2013.2

POLÍTICAS DE SAÚDE

INSTITUTO FORMAÇÃO
Cursos Técnicos Profissionalizantes

Enfª MARÍLIA VARELA

Apresentação

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

O Ministério da Saúde, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver.

A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população.

Além disso, a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (Conferência Nacional de Saúde, 1986). Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde

como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 1990).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva
individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/ arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida.

Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

Nesta direção, 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 sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social.

O exercício da cidadania, assim, vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede.

O trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas.

Desta forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidade em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista. A um só tempo, comprometer-se e co-responsabilizar-se pelo viver e por suas condições são marcas e ações próprias da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, ratificando-se a indissociabilidade entre esses planos de atuação.

Entende-se, portanto, que a 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 sociais na gestão das políticas públicas.

Na Constituição Federal de 1988, o estado brasileiro assume como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

No texto constitucional tem-se ainda que o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde, quando suas ações e serviços são instados a trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, com a descentralização e com a participação social.

No entanto, ao longo dos anos, o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado. A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário.

A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entre trabalhadores da Saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade.

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor à ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes.

O compromisso do setor Saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor Saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.

Ao se retomar as estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa (BRASIL, 1996) e analisar a literatura na área, observa-se que, até o momento, o desenvolvimento de estudos e evidências aconteceu, em grande parte, vinculado às iniciativas ligadas ao comportamento e aos hábitos dos sujeitos. Nesta linha de intervenção já é possível encontrar um acúmulo de evidências convincentes, que são aquelas baseadas em estudos epidemiológicos demonstrativos de associações convincentes entre exposição e doença a partir de pesquisas observacionais prospectivas e, quando necessário, ensaios clínicos randomizados com tamanho, duração e qualidade suficientes (BRASIL, 2004).

Entretanto, persiste o desafio de organizar estudos e pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde que operem nas estratégias mais amplas que foram definidas em Ottawa (BRASIL, 1996) e que estejam mais associadas às diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde, a saber: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade.

A partir das definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, das deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007) (BRASIL, 2004b), o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde num esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde.

Entende-se que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida.

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.

No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, consequentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes.

Nesse sentido, a elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde é oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/ implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

Objetivo Geral

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Objetivos Específicos

I – Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;

II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);

III– Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;

IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;

V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;

VI – Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;

VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;

VIII – Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;

IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;

X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;

XI – Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País;

XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Diretrizes

I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;

II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;

III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;

IV – Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;

VI – Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Estratégias de Implementação

De acordo com as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – Ministério da Saúde, estados e municípios, destacamos as estratégias preconizadas para implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

I – Estruturação e fortalecimento das ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde, privilegiando as práticas de saúde sensíveis à realidade do Brasil;

II – Estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde; alimentação saudável e prevenção, e controle ao tabagismo;

III – Desenvolvimento de estratégias de qualificação em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde;

IV – Apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular referente à promoção da saúde que atuem na Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde:

a) estímulo à inclusão nas capacitações do SUS de temas ligados à promoção da saúde;

b) apoio técnico a estados e municípios para inclusão nas capacitações do Sistema Único de Saúde de temas ligados à promoção da saúde.

V – Apoio a estados e municípios que desenvolvam ações voltadas para a implementação da Estratégia Global, vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis;

VI – Apoio à criação de Observatórios de Experiências Locais referentes à Promoção da Saúde;

VII – Estímulo à criação de Rede Nacional de Experiências Exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis:

a) identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com foco em ações de alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre de tabaco;

b) identificação e desenvolvimento de parceria com estados e municípios para a divulgação das experiências exitosas relativas a instituições saudáveis e ambientes saudáveis;

c) favorecimento da articulação entre os setores da saúde, meio ambiente, saneamento e planejamento urbano a fim de prevenir e/ou reduzir os danos provocados à saúde e ao meio ambiente, por meio do manejo adequado de mananciais hídricos e resíduos sólidos, uso racional das fontes de energia, produção de fontes de energia alternativas e menos poluentes;

d) desenvolvimento de iniciativas de modificação arquitetônicas e no mobiliário urbano que objetivem a garantia de acesso às pessoas portadoras de deficiência e idosas;

e) divulgação de informações e definição de mecanismos de incentivo para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis com ênfase na redução dos riscos de acidentes de trabalho.

VIII – Criação e divulgação da Rede de Cooperação Técnica para Promoção da Saúde;

IX – Inclusão das ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação social do SUS:

a) apoio e fortalecimento de ações de promoção da saúde inovadoras utilizando diferentes linguagens culturais, tais como jogral, *hip hop*, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;

X – Inclusão da saúde e de seus múltiplos determinantes e condicionantes na formulação dos instrumentos ordenadores do planejamento urbano e/ou agrário (planos diretores, agendas 21 locais, entre outros);

XI – Estímulo à articulação entre municípios, estados e Governo Federal valorizando e potencializando o saber e as práticas existentes no âmbito da promoção da saúde:

a) apoio às iniciativas das secretarias estaduais e municipais no sentido da construção de parcerias que estimulem e viabilizem políticas públicas saudáveis;

XII – Apoio ao desenvolvimento de estudos referentes ao impacto na situação de saúde considerando ações de promoção da saúde:
a) apoio à construção de indicadores relativos às ações priorizadas para a Escola Promotora de Saúde: alimentação saudável; práticas corporais/atividade física e ambiente livre de tabaco;
XIII – Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, formação, educação permanente e pesquisa com unidades federativas e países onde as ações de promoção da saúde estejam integradas ao serviço público de saúde:
a) criação da Rede Virtual de Promoção da Saúde.

