

PlanificaSUS

GUIA WORKSHOP 2

Território e Gestão com Base Populacional



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL

PlanificaSUS

WORKSHOP 2

Território e Gestão com
Base Populacional



ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Saúde da Família
Esplanada dos Ministérios, bloco G
Ed. Sede MS – 7º andar
CEP: 70.058-900 – Brasília DF
Fone: (61) 3315-9031
Site: aps.saude.gov.br

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN

Instituto Israelita de Responsabilidade Social
Av. Brigadeiro Faria Lima, 1.188 – 3º andar
CEP: 01451-001 – São Paulo – SP
Fone: (11) 2151-4573
Site: www.einstein.br

EQUIPE DE TRABALHO

Coordenador e Revisor Final:

Marcio Anderson Cardozo Paresque

Elaboração Técnica:

Aline Teles de Andrade
Evelyn Lima de Souza
Francisco Gilmário Rebouças Júnior
Larissa Karollyne de Oliveira Santos
Maíra Catharina Ramos
Monique Alves Padilha

Apoio Administrativo:

Adriane Reis Arcos
Jonny William de Souza Domingos
Rebeca Correia Cardoso
Taillanny Duarte dos Santos
Verônica Rodrigues Oliveira dos Santos

Revisão Técnica:

Erika Rodrigues de Almeida
Márcia Helena Leal
Marco Antônio Bragança de Matos
Marco Aurélio Santana da Silva
Rubia Pereira Barra
Priscila Rodrigues Rabelos Lopes
Maria José de Oliveira Evangelista

Publicação financiada pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009), através da Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 - NOTA TÉCNICA: Nº 29/2018-CGGAB/DAB/SAS/MS.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

PLANIFICASUS: Workshop 2- Território e Gestão com Base Populacional. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.
44 p.: il.

1. Atenção à Saúde 2. Redes de Atenção à Saúde 3. Sistema Único de Saúde I. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein – SBIBAE.

APRESENTAÇÃO

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE) foi fundada em 1955 e tem como missão oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração do conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição da comunidade judaica à sociedade brasileira. Apresenta como pilares o Hospital Israelita Albert Einstein, a Medicina Diagnóstica, o Ensino e Pesquisa, a Consultoria e a Responsabilidade Social.

A Diretoria de Responsabilidade Social desenvolve várias atividades relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre elas, estão, por exemplo, projetos ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para colaborar com o fortalecimento do SUS.

O projeto A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (PlanificaSUS) via PROADI-SUS, executado pela SBIBAE, tem como objetivo geral implantar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em Regiões de Saúde das 27 Unidades Federativas (UF), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. A SBIBAE é o executante do projeto, solicitado pelo CONASS e é acompanhado e monitorado pelo Departamento de Saúde da Família da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

A proposta da PAS tem como objetivo apoiar o corpo técnico-gerencial das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na organização dos macroprocessos da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Nesse sentido, as atividades da planificação podem ser compreendidas como um momento de discussão e mudança no *modus operandi* das equipes e dos serviços, buscando a correta operacionalização de uma dada rede de atenção.

A fundamentação teórica de referência para o diálogo entre a construção social da APS e o cuidado das condições crônicas perpassa a edificação do MACC proposto por Eugenio Vilaça Mendes para o SUS, a partir dos modelos da Pirâmide de Riscos da Kaiser Permanente,^[1] de Cuidados Crônicos^[2] e sobre os Determinantes Sociais da Saúde.^[3] Estes modelos estão descritos nos livros publicados pelo CONASS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com foco na implantação das RAS, a saber: As Redes de Atenção à Saúde,^[4] O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde⁵ e A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.^[6]

O modelo operacional descrito por Mendes^[6] propõe a metáfora da construção de uma casa (Figura 1), citando vários momentos para organização dos macroprocessos da APS adaptados para a organização dos macroprocessos na AAE.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

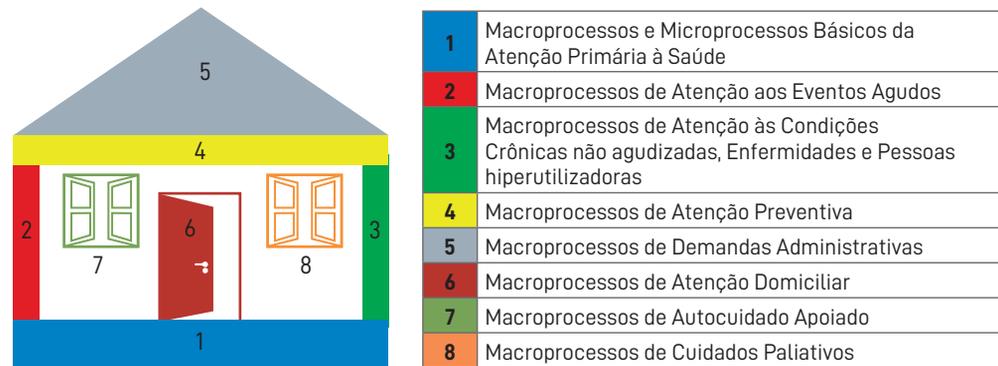


Figura 1. A construção social da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: adaptado com a inclusão dos macroprocessos de cuidados paliativos de Mendes.^[6]

O PlanificaSUS será operacionalizado por meio de uma etapa preparatória e por seis etapas operacionais com ciclos de *workshops*, oficinas tutoriais, etapa controle e cursos curtos. O público-alvo serão os profissionais dos serviços de APS e AAE, e os profissionais dos demais serviços relacionados à linha de cuidado definida como prioritária, além de profissionais da gestão. A figura 2 apresenta o esquema operacional do PlanificaSUS. Os *workshops* são os momentos de alinhamento teórico, que abordam os conceitos centrais do PlanificaSUS. São utilizados trabalhos em grupo, estudos dirigidos, estudos de caso, dramatizações, leitura de textos de apoio, debates, com apresentação e sistematização das discussões em plenária, além de aulas interativas. Os temas abordados nos *workshops* terão continuidade nas discussões das oficinas tutoriais.

Nas oficinas tutoriais, acontecem momentos técnicos operacionais de tutoria nos serviços da RAS. Não se trata de um processo de fiscalização ou de avaliação de desempenho, e nem mesmo de definição sobre o que os profissionais devem fazer. Pelo contrário, é um “fazer junto”, sem substituir o profissional em suas funções e responsabilidades, ajudando-o na reflexão sobre a própria prática, na identificação de fragilidades e nas ações corretivas necessárias. O objetivo é o de fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude.

Além dos *workshops* e tutorias, será utilizada a estratégia de cursos curtos, que abordarão o conhecimento de temas específicos e/ou proverão treinamento de habilidades relativas a processos pertinentes para a organização dos macroprocessos. Os temas dos cursos serão: estratificação de risco, saúde mental, cuidado farmacêutico e sistemas de informações. Será disponibilizado o material pela Equipe PlanificaSUS, sendo a execução de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado de cada região. Os cursos deverão ser desenvolvidos a partir da integração entre as equipes da APS e AAE.

