

MENDES, E.V. 2001. **Os grandes Dilemas do SUS**. Casa da Qualidade Editora, Salvador, Bahia, (tomo II), 167p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2001. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01)**. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001). Brasília, D.F. 114 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/02**. Brasília, D. F. 75 p.

PAIM, J.S. 1994. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais** In: ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & Saúde, MEDSI, Rio de Janeiro, 1994, p.455-466.

PAIM, J.S. 1998. **Construção de um modelo de atenção à saúde: implantação e implementação do SUS nos três níveis de governo**. Palestra proferida no Encontro Regional do CONASEMS. Porto Seguro, Bahia, 11 junho.

PAIM, J.S.1999. **Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde** In: ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia & Saúde, 5ª Edição, MEDSI, Rio de Janeiro, p. 489-503.

PAIM, J.S. 2001. **Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia**. Interfaces, 5 (9): 143-146.

SILVA, A.P. 2002. **A prática da equipe do Programa de Saúde da Família: mudança ou conservação?** Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, Bahia, 2002 (dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária).

TEIXEIRA, C.F. 194. **A construção social do Planejamento e Programação Local da Vigilância à Saúde no Distrito Sanitário** In: MENDES (org.) Planejamento e Programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário, OPS. Série Desenvolvimento de serviços de saúde, nº 13:43-59, Brasília.

TEIXEIRA, C.F. 1997. **O desafio da qualidade em saúde**. NAHIA Análise & Dados, Salvador, SEI, v6, no 4:82-87

TEIXEIRA, C.F, PAIM, J.S. e VILASBOAS, A.L. 1998. SUS, **Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, vol VII (2) CENEPI/MAS, Brasília DF.

TEIXEIRA, C. F. e PAIM, J.S. 2000. **Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida**. Revista de Administração Pública. RAP. Rio de Janeiro, 34 (6):63-80.

TEIXEIRA, C. F. 2000b. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde**. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, D.F. dezembro de 2000, .261-281.

TEIXEIRA, C. F. 2002. **Promoção e vigilância no contexto da Regionalização da Assistência à Saúde no SUS**. Texto apresentado na Oficina de Trabalho "perspectivas das políticas públicas na construção da equidade em saúde". Seminário Saúde e Desigualdades: instituições e políticas públicas no século XXI. ENSP/FIOCRUZ, novembro de 2001. Encaminhado para publicação nos Cadernos de Saúde Pública em janeiro de 2002.

[illegible]

[illegible]

[illegible]