Responsabilidades das esferas de gestão
Gestor federal

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Promover a articulação com os estados para apoio à implantação e supervisão das ações referentes às ações de promoção da saúde;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando a composição tripartite;

IV – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;

V – Definir e apoiar as diretrizes capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locorregionais;

VI – Viabilizar linhas de financiamento para a promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumentos de avaliação de desempenho;

VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política de Promoção da Saúde;

IX – Articular com os sistemas de informação existentes a inserção de ações voltadas a promoção da saúde no âmbito do SUS;

X – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XI – Definir ações de promoção da saúde intersetoriais e pluriinstitucionais de abrangência nacional que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população;

XII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;

XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XIV – Promoção de cooperação nacional e internacional referente às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;

XV – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

Gestor estadual

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locorregionais;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política, considerando a composição bipartite;

IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias estaduais de saúde;

V – Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações de promoção da saúde;

VI – Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão;

VII – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VIII – Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política;
IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades loco-regionais;

X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito estadual;

XI – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;

XII – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XIII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XIV – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;

XV – Promoção de cooperação referente às experiências de promoção da saúde nos campos da atenção, da educação permanente e da pesquisa em saúde;

XVI – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

Gestor municipal

I – Divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;

II – Implementar as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais;

III – Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde;

IV – Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, implementação, articulação e monitoramento, e avaliação das ações de promoção da saúde nas secretarias de municipais de saúde;

V – Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e da implementação das iniciativas de promoção da saúde, garantindo tecnologias adequadas;

VI – Participação efetiva nas iniciativas dos gestores federal e estadual no que diz respeito à execução das ações locais de promoção da saúde e à produção de dados e informações fidedignas que qualifiquem a pesquisas nessa área;
VII – Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da Política;

VIII – Implantar estruturas adequadas para monitoramento e avaliação das iniciativas de promoção da saúde;

IX – Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais;

X – Viabilizar linha de financiamento para promoção da saúde dentro da política de educação permanente, bem como propor instrumento de avaliação de desempenho, no âmbito municipal;

XI – Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção da saúde;

XII – Realização de oficinas de capacitação, envolvendo equipes multiprofissionais, prioritariamente as que atuam na atenção básica;

XIII – Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política de Promoção da Saúde;

XIV – Buscar parcerias governamentais e não-governamentais para potencializar a implementação das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS;

XV – Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação das ações de intervenção;

XVI – Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório;

XVII – Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação, referentes às ações de promoção da saúde;

XVIII – Elaboração de materiais de divulgação visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;

XIX – Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de promoção da saúde.

Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde

I – Promover seminários internos no Ministério da Saúde destinado à divulgação da PNPS, com adoção de seu caráter transversal;

II – Convocar uma mobilização nacional de sensibilização para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, com estímulo à adesão de estados e municípios;

III – Discutir nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares;

IV – Avaliar o processo de implantação da PNPS em fóruns de composição tripartite.

Alimentação saudável

I – Promover ações relativas à alimentação saudável visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada;

II – Promover articulação intra e intersetorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global:

a) com a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas que garantam o acesso à alimentação saudável, considerando as especificidades culturais, regionais e locais;

b) mobilização de instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada visando ratificar a implementação de ações de combate à fome e de aumento do acesso ao alimento saudável pelas comunidades e pelos grupos populacionais mais pobres;

c) articulação intersetorial no âmbito dos conselhos de segurança alimentar, para que o crédito e o financiamento da agricultura familiar incorpore ações de fomento à produção de frutas, legumes e verduras visando ao aumento da oferta e ao consequente aumento do consumo destes alimentos no país, de forma segura e sustentável, associado às ações de geração de renda;

d) firmar agenda/pacto/compromisso social com diferentes setores (Poder Legislativo, setor produtivo, órgãos governamentais e não-governamentais, organismos internacionais, setor de comunicação e outros), definindo os compromissos e as responsabilidades sociais de cada setor, com o objetivo de favorecer/garantir hábitos alimentares mais saudáveis na população, possibilitando a redução e o controle das taxas das DCNT no Brasil;

e) articulação e mobilização dos setores público e privado para a adoção de ambientes que favoreçam a alimentação saudável, o que inclui: espaços propícios à amamentação pelas nutrizes trabalhadoras, oferta de refeições saudáveis nos locais de trabalho, nas escolas e para as populações institucionalizadas;
f) articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco do DCNT, com especial ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.

III – Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira:

a) divulgação ampla do Guia Alimentar da População Brasileira para todos os setores da sociedade;

b) produção e distribuição de material educativo (Guia Alimentar da População Brasileira, 10 Passos para uma Alimentação Saudável para Diabéticos e Hipertensos, Cadernos de Atenção Básica sobre Prevenção e Tratamento da Obesidade e Orientações para a Alimentação Saudável dos Idosos);

c) desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável;

d) estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda;

e) estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos;

f) produção e distribuição de material educativo e desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios da amamentação;

g) sensibilização dos trabalhadores em saúde quanto à importância e aos benefícios da amamentação;

h) incentivo para a implantação de bancos de leite humano nos serviços de saúde;

i) sensibilização e educação permanente dos trabalhadores de saúde no sentido de orientar as gestantes HIV positivo quanto às especificidades da amamentação (utilização de banco de leite humano e de fórmula infantil).

IV – Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar:

a) fortalecimento das parcerias com a SGTES, Anvisa/MS, Ministério da Educação e FNDE/MEC para promover a alimentação saudável nas escolas;

b) divulgação de iniciativas que favoreçam o acesso à alimentação saudável nas escolas públicas e privadas;

c) implementação de ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar;

d) produção e distribuição do material sobre alimentação saudável para inserção de forma transversal no conteúdo programático das escolas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e educação;

e) lançamento do guia “10 Passos da Alimentação Saudável na Escola”;

f) sensibilização e mobilização dos gestores estaduais e municipais de saúde e de educação, e as respectivas instâncias de controle social para a implementação das ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar, com a adoção dos dez passos;

g) produção e distribuição de vídeos e materiais instrucionais sobre a promoção da alimentação saudável nas escolas.