O projeto reúne um conjunto de ações educacionais, baseadas em metodologias ativas, voltadas para o desenvolvimento de competências de conhecimento, habilidade e atitude, necessárias para a organização e a qualificação dos processos assistenciais. Baseando-se

ETAPA 1 – A integração da APS e AAE em Rede		
Compreensão sobre os conceitos de RAS, APS, AAE e referenciais teóricos (MACC e Construção Social da APS)	Workshop	Oficina Tutorial
Apropriação sobre a situação da atenção primária à saúde nos municípios da região	1	1
Apropriação e ajustamento da carteira de serviços do ambulatório de atenção especializada de referência		
Unidades laboratório com Grupos de Trabalhos definidos		
ETAPA 2 – Território e Gestão de Base Populacional		
Compreensão sobre os conceitos de território e gestão de base populacional		Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados na APS: territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco familiar e identificação das subpopulações alvo	Workshop	2.1
Macroprocessos organizados na AAE: cadastro e vinculação das unidades básicas dos municípios com o ambulatório de atenção especializada	2	Oficina Tutorial
Microprocesso organizado: vacinação		2.2
ETAPA 3 – O Acesso à RAS		
Compreensão sobre os conceitos de acesso, perfis de demanda e oferta e ferramentas para sua organização	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: acesso aos serviços da APS e AAE	3	3
Microprocessos organizados: recepção da unidade e prontuário		
ETAPA 4 – Gestão do Cuidado		
Compreensão sobre os conceitos de condição de saúde, estratificação de risco e gestão da condição de saúde		Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: linhas de cuidado para as condições crônicas na APS e AAE e atenção aos eventos agudos	Workshop	4.1
Microprocessos organizados: esterilização, higiene e limpeza, gerenciamento de resíduos sólidos em serviços de saúde	4	Oficina Tutorial
		4.2
		Oficina Tutorial
		4.3
ETAPA 5 – Integração e Comunicação na RAS		
Compreensão sobre a importância do conhecimento recíproco, vinculação e apoio entre as equipes da APS e AAE	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: compartilhamento do cuidado, supervisão clínica e educação permanente	5	5
ETAPA 6 – Monitoramento e Avaliação		
Compreensão sobre o modelo de melhoria, dashboard e contratualização	Workshop	Oficina Tutorial
Macroprocessos organizados: dashboard de monitoramento de indicadores, rotina de gerenciamento e contratualização de metas com as equipes	6	6
ETAPA CONTROLE		
		Oficina Tutorial
		Controle 1
		Oficina Tutorial
		Controle 2
SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO		

Figura 2. Esquema operacional do PlanificaSUS. APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; RAS: Rede de Atenção à Saúde; MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

no princípio da andragogia, são utilizadas práticas de problematização, que proporcionam ação reflexiva dos participantes. Propõe-se o desenvolvimento de ações concretas, a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo. Além dos eixos de ensino e tutoria, o PlanificaSUS também possui os eixos de gestão e saúde populacional de dados, gestão de evidências e administrativo-financeiro.

Ao final do PlanificaSUS, a Região de Saúde deverá apresentar as unidades da APS e da AAE com seus macroprocessos organizados e integrados a partir do MACC, permitindo melhor gestão do cuidado oferecido aos usuários, à família e à comunidade, além da aptidão para que eles deem continuidade à expansão da metodologia para as demais regiões de seus Estados.

SUMÁRIO

■ APRESENTAÇÃO	3
■ PROGRAMAÇÃO	9
■ ROTEIRO DE ATIVIDADES	10
■ ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DO WORKSHOP	10
■ ATIVIDADE 2 – APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA OFICINA TUTORIAL	10
■ ATIVIDADE 3 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS	10
■ ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO: GESTÃO COM BASE POPULACIONAL	10
■ TEXTO 1 – GESTÃO COM BASE POPULACIONAL	12
■ ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO: A TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
■ TEXTO 2 – TERRITÓRIO EM SAÚDE	18
■ ATIVIDADE 6 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO	24
■ ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO: A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	24
■ TEXTO 3 – A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
■ ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO: A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
■ TEXTO 4 – A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	33
■ AVALIAÇÃO	39

- REFERÊNCIAS40
- RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS43

PROGRAMAÇÃO

MANHÃ	
Horário	Atividades programadas
8h	Atividade 1 – Acolhimento e abertura do <i>workshop</i>
8h20	Atividade 2 – Apresentação da experiência da oficina tutorial
8h40	Atividade 3 – Orientações para o trabalho em grupos
8h50	Atividade 4 – Trabalho em grupo: Gestão com Base Populacional
10h20	Intervalo
10h40	Atividade 5 – Trabalho em grupo: A Territorialização na Atenção Primária à Saúde
12h	Intervalo para almoço
TARDE	
Horário	Atividades programadas
13h30	Atividade 6 – Dinâmica de aquecimento
13h40	Atividade 7 – Trabalho em grupo: A Integração da Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde
15h	Intervalo
15h10	Atividade 8 – Trabalho em grupo: A Vigilância em Saúde e a Construção Social da Atenção Primária à Saúde
16h20	Avaliação
16h30	Encerramento

Considerando que cada região tem uma dinâmica de organização, é importante ter flexibilidade para combinar com os participantes as adequações de horários, de acordo com a realidade do lugar, ficando mais confortável para garantir um melhor aproveitamento.

ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

● ATIVIDADE 1 – ACOLHIMENTO E ABERTURA DO WORKSHOP

Seja bem-vindo ao *Workshop 2* do PlanificaSUS!

Hoje, temos como **objetivo geral** discutir a importância da gestão com base populacional no diagnóstico e na organização do território da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, vamos também:

- Compreender o conceito de gestão com base populacional.
- Compreender o conceito de território e suas interfaces.
- Discutir a integração da Atenção Primária à Saúde com a vigilância em saúde, a partir da construção social da Atenção Primária à Saúde.

Responsável pela atividade: facilitador 1.

Tempo da atividade: 20 minutos.

● ATIVIDADE 2 – APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DA OFICINA TUTORIAL

Vamos agora saber o que acontece na realidade dos serviços de saúde depois da Etapa Preparatória e da Etapa 1 do PlanificaSUS. Convide **um representante da Atenção Primária à Saúde (APS) e outro da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)** para compartilhar em plenária quais atividades foram realizadas nas unidades, por meio das oficinas tutoriais, apontando as primeiras impressões do projeto.

Responsável pela atividade: facilitador 2.

Tempo da atividade: 20 minutos.

● ATIVIDADE 3 – ORIENTAÇÕES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

A partir desse momento, vamos **trabalhar em grupos**. Cada grupo deve contar de 20 a 30 participantes. Neste *workshop*, a cada atividade em grupo, vocês devem eleger um **facilitador**, um **relator** e um **“guardião do tempo”**. A coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando.

Responsável pela atividade: facilitador 3.

Tempo da atividade: 10 minutos.

● ATIVIDADE 4 – TRABALHO EM GRUPO: GESTÃO COM BASE POPULACIONAL

Nesse momento, é importante realizar a **discussão dos conceitos** do texto, estimulando a reflexão entre os profissionais sobre as realidades de seus serviços, levando à **articulação entre teoria e prática**, e verificando os desafios e as potencialidades encontrados. Esse momento serve como mote para as próximas atividades.

