

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
(DOCUMENTO PRELIMINAR PARA REVISÃO)

DIRETRIZES PARA A INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Revisão elaborada por Carmen Fontes Teixeira e Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, as ações de vigilância epidemiológica, restritas ao controle de doenças transmissíveis, eram conduzidas pelo Ministério da Saúde. Apenas os estados integravam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criado em 1975 (Lei 6.529, 1976), e cabia-lhes executar as ações definidas pela União. Situação semelhante ocorria no desenvolvimento das ações de vigilância sanitária. Nessa época, as ações de vigilância ambiental eram praticamente inexistentes no âmbito do sistema público de saúde.

A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica iniciou-se em dezembro de 1999, momento marcado pela publicação da portaria ministerial 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica 01/96 quanto às competências da União, estados e municípios na área de epidemiologia e controle de doenças, resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestores do SUS. Esse instrumento normativo regulamentou, também, o teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças – TFECD, mecanismo de transferência fundo a fundo de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios.

Em 2004, novo instrumento normativo é publicado, a portaria ministerial 1.172, indicativo dos esforços de aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância. Nesse instrumento, definem-se as atividades denominadas de vigilância em saúde, a saber: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde. No entanto, vários estados e municípios incorporaram a vigilância sanitária e a vigilância à saúde do trabalhador como atividades precípua da vigilância em saúde.

A vigilância em saúde, em uma concepção que a define como um modelo de atenção, é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental fazem parte da vigilância em saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos.

Apesar dos esforços institucionais para assegurar os recursos financeiros e criar estruturas técnico-administrativas locais, constata-se que a descentralização da vigilância em saúde, ainda não provocou a esperada integração dessas práticas às ações de atenção individual executadas pelas unidades de saúde. Grande parte dos municípios ainda desenvolve ações de vigilância em saúde de modo centralizado, sem a devida capilaridade para as unidades básicas, o que provoca restrições no efetivo controle das doenças e agravos prioritários e torna distante a possibilidade de operacionalizar o princípio da integralidade da atenção.

A Política Nacional de Atenção Básica, publicada em março de 2006, elege o atendimento integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos profissionais das unidades de saúde, apresentando-se como espaço privilegiado para o exercício de práticas de vigilância em saúde. A análise da situação de saúde das áreas de abrangência das unidades básicas permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e

execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adscrita é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de atenção básica.

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) assumiu a integração entre a atenção básica e a vigilância em saúde como prioridade político-institucional descrita em seu Plano Anual de Trabalho de 2008. Entretanto, tal iniciativa exige o planejamento de tal integração nos âmbitos estadual, regional e municipal para se tornar efetiva. Nesse sentido, a Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Atenção Básica/SAS apresentam esse documento, resultante da discussão com as demais esferas de governo. Contém diretriz para orientar a elaboração de instrumentos norteadores dessa política. Espera-se que as propostas apresentadas auxiliem as equipes dirigentes para o alcance desse propósito, contribuindo decisivamente para a organização do trabalho dos profissionais que desenvolvem ações de vigilância no espaço da atenção básica.

2 DIRETRIZES DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O eixo orientador para a elaboração da proposta é a **integralidade do cuidado**, a partir da qual foram definidas sete diretrizes que orientam as ações, de caráter operacional, a serem planejadas e pactuadas localmente. São proposições a serem adaptadas em cada contexto e servem como guia para a elaboração do Plano. São elas:

2.1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A operacionalização da integralidade do cuidado requer, necessariamente, a revisão dos processos de trabalhos, buscando-se integrar os vários atores envolvidos tanto na atenção básica quanto na vigilância em saúde. Esses atores devem ser co-responsáveis pelas ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e ações assistenciais, respeitando as particularidades e especificidades de cada perfil, integrando suas atividades de maneira a potencializar o trabalho e evitar a duplicidade das ações que, embora distintas, se complementam.

As ações aqui designadas devem ser parte das atividades rotineiras de todos os componentes das equipes de atenção básica que incluem, em diversas composições, profissionais de nível superior, de nível técnico e os agentes de saúde.

Na organização da atenção, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Controle de Endemias (ACE) desempenham papéis fundamentais, pois se constituem como elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ser co-responsáveis pela saúde da população de sua área de abrangência. Por isso, devem desenvolver ações de promoção, prevenção e controle dos agravos, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade, e embora realizem ações comuns, há um núcleo de atividades que é específico a cada um deles.