V – Implementar as ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação:

a) implementação do Sisvan como sistema nacional obrigatório vinculado às transferências de recursos do PAB;

b) envio de informações referentes ao Sisvan para o Relatório de Análise de Doenças Não Transmissíveis e Violências;

c) realização de inquéritos populacionais para o monitoramento do consumo alimentar e do estado nutricional da população brasileira, a cada cinco anos, de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

d) prevenção das carências nutricionais por deficiência de micronutrientes (suplementação universal de ferro medicamentoso para gestantes e crianças e administração de megadoses de vitamina A para puerperais e crianças em
áreas endêmicas);

e) realização de inquéritos de fatores de risco para as DCNT da população em geral a cada cinco anos e para escolares a cada dois anos, conforme previsto na Agenda Nacional de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Ministério da Saúde;

f) monitoramento do teor de sódio dos produtos processados, em parceria com a Anvisa e os órgãos da vigilância sanitária em estados e municípios;

g) fortalecimento dos mecanismos de regulamentação, controle e redução do uso de substâncias agrotóxicas e de outros modos de contaminação dos alimentos.

VI – Reorientação dos serviços de saúde com ênfase na atenção básica:

a) mobilização e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais;
b) incorporação do componente alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de forma a permitir o diagnóstico e o desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável;

c) reforço da implantação do Sisvan como instrumento de avaliação e de subsídio para o planejamento de ações que promovam a segurança alimentar e nutricional em nível local.

Prática corporal/atividade física

I – Ações na rede básica de saúde e na comunidade:

a) mapear e apoiar as ações de práticas corporais/atividade física existente nos serviços de atenção básica e na Estratégia de Saúde da Família, e inserir naqueles em que não há ações;

b) ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis;

c) capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais/atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo;

d) estimular a inclusão de pessoas com deficiências em projetos de práticas corporais e atividades físicas;

e) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física;

f) constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do “Pratique Saúde no SUS” (área física adequada e equipamentos, equipe capacitada, articulação com a rede de atenção);

g) incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais/atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

II – Ações de aconselhamento/divulgação:

a) organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis;

b) desenvolver campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.

III – Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros:

a) pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de desenvolver ações voltadas para estilos de vida saudáveis, mobilizando recursos existentes;

b) estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios;

c) estimular a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade;

d) resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos;

e) articular parcerias estimulando práticas corporais/atividade física no ambiente de trabalho.

IV – Ações de monitoramento e avaliação:

a) desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis;

b) estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física;

c) consolidar a Pesquisa de Saúde dos Escolares (SVS/MS) como forma de monitoramento de práticas corporais/atividade física de adolescentes.

Prevenção e controle do tabagismo

I – Sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que:

a) reduza a aceitação social do tabagismo;

b) reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar;

c) proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental;

d) reduza o acesso aos derivados do tabaco;
e) aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar;

f) controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor.

II – Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de "comunidades livres de tabaco", divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos:

a) Dia a Mundial sem Tabaco (31 de maio);

b) Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto);

III – Fazer articulações com a mídia para divulgação de ações e de fatos que contribuam para o controle do tabagismo em todo o território nacional;

IV – Mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários (unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho) capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela;

V – Investir na promoção de ambientes de trabalho livres de tabaco:

a) realizando ações educativas, normativas e organizacionais que visem estimular mudanças na cultura organizacional que levem à redução do tabagismo entre trabalhadores;

b) atuando junto a profissionais da área de saúde ocupacional e outros atores-chave das organizações/instituições para a disseminação contínua de informações sobre os riscos do tabagismo e do tabagismo passivo, a implementação de normas para restringir o fumo nas dependências dos ambientes de trabalho, a sinalização relativa às restrições ao consumo nas mesmas e a capacitação de profissionais de saúde ocupacional para apoiar a cessação de fumar de funcionários.

VI – Articular com o MEC/secretarias estaduais e municipais de educação o estímulo à iniciativa de promoção da saúde no ambiente escolar;

VII – Aumentar o acesso do fumante aos métodos eficazes para cessação de fumar, e assim atender a uma crescente demanda de fumantes que buscam algum tipo de apoio para esse fim.

Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas

I – Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências;

II – Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool.

III – Promover campanhas municipais em interação com as agências de trânsito no alerta quanto às conseqüências da "direção alcoolizada";

IV – Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilização e autonomia da população;

V – Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências;

VI – Apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de dado território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais.

Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito

I – Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação;

II – Articulação de agendas e instrumentos de planejamento, programação e avaliação, dos setores diretamente relacionados ao problema;

III – Apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito.

Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz

I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;

II – Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intrafamiliar e sexual;

III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual;

IV – Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal;

V – Incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência;

VI – Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos Planos Estaduais e Municipais de Prevenção da Violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações;
VII – Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violências.

Promoção do desenvolvimento sustentável

I – Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no País que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável;

II – Apoio à elaboração de planos de ação estaduais e locais, incorporados aos Planos Diretores das Cidades;

III – Fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável;

IV – Apoio ao envolvimento da esfera não-governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis;

V – Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável;

VI – Estímulo à produção de conhecimento e desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável;

VII – Promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Princípios Doutrinários e Organizativos

A primeira e maior novidade do SUS é seu conceito de saúde. Encarar saúde apenas como ausência de doenças nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional (DUARTE, 2009).