Todas as unidades-laboratório devem estar com esta atividade pronta para apresentação. Para não tomar muito o tempo, o facilitador deve identificar na plenária qual município se prontifica a apresentar a experiência, sendo necessária a apresentação de apenas uma unidade-laboratório da APS e a apresentação da unidade-laboratório da AAE. Após a apresentação, abra a discussão para a plenária e verifique se os representantes das demais unidades gostariam de acrescentar algum ponto.

Nosso processo de formação é pautado na **andragogia**, que trabalha a educação para adultos. Assim, é importante **valorizar o conhecimento que cada um tem** sobre a realidade abordada. Nos *workshops*, estão presentes profissionais de saúde de diferentes formações e cargos, o que pode acarretar diferentes pontos de vista sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde. **Ouvir as diferentes opiniões** é crucial, **buscando o ponto em comum entre as falas**, para que seja possível visualizar a importância da articulação da rede de saúde. Quando trabalhamos com **grupos**, é comum observarmos **posturas diferentes de participação**. Alguns falam mais, outros ficam mais calados. Por isso, é importante estimular a fala e a expressão da opinião, realizando o **convite de forma acolhedora** e reconhecendo que cada participante pode contribuir com a discussão.

Vamos ler o **Texto 1 – Gestão com Base Populacional**. Em seguida, realizamos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes no final do texto. Fique atento ao conceito de gestão com base populacional e à sua importância na organização da Rede de Atenção à Saúde. Lembre-se de sempre estimular a participação de todos. Acesse o texto completo (páginas 123 a 177) pelo link: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>

Dica para leitura em grupo: quando dividimos uma plenária em grupos, o objetivo é fazer com que o maior número de pessoas participe das discussões. Lembrando que vocês devem eleger um **facilitador**, um **relator** e um **"guardião do tempo"**. A coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deve estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual é preciso saber falar e ouvir. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e as discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos trabalharem em sincronia, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material, trabalharemos com textos-síntese, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 1 hora e 30 minutos.

GESTÃO COM BASE POPULACIONAL¹

Do Modelo da Gestão da Oferta para o Modelo da Gestão da Saúde da População

O modelo de gestão que se pratica no Sistema Único de Saúde (SUS), que é o modelo da gestão da oferta, é incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias, pois tem seu foco na oferta de serviços, e não nas necessidades da população usuária. Isso acontece porque o modelo da gestão de oferta tem preocupação fundamental com a organização dos serviços de saúde, focando nas instituições prestadoras, e não nas pessoas usuárias.

O modelo da gestão da oferta opera com indivíduos não estratificados por riscos diferenciados. Tal modelo é estruturado por parâmetros de oferta, construídos, em geral, por séries históricas, que refletem mais os mecanismos políticos de conformação dos padrões de capacidade instalada ao longo do tempo. Ademais, o modelo não tem ligação com as reais necessidades das pessoas usuárias e leva a uma espiral de crescimento da oferta, porque desconsidera a mudança do modelo de atenção à saúde, bem como a importância dos mecanismos de racionalização da demanda.

Há vários problemas que decorrem da utilização do modelo da gestão da oferta. O primeiro deles é o critério populacional. Nesse modelo, a população é genérica, normalmente definida pelas projeções demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo, essa população é artificialmente homogeneizada, o que significa desconhecer as diferenças entre subpopulações nos campos dos riscos sanitários e do acesso aos serviços de saúde. Na prática social, não são estratificados os riscos sanitários e nem estabelecidas as desigualdades no acesso aos serviços. Terceiro, o modelo da gestão da oferta opera com população que é uma soma de indivíduos, sem criar vínculos e responsabilidades entre profissionais de saúde e pessoas usuárias, envolver intervenções sobre determinantes sociais da saúde, estabelecer registros potentes das pessoas usuárias e nem estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias. Por fim, outro problema é que esse modelo de gestão opera por meio de parâmetros de oferta, constituídos por valores médios estabelecidos com base em séries históricas, e sem discriminar os diferentes estratos de risco e os acessos diferenciados entre grupos de pessoas usuárias.

Como parâmetros de oferta, utilizados internacional e nacionalmente, podem ser citados: número de leitos por mil pessoas, número de médicos por mil pessoas, número de enfermeiros por mil pessoas, número de odontólogos por mil pessoas, número de exames de patologia clínica por pessoa, número de consultas médicas de generalistas por pessoa, número de consultas médicas de especialistas por pessoa, número de consultas de enfermagem por pessoa, número de consultas odontológicas por pessoa e outros tantos.

¹ Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

Um exemplo paradigmático de parâmetro de oferta manifesta-se na portaria 1.101 do Ministério da Saúde (revogada e substituída pela portaria 1.631 do Ministério da Saúde, de 1º de outubro de 2015),^[7,8] que dispõe sobre os parâmetros assistenciais do SUS. Nessa portaria, fixam-se os parâmetros de duas a três consultas médicas por mil habitantes, sendo 12% de consultas básicas de urgência, 3% de consultas de urgência pré-hospitalar e de urgência, 63% de consultas médicas básicas e 22% de consultas médicas especializadas.

O modelo da gestão da oferta fracassou universalmente, e esse fracasso foi assim expresso por Porter e Teisberg:^[9] "a revolução nos sistemas de saúde só será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias desses sistemas".

O esgotamento do modelo de gestão da oferta convoca outro modelo de gestão, denominado "gestão da saúde da população" e estruturado com base no conceito de saúde da população. Tal conceito implica algumas características: a população é mais que a soma dos indivíduos que a compõem; tem como um dos focos a redução das desigualdades; considera os determinantes sociais da saúde; reconhece a responsabilidade pelo alcance de resultados sanitários; utiliza o enfoque epidemiológico na gestão da saúde, o que inclui medir estruturas, processos e resultados, compreender como eles se relacionam e estabelecer prioridades em consonância com as necessidades da população; e supõe a estratificação da população por subpopulações de riscos.^[10]

Nos Estados Unidos, o conceito de saúde da população, em uma versão que se aproveita do conceito elaborado por Evans e Stoddart,^[11] foi disseminado pela proposta de organização dos sistemas de atenção à saúde, desenvolvida pelo *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e denominada de **Tripla Meta** (*Triple Aim*). Essa proposta sugere que os sistemas de atenção à saúde devem ser orientados para alcançarem, simultaneamente, três metas: a melhoria da saúde da população; a melhoria da experiência das pessoas com os cuidados recebidos; e a redução ou controle do gasto *per capita*.^[12] Portanto, uma das metas centra-se na saúde da população, mas o conceito de população é interpretado como uma população afiliada a um sistema de atenção à saúde com vinculação sanitária – e não meramente financeira.

O modelo da gestão da saúde da população move um sistema estruturado por indivíduos que buscam atenção para um sistema que se responsabiliza, sanitária e economicamente, por uma população determinada a ele vinculada, sendo fundamental conhecê-la, captar suas necessidades reais e discriminá-la segundo critérios de riscos e acesso.^[13]

A gestão da saúde da população tem esse nome porque se faz sobre necessidades de uma população adstrita a um sistema de atenção à saúde. Tal população é determinada, e não uma população geral, que guarda, com o sistema de atenção à saúde, uma relação de vínculo permanente e personalizado.

Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), seu elemento fundante e sua razão de ser são essas populações determinadas, postas sob suas responsabilidades sanitárias. A população das RAS tem espaço de vinculação qualificado, que é a Atenção Primária à Saúde (APS). A população de responsabilidade das RAS, então, não é a população dos censos demográficos, nem a população geral que tem direito ao SUS, mas a população cadastrada

e vinculada a uma unidade de APS, a qual vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações de acordo com riscos sociais e sanitários.^[14]

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão da oferta e instituir a gestão da saúde da população – elemento essencial das RAS. Assim, o objetivo da gestão da saúde da população é gerar valor para as pessoas usuárias, de modo a melhorar a saúde definida de forma ampla, o que vai além da ausência de doenças, incluindo o bem-estar físico, mental e social.^[15]

A gestão da saúde da população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos; implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a ela; e prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências.^[16]

Fazer gestão da saúde da população significa aplicar de maneira proativa estratégias e intervenções em determinados grupos populacionais, por meio de um contínuo de cuidados, que envolve a promoção da saúde, a prevenção das condições de saúde e as ações curativas, reabilitadoras e paliativas, objetivando a melhoria dos indicadores sanitários e econômicos, e a oferta de serviços seguros, efetivos, eficientes e equitativos.

O modelo de gestão proposto implica a vinculação permanente de uma população, organizada socialmente em famílias, com a APS. Para isso, é necessário percorrer um trajeto institucional, que envolve a organização de alguns macroprocessos básicos da APS, como o processo de territorialização, o cadastramento das famílias, a estratificação de riscos familiares, a vinculação da população às equipes de APS, a identificação de subpopulações com riscos individuais biopsicológicos e a estratificação de subpopulações por estratos de risco nas condições crônicas.

Segundo McAlearney e Lewis,^[15,17] a gestão da saúde da população envolve várias dimensões, dentre elas:

1. Definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica.
2. Estabelecer um registro dessa população e de suas subpopulações.
3. Ter a APS como centro de comunicação e ordenação de fluxos.
4. Conhecer profundamente essa população em seus riscos sociais e sanitários.
5. Integrar em RAS as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde.
6. Operar um modelo de gestão que inclua os elementos do conceito de saúde da população como ações sobre os determinantes intermediários e proximais da saúde, e sobre os determinantes biopsicológicos individuais.
7. Desenvolver e aplicar parâmetros de necessidades, com base em evidências científicas.
8. Dividir a população em subpopulações, segundo estratos de risco.
9. Estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos.
10. Definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos.
11. Buscar a redução das desigualdades.

12. Monitorar os processos e os resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade.
13. Implantar sistemas efetivos de informações em saúde.
14. Operar com equipes multiprofissionais, trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, na execução e no monitoramento de planos de cuidados.

Estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias no cuidado.

Ainda, a gestão da saúde da população exige a utilização de parâmetros assistenciais coerentes. Por isso, é necessário superar os parâmetros de oferta e instituir parâmetros construídos a partir das necessidades reais das pessoas usuárias e das populações e subpopulações adstritas às RAS. É fundamental que esses parâmetros sejam construídos com base em evidências científicas.

O Ministério da Saúde lançou, em uma consulta pública, um conjunto de parâmetros que se orientam pelas necessidades de saúde da população. Essa proposta representa mudança doutrinária e operativa de ruptura com a gestão da oferta e coerente com a gestão da saúde da população. Foram propostos parâmetros para: atenção hospitalar, rede materno-infantil, atenção à saúde bucal, doenças crônicas, atenção especializada, equipamentos de exames complementares de diagnóstico e eventos relevantes em saúde pública.^[18]

Em 2017, foram publicados os **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.**^[19]

Acesse pelo link:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>

Perguntas disparadoras

1

Quais os principais problemas decorrentes da utilização do modelo da gestão da oferta?

2

Em que conceito se ancora o modelo de gestão de base populacional? Liste suas principais características?

3

Qual a proposta do modelo de gestão de base populacional?

Registre aqui suas respostas

- INTERVALO

- **ATIVIDADE 5 – TRABALHO EM GRUPO: A TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Vamos agora ler o **Texto 2 – Território em Saúde**. Em seguida, realizamos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes no final do texto. O ponto central aqui é compreender a função da territorialização na organização do serviço de saúde e como o conhecimento dos riscos e das vulnerabilidades é importante para esse processo. Lembre-se de que é importante a participação de todos. Acesse o texto completo (páginas 6 a 11) pelo link: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201711/07112640-oficina-3-territorio-e-vigilancia-em-saude.pdf>

Novamente, vocês devem eleger um **facilitador**, um **relator** e um **“guardião do tempo”**. Vale lembrar que a coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. É comum que a discussão fique entre poucos. Nessa hora, o facilitador deve estimular a participação dos demais. Esse é um exercício no qual se deve saber falar e ouvir. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **sintetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Para não ficar cansativo e todos trabalharem em sincronia, que tal o grupo realizar a **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas? Neste material, trabalhamos com textos-síntese, para que as leituras possam ser rápidas. Sugerimos **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 1 hora e 20 minutos.

TEXTO 2

TERRITÓRIO EM SAÚDE²

Quando analisamos o território, é importante considerar que são diversos os fatores que condicionam o estado de saúde das pessoas, como o nível de desenvolvimento social e econômico da população; a infraestrutura existente, de moradia e de trabalho; a subjetividade, a afetividade, a espiritualidade, a sexualidade, o gênero e a diversidade cultural; a participação das pessoas nas decisões da comunidade; o grau de desigualdade de renda; a presença de agentes transmissores de doenças e alergias; a qualidade da alimentação; a qualidade do saneamento; os níveis de violência, discriminação, dependência química etc.; se é área de risco físico-natural (deslizamentos de terra, inundações etc.); mudanças cíclicas e climáticas na bacia hidrográfica na qual o território está inserido; e presença de fontes poluidoras, como indústrias e uso abusivo e não regulamentados de agrotóxicos.

É importante pensar e refletir sobre as condições sociais que podem favorecer ou comprometer a situação de saúde-doença de grupos que habitam determinadas áreas, visto que, quanto melhores as condições sociais de uma população e melhor a possibilidade de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possivelmente melhor a situação de saúde-doença dessa população.

Pensar a partir do território consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Muitas vezes, o conceito de espaço é reduzido, sendo utilizado de forma meramente administrativa para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção. Esse espaço apresenta, então, além de uma extensão geográfica, um perfil ambiental, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a situação epidemiológica e ambiental de um território devem orientar a organização do sistema de atenção à saúde. Estas variáveis estão profundamente inter-relacionadas, e as políticas públicas de educação, emprego e saneamento, por exemplo, precisam estar articuladas com tal cenário.

O tripé, formado por DSS, situação de saúde-doença e RAS, constitui a base para se compreender a problemática de saúde de um determinado território. Uma análise situacional na saúde abrange essas três dimensões, e cada uma delas apresentam seus indicadores próprios, possibilitando a comparação desses aspectos entre vários territórios de saúde.

² Texto adaptado a partir do guia de estudo da Oficina de Territorialização e Vigilância em Saúde, no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde do Rio Grande do Sul e do Distrito Federal, 2017.