Os gestores e as equipes de saúde devem definir claramente os papéis, competências e

responsabilidades de cada um destes agentes, e de acordo com a realidade local, definir os fluxos de trabalho. Cada ACE deverá ficar como referência para as ações de vigilância de um número de ACS. Esta relação entre o número de ACE e de ACS será variável, pois basear-se-á no perfil epidemiológico e nas demais características locais, a exemplo do perfil demográfico da população e aspectos geográficos.

É fundamental o uso de protocolos assistenciais que proponham ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidos aos problemas mais frequentes da população. Tais protocolos devem incluir a indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nas últimas décadas, tornou-se fundamental cuidar da vida de modo a reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos ao adoecer e as chances de que tal processo seja produtor de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura.

A promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais, a fim que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando o preceito constitucional de participação social.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que promove o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade. Desse modo, formam-se redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos são partícipes na proteção e no cuidado com a vida. A promoção da saúde visa romper com a excessiva

fragmentação na abordagem do processo saúde–doença, reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem.

2.3 TERRITÓRIO INTEGRADO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

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

A territorialização é base do trabalho das equipes de atenção básica para a prática da vigilância em saúde. O propósito fundamental deste processo é permitir eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde.

2.4 PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

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

Faz-se necessário o fortalecimento das estruturas gerenciais dos municípios e estados com vistas não só ao planejamento e programação, mas também da supervisão, seja ela das equipes, dos municípios ou regionais.

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

2.5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Como forma de democratizar a gestão e atender às reais necessidades da população é essencial a constituição de canais e espaços que garantam a efetiva participação da população e o controle social sobre a gestão do SUS, pressuposto fundamental para a integração entre a atenção básica e a vigilância à saúde, pois esta pressupõe processos de planejamento participativos como já destacado na diretriz anterior.

2.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Investimentos em mudanças do ensino das profissões de saúde, com ênfase em currículos consentâneos com as necessidades do SUS, em particular, com o ensino em situações reais de atenção básica e vigilância em saúde são urgentes e indispensáveis. É preciso colocar na discussão das prioridades de educação permanente, junto às Comissões Interinstitucionais Ensino-Serviços, as demandas por qualificação em vigilância em saúde na atenção básica para os profissionais que estão atuando no SUS.

Destaca-se a importância de adotar os princípios da educação permanente (EP) na formação

e qualificação dos profissionais em atuação. A EP pode contribuir para resolver os problemas identificados no desenvolvimento das ações de integração entre atenção básica e vigilância em saúde. Constata-se, também, a necessidade de criar mecanismos de valorização do trabalho na atenção básica e na vigilância em saúde, seja por incentivos formais, seja pela co-gestão, o que significa a participação dos trabalhadores no processo decisório.

2.7 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento pode ser entendido como o contínuo acompanhamento das atividades, de forma a avaliar se as mesmas estão sendo desenvolvidas conforme planejado. Por sua vez, analisar continuamente indicadores de morbidade e mortalidade permite detectar alterações que expressam modificações nas condições de saúde da comunidade, a identificação de suas causas e a caracterização de seus efeitos. O monitoramento e avaliação permitem a elaboração de recomendações para o aprimoramento das ações executadas. Assim, instrumentos de gestão como processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação devem ser institucionalizados como reorientadores das práticas de saúde.

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

3 AÇÕES RECOMENDADAS SEGUNDO DIRETRIZ DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
1 ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	<p>1.1 Descentralizar os programas da vigilância em saúde para atenção básica</p> <p>1.1.1 Estabelecer tutoria para as equipes de atenção básica/saúde da família por meio das equipes de referência da vigilância em saúde e profissionais da rede de atenção básica</p> <p>1.2 Definir fluxos de gestão e atenção.</p> <p>1.2.1 Definir papéis e responsabilidades de todos os membros das equipes de saúde.</p> <p>1.2.2 Definir fluxos das redes de atenção a saúde incluindo práticas de vigilância em saúde.</p> <p>1.2.3 Elaborar protocolos clínicos integrados.</p> <p>1.2.4 Divulgar fluxos de assistência para a população.</p> <p>1.3 Garantir a prestação dos serviços de vigilância em saúde na atenção básica mediante a integração de ações programáticas e de demanda espontânea.</p>
2 PROMOÇÃO DA SAÚDE	<p>2.1 Propor a inserção das ações de promoção a saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas para ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção e controle ao tabagismo.</p> <p>2.2 Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção à saúde.</p> <p>2.3 Estabelecer mecanismos que garantam que a promoção da saúde seja uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde.</p>