Para enfrentar esta situação era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde, e até mesmo da sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa era conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde com condições de vida. O direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida. Este conceito ampliado, ao definir os elementos condicionantes da saúde, incorpora:

- meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação, etc.)
- meio sócio-econômico (emprego, renda, educação, alimentação, educação, hábitos, etc.)

- fatores biológicos (genéticos, raça, idade, etc.) para a garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ou seja, para se ter saúde é preciso possuir um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc. A saúde se expressa como um retrato das condições de vida. Por outro lado, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde, mas com todo este conjunto de determinantes (DUARTE, 2009).

Ao instituir a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorada na concepção de Seguridade Social, a constituição operou uma ruptura com o padrão anterior de política social, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo. Assim, o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação. Nesta medida não pode ser comparado com subsistemas de natureza privada, que apesar de compô-lo por meio de parcerias público-privado, em geral estabelecem sua ação exclusivamente no campo assistencial (VASCONCELOS; PASCHE, 2003).

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o SUS traz dois outros conceitos importantes, o de sistema e a ideia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidores dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Este sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país. Mas, é preciso compreender bem esta ideia de unicidade. Num país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta estas diferenças seria uma temeridade. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização de sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, através de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema.

O SUS pode então ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.

Princípios Doutrinários

Universalidade

O acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O exercício deste princípio traz a perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema público de saúde, da vacina à cirurgia mais complexa, alterando a situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros.

Equidade

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isto não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. A equidade justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é sinônimo de justiça social.

Integralidade

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Princípios Organizativos

Para organizar o SUS, a partir dos princípios doutrinários apresentados e levando-se em consideração a idéia de seguridade social e relevância pública, existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, tratam-se de formas de concretizar o SUS na prática.

Regionalização e Hierarquização

A regionalização e a hierarquização de serviços significa que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços já existentes, buscando o comando unificado dos mesmos.

Com a ideia de hierarquização busca-se ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços, de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente.

Descentralização e Comando Único

Descentralizar é redistribuir poder entre os níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto tiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

A decisão deve ser de quem executa que deve ser o que está mais perto do problema. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa a responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da saúde, nos estados pelos secretários estaduais de saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de saúde. Eles são também conhecidos como “gestores” do sistema de saúde.

Participação Popular

O SUS foi fruto de um amplo debate democrático. Mas a participação da sociedade não se esgotou nas discussões que deram origem ao SUS. Esta democratização também deve estar presente no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados Conselhos e as Conferências de Saúde, que tem como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde, que devem existir nos três níveis de governo, são órgãos deliberativos, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários e a outra metade, o conjunto composto por

governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito de governo, onde serão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento. As Conferências de Saúde são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Devem ser realizadas em todos os níveis de governo.

Um último aspecto que merece destaque é o da complementaridade do setor privado. Este princípio se traduz nas condições sob as quais o setor privado deve ser contratado, caso o setor público se mostre incapaz de atender a demanda programada. Em primeiro lugar, entre os serviços privados devem ter prioridade os não lucrativos ou filantrópicos. Para a celebração dos contratos deverão ser seguidas as regras do direito público. Em suma, trata-se de fazer valer, na contratação destes serviços, a lógica do público e as diretrizes do SUS. Todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regras de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede. Para a contratação de serviços, os gestores deverão proceder a licitação, de acordo com a Lei Federal nº 8666/93.

A criação do SUS, feita pela Constituição Federal, foi posteriormente regulamentada através das Leis 8080/90, conhecida como Lei Orgânica, e 81421/90. Estas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde; estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular; formalizam o entendimento da saúde como área de "relevância pública" e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público; dentre outros vários princípios fundamentais do SUS. Outros instrumentos têm sido utilizados para possibilitar a operacionalização do Sistema, dentre eles as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOBS), publicadas pelo Ministério da Saúde, sob forma de portaria.

Regulamentação do SUS

•Constituição Federal de 1988;

•Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990 (LOS)

•Lei n° 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (Participação social e Transferências do SUS);

•Lei n° 8.689 de 27 de julho de 1993 (Extinção do INAMPS, criação do SNA e publicidade trimestral das contas do SUS);

•Normas Operacionais (NOB 01/91, 01/92, 01/93, 01/96; NOAS 01/02);

•Portarias ministeriais;

•Pacto pela Saúde 2006.

Norma Operacional Básica do SUS 01/91

Política de Saúde - Normas de Funcionamento do SUS

Editada pela da Resolução do INAMPS n° 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela resolução do INAMPS n°273, de 17 de julho de 1991)

Vide continuação dada em slide em sala de aula

PACTO PELA VIDA

Política de Saúde - Normas de Funcionamento do SUS:

- Prioridades básicas em saúde que os três entes federados devem perseguir, com metas e indicadores para avaliação anual.
- Atividades prioritárias:

–atenção integral à saúde do idoso;

–controle do câncer de colo de útero e de mama;

–redução da mortalidade materna e infantil;

–fortalecimento da atenção básica;

–a promoção da saúde;

–reforço de ações para o controle das doenças emergenciais e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

PACTO EM DEFESA DO SUS
Política de Saúde - Normas de Funcionamento do SUS

- Discutir nos conselhos municipais e estaduais as estratégias para implantação
- Priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas

PACTO DE GESTÃO DO SUS

Política de Saúde - Normas de Funcionamento do SUS

• Responsabilidades a serem assumidas no Termo de Compromisso de Gestão (3 esferas):

–Descentralização;

–Regionalização;

–Planejamento;

–Programação Pactuada e Integrada;

– Regulação;

–Participação e Controle Social;

–Gestão do Trabalho;

–Educação na Saúde

–Financiamento

• 5 blocos: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS;

Financiamento do SUS

COMPREENDENDO A SEGURIDADE SOCIAL

SAÚDE/ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

O termo Seguridade Social é definido como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e também com participação da sociedade, cuja destinação é a princípio, assegurar os direitos relativos à SAÚDE, á ASSISTÊNCIA SOCIAL e à PREVIDÊNCIA ao cidadão.