Não basta programar ações setoriais, é preciso que se faça valer tudo aquilo que é necessário e fundamental para a vida humana em um determinado lugar. A interação e a articulação entre todas as coisas fazem daquele lugar bom para se viver, enfim, o torna um lugar saudável.^[20]

Território e riscos à saúde

São as condições objetivas de vida das pessoas em interação com seu meio social, ambiental e territorial, que moldam como elas percebem o risco. Essa percepção inclui valores básicos sociais e pessoais (tradições, crenças, hábitos), bem como experiências anteriores, que tenham apresentado risco ou ameaça às suas vidas (abertura de estradas, infestações ambientais de *Aedes aegypti* e usinas nucleares).

A concepção tradicional de saúde (pautada no modelo médico-assistencial) fez com que o setor saúde ficasse impotente em face dos problemas provocados pelo intenso processo de aglomeração e exclusão social. Para superar este cenário, vem sendo fortalecida a ideia das ações de promoção da saúde, orientadas para as ações coletivas e intersetoriais.

Promoção da Saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.^[21]

De acordo com Yunes e Szymanski,^[22] risco é usado pelos epidemiologistas em associação a grupos e populações; já a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. Para essas autoras, existe relação entre vulnerabilidade e risco: "a vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito". Uma pessoa submetida a situações de risco pode tornar-se suscetível e propensa a apresentar sintomas e doenças. Com isso, as autoras propõem que a interpretação da vulnerabilidade incorpore necessariamente o contexto como locus de vulnerabilidade, que pode acarretar maior suscetibilidade ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para proteção das pessoas contra as enfermidades.^[23] Nesta perspectiva, a promoção da saúde atua no desenvolvimento de ações que se antecipem ao dano ou ao agravamento.

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

Territorialização

Além de falarmos de território, outro conceito importante é o da territorialização. Trata-se do processo

de habitar e vivenciar um território; uma técnica e um método de obtenção e análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas (econômicos, sociais, culturais, políticos etc.).^[24]

Esse processo torna o "território como uma categoria de análise social".^[20]

A discussão sobre territórios e suas possibilidades, na perspectiva da organização dos serviços de saúde, busca estabelecer áreas geográficas de responsabilidade e atuação das equipes de saúde. Isso significa desdobrar todo o processo de planejamento de suas atividades (diagnóstico, identificação e priorização dos problemas de saúde; e programação, operacionalização e monitoramento das ações de saúde), que são indissociáveis do processo de identificação do território e suas possibilidades. Na atualidade, incorporou-se a noção de risco, fundamental para o estabelecimento de prioridades de atuação da equipe de saúde.

O foco da territorialização na Estratégia Saúde da Família (ESF) está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais:

- O território área de abrangência, que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF.
- O território microárea que é o território de responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Essa última visão implica que o território sanitário, além de geográfico, é também, cultural, social, econômico e político.

Cabe também diferenciar entre territórios político-administrativos e territórios sanitários. Os territórios político-administrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos – Ministério e Secretarias de Saúde –, que se definem a partir de uma lógica eminentemente política. Diferentemente, os territórios sanitários são recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma RAS, em suas demandas pelos serviços de saúde.

No modelo tradicional de cuidados primários, o território da área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Na ESF, há tantos territórios de abrangência quantas são as equipes, porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas.

O processo de territorialização envolve o levantamento dos perfis territorial-ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF em um mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), demográfico, socioeconômico e institucional.

O conhecimento da população e o cadastro familiar

O primeiro elemento das RAS e sua razão de ser correspondem a uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população e consiste em característica essencial das RAS.

No Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), a continuidade do cuidado com indivíduos identificados e estratificados como de alto e muito alto risco deve ser garantida mediante a integração da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Nessa perspectiva, a concepção de território da AAE perpassa o processo de consolidação dos macroprocessos básicos da APS, não sendo possível que o processo de territorialização do AAE aconteça de forma independente daquela já realizada pelas equipes de APS dos municípios que compõem sua região de saúde.^[25]

O processo de territorialização no serviço ambulatorial especializado exige:

- Saber as características geográficas, sociais e demográficas da região de saúde para qual é referência.
- Ter o cadastro atualizado de todas as unidades e equipes da APS dos municípios de sua área de abrangência.
- Conhecer o banco de dados de cadastro das famílias de sua respectiva linha de cuidado.
- Conhecer, por nome, os profissionais das equipes da ESF.
- Receber das unidades da APS a relação de usuários estratificados como de alto e muito alto risco, como um pré-cadastro que oriente a organização da agenda do ambulatório de especialidade.
- Ter suas ações contempladas no Planejamento Regional.

Nota acrescentada por Marco Antonio Bragança de Matos, Consultor do CONASS, sobre o processo de territorialização na Atenção Ambulatorial Especializada.

A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Porém não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à Unidade Básica de Saúde; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RAS, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, fortalecendo a função de coordenadora dessas redes, nesse nível micro do sistema, através do processo de conhecimento e vinculação da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

O cadastro familiar tem o objetivo de conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF, constituindo base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família.

O cadastro familiar é uma ferramenta fundamental para a ESF porque é a partir dele que se define a população que, organizada socialmente em famílias, vincula-se a cada equipe de ESF. A população de uma RAS não é aquela fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mas pessoas que efetivamente vivem no território de responsabilidade de cada equipe da ESF. Só com um cadastro familiar efetivo é possível romper com um dos problemas centrais do Sistema Único de Saúde (SUS) que é a gestão da oferta, e instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional.

Diagnóstico local

O diagnóstico local reúne todas as informações necessárias para que a equipe de saúde conheça o território e a população residente sob sua responsabilidade.

É um processo estratégico que sistematiza as informações dos processos de territorialização e cadastro da população, constituindo a base para que a equipe programe as ações de saúde e, posteriormente, avalie o impacto destas ações na situação de saúde.

Perguntas disparadoras

1

No âmbito das RAS, qual a importância dos territórios?

2

Onde você identifica pontos fortes e pontos de melhoria na territorialização da sua região de saúde?

3

Quais as principais condições de risco e vulnerabilidade presentes em sua área de abrangência?

4

De que forma as equipes de APS e de vigilância em saúde utilizam os dados do território para planejar suas ações?

5

Qual a importância do processo de territorialização para o âmbito da AAE?

Registre aqui suas respostas

● INTERVALO PARA ALMOÇO

TARDE

● ATIVIDADE 6 – DINÂMICA DE AQUECIMENTO

Agora realizaremos um exercício de dinâmica de grupo para nos preparar para o momento da tarde. Segue uma sugestão: "Conhecendo o território".

Dinâmica "Conhecendo o território":

Nesse exercício vamos trabalhar as percepções e identificações que os participantes têm entre si no grupo. É possível que existam diferentes graus de convivência entre as pessoas, como aquelas que trabalham há muito tempo juntas, que se conhecem há poucos meses ou estão se conhecendo nesse dia. Assim, teremos diferentes opiniões sobre os comandos realizados. O facilitador pede que todos fiquem de pé, sinalizando que a sala é um território e os participantes do grupo são pontos desse território com suas características. As pessoas devem se movimentar nesse espaço de acordo com seus comandos. Assim você faz o seguinte comando: "**fique próximo de uma pessoa que você considera inteligente nesse grupo**" – dando tempo para que as pessoas se movimentem. Depois, comande: "**agora vá até a pessoa que você considera prestativa nesse grupo**". Após a mudança de configuração do grupo, sinalize o seguinte comando: "**fique próximo de quem você considera divertido**". Em seguida, fale: "**fique próximo da pessoa que você deseja aprender com ela**". Com esse exercício, você percebe diferentes opiniões e configurações da sala. É importante realizar comandos de características positivas, para evitar constrangimentos. Faça a reflexão sobre a importância de que cada pessoa tem experiências e opiniões diferentes sobre o outro, estimulando os diversos olhares nessa interação, e como é potente conhecer o outro. Caso tenha comandos diferentes que queiram realizar, sinalize – mas lembre-se, sempre positivos e que enfatizem sentimentos bons no grupo.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 10 minutos.