<p>3 TERRITÓRIO INTEGRADO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE</p>	<p>3.1 Elaborar critérios para compatibilização de territórios: área de abrangência de unidade básica/saúde da família, nº de imóveis da abrangência do agente de endemias e dados epidemiológicos.</p> <p>3.1.1 Vincular os agentes de vigilância em saúde à unidade básica de saúde/saúde da família</p> <p>3.1.2 Propor redesenho territorial – mapeamento: cadastro SIAB/SISLOC geoprocessado.</p> <p>3.3 Garantir dentro do território existência de agente comunitário e agente de vigilância em saúde</p> <p>3.4 Realizar análise da situação de saúde por meio dos sistemas SISFAD/SIAB/SIM/SINAN/SINASC/SIA/SIH, entre outros.</p>
<p>4 PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO</p>	<p>4.1 Desenvolver processos de planejamento e programação de forma permanente e articulada entre as coordenações da atenção básica e vigilância em saúde</p> <p>4.1.1 Acordar agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas a integração e a melhoria dos indicadores de saúde.</p> <p>4.1.2 Recomendar que o planejamento e a programação sejam norteadores dos processos de trabalho, da organização dos serviços e da formação de rede articulada, hierarquizada e regionalizada.</p> <p>4.1.3 Elaborar cronograma de reuniões colegiadas para discussão da gestão em saúde.</p> <p>4.1.4 Constituir rede de apoio e cooperação técnica, favorecendo o intercâmbio intermunicipal e interestadual de experiências.</p> <p>4.1.5 Utilizar as ferramentas da epidemiologia para orientar o processo de planejamento e programação utilizando os sistemas de informação em saúde.</p> <p>4.1.6 Estabelecer relações de inter setorialidade e inter institucionalidade.</p> <p>4.1.7 Recomendar a participação articulada nos processos de construção dos: Plano Estadual/Municipal de Saúde/Planos Operacionais, SISPACTO, PAP-VS, PPI da Assistência, PDR,PDI,Colegiado Regional de Gestão.</p> <p>4.2 Desenvolver esta ação deste o nível local até o nacional.</p>

<p>5 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL</p>	<p>5.1 Fortalecer e constituir canais e espaços de comunicação que garantam a efetiva participação e o controle social dos trabalhadores e da população sobre as ações de integração entre atenção básica e vigilância em saúde: Ouvidorias, Conselhos de Saúde (estaduais, municipais e locais).</p> <p>5.2 “Empoderar” a população das informações de saúde – dados epidemiológicos, serviços existentes, fluxos de funcionamento dos serviços.</p>
<p>6 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</p>	<p>6.1 Qualificar equipes gestoras e técnicas.</p> <p>6.1.1 Incluir no curso Introdutório para as Equipes de Saúde da Família o tema Vigilância em Saúde.</p> <p>6.1.2 Incluir nas capacitações de vigilância em saúde o tema Atenção Básica.</p> <p>6.2 Elaborar material didático sobre as práticas integradas de atenção básica e vigilância em saúde para subsidiar os cursos de qualificação profissional.</p> <p>6.3 Estimular a produção científica com foco nas práticas em serviço, com publicação de artigos, monografias, entre outros.]</p> <p>6.4 Promover mostras de experiências exitosas sobre integração entre atenção básica e vigilância em saúde</p> <p>6.5 Promover mesas de discussão permanente sobre assuntos de interesse da atenção básica e vigilância em saúde</p> <p>6.6 Estimular a aproximação com a academia nos processos de trabalhos da atenção básica e vigilância em saúde</p> <p>6.6.1 Estabelecer parceria com academia no processo de qualificação em serviço e produção científica</p> <p>6.6.3 Recomendar que as práticas nos serviços de saúde possam influenciar os processos de formação acadêmica.</p> <p>6.6.4 Qualificar população para participação e controle social .</p>

	6.6.4.1 Elaborar material didático de práticas integradas de atenção básica e vigilância em saúde de forma a estimular a participação social e a promoção da saúde nas comunidades.
7 MONITORAMENTO AVALIAÇÃO	E 7.1 Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo metodologias e instrumentos de todos os instrumentos de gestão desde o nível local até o nacional 7.2 Monitorar integrada e sistematicamente indicadores pactuados no Pacto Unificado (pela Vida) e PAP-VS, utilizando instrumentos já existentes (roteiro de monitoramento da PAP-VS e AMQ). 7.3 Recomendar que os indicadores sejam analisados, considerando a avaliação das ações desenvolvidas e resultados obtidos, para subsidiar a reorientação das práticas. 7.4 Valorizar experiências exitosas. 7.5 Propor avaliações externas, quando necessário.