A Seguridade Social tem a equidade na forma de participação no custeio e com diversidade da base de financiamento.

Esse financiamento possui contribuições sociais provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

AS FONTES DE FINANCIAMENTO DO SUS

Os recursos destinados ao financiamento do SUS estão constitucionalmente atrelados ao OSS, por isso é importante conhecer suas fontes, quais sejam:

Contribuições:

– Confins - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (antigo Finsocial até 1992).

– CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido de Empresas.

– Contribuição sobre Concurso Prognóstico.

– Contribuição de Empregados e Empregadores (recolhida pelo INSS).

–CSS ANTIGA CPMF exclusiva para a Saúde

• Recursos do Tesouro da União (tributos arrecadados).

• PIS (programa de Integração Social) e Pasep (programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público), que existem desde 1970 e permanecem vinculados ao FAT (Fundo de Amparo ao Trabalhador).

• Recursos próprios dos Tesouros Estaduais e Municipais**.**

FUNDOS ESPECIAIS DE SAÚDE

–Conta especial utilizada especificamente para a movimentação financeira destinada à Saúde.

– É instituído por lei.

– A Lei 8.080/90, artigo 33, parágrafo 1°, cria o Fundo Nacional de Saúde e a Lei 8.142/90, artigo 4, estabelece que para receber recursos do governo federal, estados e municípios devem ter Fundo de Saúde.

– A existência do fundo possibilita a transparência das fontes da receita, seus valores e data de ingresso, das despesas realizadas, dos rendimentos das aplicações financeiras, o que facilita o controle social e permite a autonomia na aplicação dos recursos na área da saúde.

BLOCOS DE FINANCIAMENTO

• PACTO PELA SAÚDE 2006 – PORTARIAS Nº- 698 e 699, DE 30 DE MARÇO DE 2006:

• Art. 3º Ficam criados os seguintes blocos de financiamento:

• I - Atenção Básica;

• II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

• III - Vigilância em Saúde;

• IV - Assistência Farmacêutica;

• V - Gestão do SUS;

• VI – Investimento na Rede de Serviços

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA

A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

A operacionalização das diretrizes aqui apresentadas tem sido uma tarefa cotidiana de vários dos municípios brasileiros. Esta não tem sido uma tarefa fácil e enfrentar obstáculos de toda ordem: dificuldades de financiamento, disputa de grupos com interesses divergentes, insuficiência de capacidade

gerencial, excessiva burocracia nas formas de administração, experiência ainda recente com os processos de descentralização e democratização, insuficiência de mecanismos jurídicos para que a regulação da rede privada, formação de recursos humanos com perfil diferente daquele demandado pelo novo sistema, e uma lista interminável de outros problemas. Apesar disto, várias experiências bem sucedidas têm sido implementadas. O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da saúde no Brasil. Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta pela sua construção (DUARTE, 2009).
Vide Constituição da República Federativa do Brasil e Leis em Slide

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E OS MODOS DE INTERVENÇÃO

CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA

ANTIGUIDADE

- Oriente médio (Idade Antiga): viam as doenças como decorrentes de causas externas;
- Cristianismo: pecado é responsável pelos males físicos;
- Medicinas clássicas da Índia e China: doença como desequilíbrio de elementos chamados "humores": terra, ar, água e fogo.

Na pré-história da humanidade predominava como ideia central que a doença era decorrência de fenômenos transcendentais. Acreditava-se que os fatores etiológicos eram decorrentes do sobrenatural, frequentemente atribuídos ao castigo dos deuses, demônios ou de forças do mal (FREESE, 2006; PEREIRA, 2000).

IDADE MÉDIA

- Igreja católica era dominante;
- Medicina patrística;
- Duas interpretações para doenças:

Pagã: demoníaca ou feitiçaria ou Cristã: purificação e expiação dos pecados.
Epidemias: peste, varíola, difteria, sarampo, influenza, tuberculose, escabiose.
Na idade média ocorre a negação dos conceitos ambientalistas devido à hegemonia do catolicismo romano, no qual as invasões dos bárbaros trouxeram um predomínio das práticas de saúde de caráter mágico-religioso, onde amuletos, orações e cultos a santos protetores da saúde materializavam a ideologia religiosa de salvação da alma mesmo com a perdição do corpo (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

IDADE MODERNA

- Mecanismo da circulação sanguínea;
- Teoria miasmática;
- Surgiu o pai da moderna anatomia, pai da cirurgia;

A teoria dos miasmas que perdurou até o século XIX e, segundo a qual, sujeiras externas e odores de putrefação provenientes de resíduos da decomposição de animais e plantas deveriam ser eliminados para não espalharem doenças (MINAYO, 2006), ou seja, as "emanações" passariam do doente para os indivíduos suscetíveis, o que explicaria a origem das epidemias das doenças contagiosas (PEREIRA, 2000).

IDADE CONTEMPORÂNEA

- Descobertas bacteriológicas;
- Formação unicausal

- Abordagem do modelo multicausal:
- Multicausalidade simples: relações causais entre fatores de risco e doença;
- Historia natural da doença: explicação multicausal da doença
- Determinação social da doença: novo marco explicativo.

Com o desenvolvimento da microbiologia e a preocupação com o saneamento dos portos criavam-se estímulos para investigações no campo das doenças infecciosas, que resultaram no surgimento do conceito de vigilância com o propósito de detectar a doença em seus primeiros sintomas e, a partir deste momento, instituir o isolamento (WALDMAN, 1998).