● ATIVIDADE 7 – TRABALHO EM GRUPO: A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vamos agora ler o **Texto 3 – A Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde**. Em seguida, realizamos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes no final do texto. O ponto central aqui é compreender as características essenciais da atividade de vigilância, as formas de vigilância existente e a importância de sua integração com a APS. Lembre-se que é importante a participação de todos. Você também pode acessar o texto (páginas 11 a 15) pelo *link*: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201711/07112640-oficina-3-territorio-e-vigilancia-em-saude.pdf>

Escolham um **facilitador**, um **relator** e um "**guardião do tempo**". Vale lembrar que a coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada

Nesse momento, você deve realizar um exercício de dinâmica de grupo, para ativar os participantes para o momento da tarde. Aqui você encontra uma proposta de exercício, mas caso tenha alguma atividade ou perceba que alguém no grupo possa realizar um exercício que conheça, sinta-se à vontade (preferencialmente dinâmicas que estimulem a preparação corporal e cognitiva para o momento da tarde).

por completo. O relator é responsável por **synetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Realizem **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas. O tempo sugerido é de **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 1 hora e 20 minutos.

TEXTO 3

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³

Evolução do conceito de vigilância em saúde

A vigilância pode ser definida como a observação contínua da distribuição e das tendências da incidência de doenças mediante coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la.^[26]

A característica essencial da atividade de vigilância é a existência de uma "observação contínua" e da "coleta sistemática" de dados sobre determinantes em saúde e doenças. Em todos os conceitos posteriormente utilizados para definir essa atividade de saúde pública, até os da atualidade, essa é uma característica que sempre está presente. 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, de 1976),^[27] 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.

O processo de descentralização das ações de vigilância em saúde teve início em 1999, a partir da publicação da portaria ministerial 1.399,^[28] que definiu as atribuições da União, Estados e municípios nas ações de epidemiologia e controle de doenças. Na vigilância

³ Texto adaptado a partir do guia de estudo da Oficina de Territorialização e Vigilância em Saúde, no âmbito da Planificação da Atenção à Saúde do Distrito Federal, 2017.

sanitária, esse processo começou nesse mesmo ano, com a publicação da lei n 9.782, de 26 de janeiro de 1999,^[29] que instituiu a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), atribuindo competência à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, para exercerem atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária.

Em 2004, foi publicada a portaria 1.172,^[30] quando foram definidas 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. Apesar deste documento não incluir dentre estas atividades a vigilância sanitária, vários Estados e municípios já incorporavam nesta época a vigilância sanitária e a vigilância à saúde do trabalhador como atividades da vigilância em saúde.

Em 2009, a partir da instituição do Pacto pela Saúde e da publicação da portaria 3.252,^[31] os Estados, Distrito Federal e municípios são fortalecidos no papel de gestores da vigilância, sendo ampliadas as ações denominadas como vigilância em saúde, abrangendo:

- **Vigilância epidemiológica:** vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, para recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.
- **Promoção da saúde:** conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde.
- **Vigilância da situação de saúde:** desenvolve ações de monitoramento contínuo do país, Estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.
- **Vigilância em saúde ambiental:** conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.
- **Vigilância da saúde do trabalhador:** visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.
- **Vigilância sanitária:** conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e os processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços, que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A partir da publicação do decreto 7.508,^[32] de 28 de junho de 2011 (que regulamentou a lei 8.080/1990,^[8] instituindo o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP), houve a

necessidade de efetuar uma revisão da portaria 3.252/2009.^[31] Esta foi revogada em 2013, com a publicação da portaria 1.378,^[33] que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios.

Nesta portaria, a vigilância em saúde é definida como

processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

A portaria 1.378/2013^[33] propõe que as ações de vigilância em saúde sejam coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, para garantir a integralidade da atenção à saúde da população, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para:

- A vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública.
- A detecção oportuna e a adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública.
- A vigilância, a prevenção e o controle das doenças transmissíveis.
- A vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de outras condições crônicas, dos acidentes e violências.
- A vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde.
- A vigilância da saúde do trabalhador.
- A vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.
- Outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicas e privadas nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo, trabalho e na própria comunidade.

Os conceitos dos diversos componentes da vigilância em saúde não são detalhados nesta última portaria, motivo pelo qual consideraremos, para os mesmos, as definições da portaria 3.252/2009.^[31] Cabe destacar que está em discussão a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que deve trazer detalhes à discussão da integração das ações de vigilância em saúde na RAS, podendo, ainda, rever diversos dos conceitos aqui apresentados.

Nota técnica sobre a Portaria 3.252/2009.

Foi publicada: RESOLUÇÃO Nº 588, DE 12 DE JULHO DE 2018, <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

A necessidade de integração das ações de vigilância em saúde e da Atenção Primária à 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 (PNAB), publicada em março de 2006 e atualizada em 2017,^[34] 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 de Saúde permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, o conhecimento essencial para o planejamento e execução de ações articuladas de proteção, a promoção e recuperação da saúde, e a prevenção de 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 APS.

A vigilância em saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das RAS, coordenadas pela APS. Essas redes consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

A integralidade deve ser compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a Estratégia Saúde da Família como prioridade para sua organização.

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

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) assumiu a integração entre a APS e a vigilância em saúde como prioridade político-institucional descrita em seu Plano Anual de Trabalho, de 2008. Tal iniciativa, no entanto, exige o planejamento dessa integração nos âmbitos estadual, regional e municipal, para se tornar efetiva. Nesse sentido, a SVS e o Departamento de Atenção Básica (DAB) apresentam, nesse documento, as seguintes diretrizes para orientar a elaboração de instrumentos norteadores dessa política:

- Compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas.
- Monitoramento e avaliação integrada.
- Reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração entre vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos, entre outros.

Nota técnica sobre a Integração da APS e Vigilância em Saúde

Em 2018, a integração ganha novamente destaque no Governo Federal, incluindo o lançamento da publicação: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf

- Educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

As ações de vigilância em saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de APS/Estratégia Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações, sendo que as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) são desempenhadas de forma integrada e complementar. Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na APS, recomenda-se a incorporação gradativa dos ACE nas equipes da Estratégia Saúde da Família.

As ações de vigilância sanitária devem ser desenvolvidas com base nas práticas de promoção, proteção, prevenção e controle sanitário dos riscos à saúde para o fortalecimento da APS como elemento estruturante do SUS. Os profissionais da APS não incorporarão a atribuição de polícia administrativa inerente aos profissionais de vigilância sanitária.