Nesta fase surgem modelos que tentam explicar o processo saúde-doença através da multicausalidade. O primeiro modelo foi proposto por Gordon, no qual, a saúde era o resultado do equilíbrio entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente, mas embora este modelo representasse uma evolução em relação à unicausalidade, ele atribuía igual importância aos elementos da tríade, o que raramente corresponde à realidade (PEREIRA, 2000).

Com o modelo de Leavell e Clarck (História Natural da Doença), o ambiente é novamente introduzido como explicativo para o processo saúde-doença, sendo conformado pelo ambiente físico e social e compreende três níveis de prevenção: primária (promoção da saúde e proteção específica), secundária (diagnóstico precoce e proteção específica) e terciária (reabilitação) (FREESE, 2006).

História Natural da Doença

A História Natural da Doença tem seu desenvolvimento em 2 períodos:

• Período epidemiológico ou pré-patogênico: o interesse é dirigido para as relações suscetível-ambiente; Envolve, de um lado, os condicionantes sociais e ambientais e, do outro, os fatores próprios do suscetível;

• Período patológico ou patogênico: interessam as modificações que se passam no organismo vivo.

Prevenção às Doenças

Prevenção primária

Promoção da saúde:

• Educação sanitária;

• Alimentação e nutrição adequadas;

• Habitação adequada;

• Emprego e renda adequados

•Condições para satisfação das necessidades básicas do indivíduo.

Proteção específica:

• Vacinação;

• Exame pré-natal

• Quimioprofilaxia;

• Fluoretação da água;

• Eliminação de exposição de agentes carcinogênicos.

Prevenção secundária

Diagnóstico e tratamento precoce:

• Rastreamento;

• Exame periódico de saúde;

• Procura de casos entre os contatos;

• Auto-exame;

• Intervenções médicas ou cirúrgica precoces.

Limitação do dano:

•Acesso facilitado aos serviços de saúde;

•Tratamento médico ou cirúrgico adequados;

•Hospitalização em função das necessidades.

Prevenção terciária

Reabilitação (impedir a incapacidade total)

•Terapia ocupacional;

•Fisioterapia

•Emprego para o reabilitismo;

•Educação do público para a aceitação do deficiente;

•Próteses e órteses.

SAÚDE E AMBIENTE

Não é de hoje que as inter-relações entre população, recursos naturais e desenvolvimento têm sido objeto de preocupação social e de estudos científicos. Desde há muito, as exigências cada vez mais complexas da sociedade moderna vêm acelerando o uso dos recursos naturais, resultando em danos ambientais que colocam em risco a sobrevivência da humanidade no planeta.

A história mostra que o homem sempre utilizou os recursos naturais para o desenvolvimento da tecnologia e da economia e, com isso, garantir uma vida com mais qualidade. Entretanto, é fácil constatar que essa equação (exploração dos recursos naturais = desenvolvimento econômico e tecnológico = qualidade de vida) não vem se relevando verdadeira. Isso porque os recursos oriundos da natureza estão sendo aproveitados de forma predatória, causando graves danos ao meio ambiente e refletindo negativamente na própria condição de vida e de saúde do homem.

Nesse sentido, para alguns "tudo se tornou válido em nome do progresso, do bem estar da sociedade e da vida mais confortável". Mas, a busca do homem por uma vida melhor está lhe trazendo doenças, problemas sociais e comprometendo seu futuro, já que suas ações são altamente degradantes. Diante desse quadro, fica claro que meio ambiente e saúde são temas completamente indissociáveis, fazendo parte do contexto da saúde pública.

MEIO AMBIENTE

A expressão "meio ambiente" deve ser interpretada de uma forma ampla, não se referindo apenas à natureza propriamente dita, mas sim a uma realidade complexa, resultante do conjunto de elementos físicos, químicos, biológicos e sócio-econômicos, bem como de suas inúmeras interações que ocorrem dentro de sistemas naturais, artificiais, sociais e culturais.

SAÚDE

A palavra saúde também deve ser compreendida de forma abrangente, não se referindo somente à ausência de doenças, mas sim ao completo bem-estar físico, mental e social de um indivíduo. Nesse sentido, é a orientação que se extrai da disposição contida no artigo 3º da Lei nº8.080/90, onde se consigna que *"a **saúde** tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, **o meio ambiente**, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais"* (grifos nossos).

Assim o termo "saúde" engloba uma série condições que devem estar apropriadas para o bem estar completo do ser humano, incluindo o meio ambiente equilibrado.

Constituição da República Federativa do Brasil – 1988

Saúde Art. 196 - "... direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.".

Meio Ambiente Art. 225 - "... direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para os presentes e futuras gerações."

SAÚDE E AMBIENTE NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

Através da história humana, os principais problemas de saúde enfrentados pelos homens têm tido relação com a vida em comunidade, por exemplo, o controle de doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e alimentos em boa qualidade e em quantidade, a provisão de cuidados médicos, e o atendimento dos incapacitados e destituídos. A ênfase relativa colocada em cada um desses problemas tem variado de tempo a outro, mas eles estão todos inter-relacionados, e deles se originou a saúde pública como a conhecemos hoje" (Rosen, 1958).

As relações entre a ecologia e saúde, que reúnem a atividade humana com as condições do ecossistema, saúde e políticas públicas fornecem uma melhor compreensão dos processos que determinam a saúde e o bem-estar das populações (NIELSEN, 2001). As atividades produtivas e suas externalidades negativas provocam sérias consequências na saúde do meio ambiente natural, rural e urbano, inclusive da população humana, fato que é motivo de preocupação de toda a sociedade.