As ações de promoção da saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades existentes, buscando intervir sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Na busca da integralidade, deve-se promover a articulação de atores e políticas sociais no planejamento e na execução de ações intersetoriais. A organização e a qualificação das RAS, objetivando a integralidade do cuidado, demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico às equipes e aos profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade.

O apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da vigilância em saúde e a reformulação dos processos de trabalho, considerando as seguintes atribuições mínimas:

- Análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente.
- Apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, as subsidiando na construção de planos de intervenção.
- Articulação das ações coletivas, incluindo aquelas relacionadas ao meio ambiente.
- Articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo.

Na organização da atenção, o ACS e o ACE desempenham papéis fundamentais, pois constituem elos entre a comunidade e os serviços de saúde. Assim como os demais membros da equipe, tais agentes devem ser corresponsáveis 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 específico a cada um deles.

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

os fluxos de trabalho. Cada ACE deve ficar como referência para as ações de vigilância de parte do território sob responsabilidade de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. A relação entre o número de ACE e de ACS é variável, pois se baseia no perfil epidemiológico e nas demais características locais, a exemplo do perfil demográfico da população e dos aspectos geográficos.

É fundamental o uso de diretrizes clínicas que proponham ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, dirigidas 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. A territorialização é base do trabalho das equipes de APS 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 reflete na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e a programação local. Para tal, são necessários o reconhecimento e o mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e aos 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.

Perguntas disparadoras

1

Em sua percepção, qual a diferença entre vigilância e atenção à saúde?

2

De que forma são desencadeadas as ações de vigilância em saúde em seu município?

3

Como são definidos os territórios de atuação da APS e da vigilância em saúde no seu município?

4

Qual o custo-benefício decorrente da integração das ações de APS e de vigilância em saúde?

Registre aqui suas respostas

- INTERVALO

- **ATIVIDADE 8 – TRABALHO EM GRUPO: A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Vamos agora para nossa última atividade. Nesse momento, inicialmente faremos a leitura do **Texto 4 – A Vigilância em Saúde e a Construção Social da Atenção Primária à Saúde** e, em seguida, faremos a discussão a partir das **perguntas disparadoras** presentes. É importante compreendermos a importância das ações de vigilância para o processo da construção social da Atenção Primária à Saúde, a partir do conhecimento do território. Ao final, realizem a síntese dos conteúdos discutidos ao longo do *workshop* e percebam como ocorre a articulação entre os conceitos.

Escolham um **facilitador**, um **relator** e um **“guardião do tempo”**. Vale lembrar que a coordenação do grupo é de responsabilidade do **facilitador**, que deve ser muito atento se todos estão participando. O facilitador deve atentar-se para a atividade ser realizada por completo. O relator é responsável por **synetizar as ideias** e discussões do grupo, e apresentá-las ao final da atividade. Já o guardião responsabiliza-se pelo **cuidado com o tempo** de discussão, alertando seu grupo, e garantindo a leitura e a reflexão dos conteúdos expostos.

Realizem **leitura coletiva**, na qual os participantes alternam parágrafos ou páginas. O tempo sugerido é de **até 20 minutos para cada leitura**.

Responsável pela atividade: facilitador em cada grupo.

Tempo da atividade: 1 hora e 10 minutos.

TEXTO 4

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE⁴

A vigilância em saúde 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.

Apesar dos esforços institucionais, constata-se que a descentralização da vigilância em saúde ainda não provocou a esperada integração dessas práticas às ações de atenção,

⁴ Texto elaborado por Rubia Pereira Barra, Maria Emi Shimazaki, Elaize Maria Gomes de Paula e Adalberto de Albuquerque Pajuaba Neto, para a Oficina de Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, Uberlândia (MG), 2018.

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, distanciando a possibilidade de operacionalizar o princípio da integralidade da atenção.

A **Política Nacional de Atenção Básica** 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.^[35] 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 este essencial para o planejamento e a execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos.^[36]

O processo da construção social da Atenção Primária à Saúde (APS) proposto por Mendes conduz a um melhor entendimento por meio da metáfora da construção de uma casa (Figura 1), proporcionando um ótimo momento para a integração das ações da APS e da vigilância à saúde.^[37]

No alicerce da casa, estão os macroprocessos básicos, como a territorialização. A vigilância em saúde acontece neste espaço.

Aí também geralmente atuam as ações de vigilância sanitária, no controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza, cosméticos e medicamentos. Realizam também a fiscalização de serviços de interesse da saúde, como escolas, hospitais, clubes, academias, parques e centros comerciais, e ainda inspecionam os processos produtivos que podem pôr em risco e causar danos ao trabalhador e ao meio ambiente.



Figura 1. A construção social da Atenção Primária.

Fonte: Mendes.^[3]

⁵ Versão adaptada com macroprocessos de cuidados paliativos.

Ainda no alicerce da casa encontram-se os microprocessos básicos como sala de vacina, farmácia, higienização e esterilização, gerenciamento de resíduos sólidos, diretamente relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental, respectivamente.

No macroprocesso dos eventos agudos, por exemplo, em territórios onde não acontece o controle do *Aedes aegypti*, teremos um aumento de demanda no atendimento de usuários com arbovirose como dengue, zika e Chikungunya, o que, com certeza, compromete esta parede da casa. Com relação ao zika, poderemos ter um aumento nos casos comprovados de microcefalia; e quanto ao Chikungunya, a persistência dos sintomas, principalmente as dores articulares e musculoesqueléticas (podendo esta fase durar até 3 anos), tornando-se crônicas ambas as condições e demandando um aumento na atenção programada. A importância da integração da vigilância em saúde com a APS é fundamental, à medida que as notificações compulsórias são encaminhadas para a vigilância epidemiológica, que investiga os casos, agindo no controle dessas doenças específicas. Outro ponto importante desta integração é o controle de vetores de transmissores de doenças pela vigilância ambiental, especialmente insetos e roedores, que são passíveis de identificação por meio dos agentes de endemias e dos ACSs.

Na laje da casa, temos os macroprocessos da atenção preventiva relacionados também à promoção da saúde. No telhado, encontram-se as demandas administrativas, como, por exemplo, a notificação compulsória de algumas doenças.

Na porta da casa, na atenção domiciliar, muitas ações estão relacionadas com a vigilância em saúde, como busca ativa e investigação de óbitos maternos e infantis.

Em uma das janelas da casa, temos o autocuidado apoiado, no qual a equipe de saúde apoia as pessoas usuárias em relação à sua habilidade e confiança em gerenciarem suas próprias condições de saúde, para prevenir, controlar ou reduzir o impacto das condições crônicas de que são portadoras.

Na segunda janela da casa, temos os cuidados paliativos, com abordagens para melhoria da qualidade de vida, visando ao conforto do usuário, à prevenção e alívio do sofrimento, à prevenção de agravos e incapacidades, e à promoção de independência e autonomia.

Os trabalhadores da área de saúde realizam as ações que fundamentam os macros e microprocessos, e a saúde do trabalhador realiza estudos, ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho.

Desta forma, quando construímos a casa da APS, estamos também fortalecendo as ações da vigilância em saúde, como podemos ver na figura 2 abaixo. Assim, toda a organização dos macro e microprocessos estão de acordo com a saúde da comunidade e do trabalhador, à medida que se elimina o retrabalho, desempenhando-se ações planejadas e organizadas, diminuindo-se, pois, as doenças profissionais.