Como resultado desta percepção sobre a influência do ambiente na saúde, surgiu a necessidade de se desenvolver métodos para apreender a realidade sob uma nova perspectiva; a abordagem ecossistêmica para a saúde humana, desenvolvida no Canadá na década de 70 e derivada do pensamento sistêmico ganha assim espaço no campo da saúde (LEBEL, 2003). Segundo Minayo (2006), o **enfoque ecossistêmico da saúde humana** procura integrar a saúde e o ambiente por meio da ciência e tecnologia, "gerada e aplicada em consonância com gestores públicos, privados, com a sociedade civil e os segmentos populacionais afetados." Esta proposta leva em consideração os aspectos sociais, econômicos e ecológicos, valorizando igualmente estes três componentes para o desenvolvimento sustentável. Assim, iniciou-se uma abordagem ecossistêmica, integrando saúde e ambiente, de modo que ciência e mundo da vida se unam na construção da qualidade de vida através de uma melhor gestão do ecossistema e da responsabilidade individual e coletiva sobre a saúde.

O conceito de "desenvolvimento sustentável" utilizado até os dias atuais é definido como aquele que "atende as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de atenderem as suas", por meio da sustentabilidade do desenvolvimento que implica uma mudança nas relações econômicas, político-sociais, culturais e ecológicas. Desse modo, a natureza passa a ser vista como parte integrante de um sistema que originalmente deveria ser cíclico, excluindo o comportamento predador do modelo desenvolvimentista predominante (OLIVEIRA, 2003).

No sistema de saúde brasileiro, o setor de Saúde Ambiental procura identificar e intervir nos processos diretamente ligados ao meio ambiente e que determinam e condicionam a saúde e qualidade de vida humana, por exemplo, ao monitorar a qualidade da água, solo e do ar.

FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde no Brasil possuem dois pressupostos, no qual o primeiro refere-se às medidas preventivas e curativas que visam à obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças; o segundo, às estratégias da promoção da saúde objetiva a construção social da saúde e do bem estar. O pressuposto das estratégias preventivas e curativas de enfrentar a doença e de obter saúde é coerente com os princípios que regem as atuais culturas e sociedades, pois são baseadas na produção incessante e sempre renovada de variados serviços que se fundamentam na tecnologia e na ciência oferecidos para o consumo das pessoas (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004).

A promoção da saúde entendida como processo participativo de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer, quando evidencia a obtenção das condições de vida da população, abrange, entre outros propósitos, excluir ou minimizar a ocorrência dinâmica de morbidades decorrentes da ausência destas condições. Deste modo atinge as causas e não apenas evita a manifestação de tais agravos.

Prevenção pode ser considerada como toda e qualquer medida tomada antes do surgimento de dada condição mórbida ou de um seu conjunto, vistas a tal situação não ocorra com pessoas ou coletividades ou, pelo menos, se vier a ocorrer, que isso se dê de forma menos grave ou mais branda (GUEDES; SILVA; FREITAS, 2004).

O PAPEL DOS AGENTES DE ENFERMAGEM COMO EDUCADOR EM SAÚDE

Os agentes de enfermagem enquanto agentes do processo de trabalho em saúde têm desempenhado um papel importante na questão da educação e saúde. O surgimento da enfermagem moderna no Brasil, e do profissional enfermeiro está diretamente vinculado ao trabalho da enfermagem numa dimensão educativa, já que as enfermeiras foram formadas na finalidade de suprir a falta de um profissional envolvido com as atividades educativas sanitárias, iniciadas por médicos sanitaristas na década de 1920.

Na década de 80, na enfermagem a visão de educação e saúde que resgata o indivíduo com direitos de cidadania, começa a ser apontada num amplo aspecto que possibilita o indivíduo ter uma compreensão de si mesmo enquanto cidadão, enquanto membro ativo em sua participação na sociedade, com direitos a adequadas condições de saúde e de vida (ALMEIDA et al 1989 apud LIMA 1996).

Hoje as ações educativas em saúde constituem-se em um dos instrumentos utilizados pela enfermagem, num contexto abrangente tanto no processo de trabalho individual e coletivo, cuja preocupação vai do corpo individual ao controle da doença entendida como fenômeno coletivo. No modelo individual e essas ações se voltam para o desenvolvimento do indivíduo e no modelo da saúde coletiva há preocupação com a cidadania (ALMEIDA et al 1989 apud LIMA 1996).

Na organização de uma ação educativa, seja esta realizada no consultório, sala de reunião, escola, entre outros locais, é vital possibilitar um ambiente descontraído e harmonioso que se adeque ao programa de ensino pré-determinado (SILVA, 2004).

Pode-se programar para o atendimento, ensino e treinamento individual, em grupo ou para um grande público (educação em massa), conforme relata a autora, utilizando recursos diversos, tais como: dramatização, álbuns seriados, cartazes, folders, dinâmicas, entre outras.

Educação Individual

A orientação individual é realizada durante a consulta de enfermagem, no primeiro contato com o paciente. Durante esta prática evidencia-se o estabelecimento de um vínculo entre o paciente e o profissional. É essencial uma relação de empatia e receptividade com o paciente evitando realizar juízo de valores fato que diminuiria a eficácia desta atividade.

Educação em grupo

Este método de ensino permite a interação entre os indivíduos deste grupo e os membros da equipe de saúde tornando possível analisar as percepções e experiências de todos os membros do grupo. Deste modo, a educação em saúde, permite uma educação contínua aumentando, consequentemente, a interação entre estes indivíduos e os profissionais de saúde.

Quando este grupo é estabelecido, por exemplo, por clientes que apresentam uma determinada condição clínica em comum, esta troca de experiências individuais é um poderoso meio educativo, no qual a troca de soluções entre eles é sempre útil potencializando assim, adesão às terapêuticas medicamentosas e comportamentais necessárias.