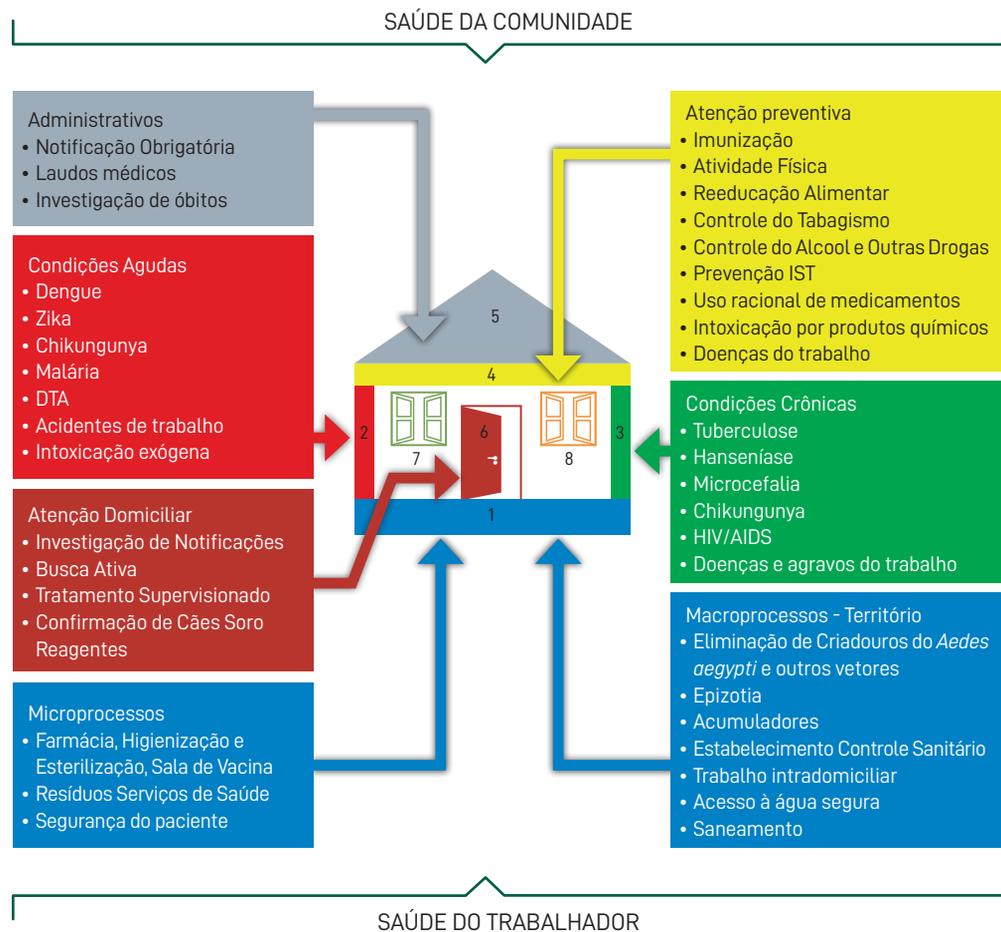


Figura 2. Ações de vigilância em saúde a estrutura da casa da Atenção Primária à Saúde. DTA; IST: infecções sexualmente transmissíveis.⁶

⁶ Diagrama elaborado por Maria Emi Shimazaki e Rubia Pereira Barra, para a Oficina de Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde, realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, Uberlândia (MG), 2018.

Perguntas disparadoras

1

Qual a importância da análise da situação de saúde para a organização dos macro e microprocessos da APS?

2

Onde identificamos as ações de vigilância em saúde dentro da metáfora da casa? Essas ações ocorrem no território de seu serviço de saúde?

Registre aqui suas respostas

AVALIAÇÃO

Vamos avaliar o nosso *workshop* de hoje. Sua opinião é muito importante para melhorarmos este processo. Conto com sua avaliação! Você pode acessá-la pelo *link*:
<http://j.mp/2M2i6B5>

REFERÊNCIAS

1. Ham C. Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham: Health Services Management Centre; 2006.
2. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2-4.
3. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for future; 1991 [cited 2019 Jul 19]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Goeran_Dahlgren/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe/links/569540f808aeab58a9a4d946.pdf
4. Mendes EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Jul 2019]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf
5. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2012 [cited 2019 Jul 2019]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
6. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jul 2019]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2002 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html
9. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman Companhia; 2007.
10. Stoto MA. Population health in the Affordable Care Act era [Internet]. Washington: Academy Health; 2013 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <https://www.academyhealth.org/files/publications/files/AH2013pophealth.pdf>
11. Evans RG, Stodart GL. Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med*. 1990;31(12):1347-63.
12. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health and cost. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-69.
13. Dubois CA, Singh D, Jiwani I. The human resource challenge in chronic care. In: Nolte E, McKee M, editors. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspectives* [Internet]. Maidenhead: Open University Press; 2008 [cited 2019 Jul 19]. p. 143-173. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf
14. Mendes EV. As redes de assistência à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho nacional de Secretários da Saúde; 2011 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf
15. McAlerlnerney AS. Population health management: strategies to improve outcomes. Chicago: Health Administration Press; 2003.

16. Halpern R, Boulter P. Population-based health care: definitions and applications [Internet]. Tufts Managed Care Institute. [cited 2019 Jul 19]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/fbb8/5119a7288821ffa45e58a99a9aa6efef7d46.pdf>
17. Lewis N. Populations, population health, and the evolution of population management: making sense of the terminology in US health care today [Internet]. IHI Leadership Blog; 2014 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://www.ihi.org/communities/blogs/population-health-population-management-terminology-in-us-health-care>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015. Série Parâmetros SUS – Volume 1.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jul 19]. Série Parâmetros SUS. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>
20. Souza, M. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre 'municípios saudáveis'. In: Sperandio, A. M. G. (Org.) O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. 1.ed. Campinas: Ipes Editorial, 2004, v.2
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010
22. Yunes MA, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J. (org). Resiliência e educação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.
23. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS – Progestores [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2015 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>
24. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2005 [cited 2019 Jul 19];21(3):898-906. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024
25. LANGMUIR, A. D. The surveillance of communicable diseases of national importances. N Engl J Med, 268 (4):182-192, 1963.
26. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1975 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.339, de 15 de dezembro de 1999 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1999 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf
28. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1999 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9782.htm
29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.172, de 15 de julho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html
31. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
32. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1990 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html
34. Brasil. Ministério da Saúde. PNAB. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
35. Brasil. Ministério da Saúde. PNAB. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
36. Brasil. Ministério da Saúde. Política de Atenção Básica. Brasília, 2006c. (Série Pactos pela Saúde, v. 4)
37. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

RECOMENDAÇÕES DE LEITURAS

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

PUBLICAÇÕES MINISTÉRIO DA SAÚDE

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Orientações Técnicas. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [Internet]. [cited 2019 Jul 19]. Available from: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/guia-politica-nacional-de-atencao-basica-modulo-1-integracao-atencao-basica-e-vigilancia-em-saude/

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Política Nacional de Vigilância em Saúde - Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. [Internet]. [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

LIVROS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). CONASS Debate. Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2016 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS, 2015 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>

Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2019 Jul 19]. Available from: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>

Anotações