Educação em massa

Podem-se utilizar os meios de comunicação para mobilizar a opinião pública e sensibilizá-la para os problemas de saúde que afligem a população em caráter individual ou coletivo. As informações são transmitidas visando evitar situações suscetibilidades a patologias, aumentar o conhecimento público sobre doenças emergentes, orientar sobre campanhas de saúde, corrigir algumas crenças enraigadas na população, entre outras situações. Neste método se enquadram as palestras, orientações realizadas nos meios de comunicações (rádio e televisão), distribuição de folhetos, entre outras ações (SILVA, 2004).

A construção do conhecimento, em relação à promoção da saúde, é um processo que precisa ser realizado de forma constante tendo a participação individual e coletiva, na esfera familiar, no grupo de trabalho, nos grupos sociais, nas comunidades ou até mesmo nas organizações sociais (CEGANO; SIQUEIRA; CÉZAR VAZ, 2005).

Os profissionais da enfermagem desempenham um significativo papel nas relações entre seres humanos, sociedade, pesquisa, saúde e educação. Assim, este profissional, com uma de suas funções tem o papel de promover a formação seja no aspecto individual e coletivo considerando os problemas que envolvem a saúde.

PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER

1. Assistência integral à saúde da mulher

Os problemas relacionados à condição feminina e sexualidade, a fase de pré-adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis, as doenças malignas doenças crônico-degenerativas e ocupacionais são enfocados em um conjunto de ações preventivas, de diagnóstico e tratamento ou recuperação, de acordo com as necessidades de saúde da população feminina.

1.1 Objetivos

- Fornecer condição para melhorar os índices de aleitamento materno;
- Aumentar a cobertura de atendimento dos serviços de saúde: pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério;
- Implantar ou ampliar a assistência e as atividades de identificação em controle do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como de outras patologias ginecológicas;
- Implantar ou ampliar o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

- Desenvolver atividades de auxílio à concepção e contracepção;
- Desenvolver atividades de educação participativa para compreensão dos direitos da mulher;
- Incentivar o caráter participativo em todas as atividades desenvolvidas.

1.2 Assistência Clínico-ginecológica

Conjunto de ações que visam prevenir, diagnosticar, tratar e controlar as patologias clínico-ginecológicas, bem como as atividades relativas à prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama.

1.3 Assistência no pré-natal

Conjunto de ações clínicas e educativas com o objetivo de identificar precocemente os agravos que possam resultar em risco para a gestante e seu concepto. Segundo o Ministério da Saúde, para garantir uma assistência efetiva no pré-natal, devem-se observar alguns fatores:

- Captação precoce da gestante na comunidade;
- Controle periódico e contínuo durante toda a gestação;
- Recursos humanos treinados;
- Área física adequada;
- Equipamento e instrumental mínimos;
- Instrumentos de registro e estatística;
- Medicamentos básicos;
- Apoio laboratorial;
- Sistema eficiente de referência e contra-referência;
- Avaliação das ações da assistência ao pré-natal.

1.4 Assistência ao puerpério

Tem como objetivo o encaminhamento e tratamento de problemas e sequelas não resolvidas durante a gestação e parto, o incentivo e apoio ao aleitamento materno e a orientação sobre a anticoncepção.

1.5 Incentivo à amamentação

As vantagens do aleitamento materno consistem no preenchimento de todas as necessidades nutricionais nos primeiros seis meses de vida, na proteção contra infecções por possuir inúmeros mecanismos de defesa, na questão econômica e por não exigir preparo, além de proporcionar maior interrelação mãe e filho.

1.5 Funções do Técnico de Enfermagem na Assistência à Mulher

A proposta de assistência integral à saúde da mulher objetiva a integralidade do atendimento com ações educativas e clínicas, para o estabelecimento da promoção da saúde, a enfermagem deve:

- Trabalhar com grupos de mulheres, com objetivos afins, nos quais haja troca de experiências e integração.
- Trabalhar com as informações, dúvidas e crenças que são veiculadas informalmente pelo grupo.
- Planejar e programar todo trabalho a ser desenvolvido nos grupos.
- Evitar os detalhes técnicos e linguagem científica.
- Trabalhar em conjunto com todos os membros da equipe da saúde;
- Utilizar como estratégia os folhetos educativos, vídeos, técnicas de dinâmica de grupo, etc.

A promoção da saúde da mulher dependerá das atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde e também do envolvimento e participação da comunidade e da equipe de saúde na execução dessas ações.

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

As causas que agravam a saúde da população infanto-juvenil brasileira variam de acordo com a região, condições socioeconômicas e o grupo etário. As principais são:

- Causas pré-natais: provocadas por lesões congênitas, atendimento inadequado durante o pré-natal, parto domiciliar sem recursos, demora no atendimento à mulher em trabalho de parto;
- Doenças diarreicas decorrentes principalmente do saneamento básico precário, higiene inadequada das mães e alimentos, desmame precoce.
- Doenças respiratórias: as mais comuns são a gripe, faringite, amigdalite, sinusite, bronquite e pneumonias. As principais causas que contribuem para esta situação são:
    - Habitação inadequada;
    - Imunização incompleta;
    - Poluição e contaminação do ambiente;
    - Utilização inadequada de medicamentos;
    - Condições precárias de saneamento.
- Desnutrição: facilita a instalação de processos infecciosos e outras patologias;
- Acidentes de trânsito, homicídio e suicídio;
- Gravidez na adolescência: a ausência de debate pela sociedade sobre a sexualidade e a falta de informações tem aumentado o número de gravidez precoce e de doenças sexualmente transmissíveis.

2.1 Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)

Tem como objetivo assegurar à assistência integral à saúde da criança através das ações básicas como resposta do setor de saúde aos agravos mais frequentes e de maior risco na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade.

Ações básicas:

- Utilizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como meio de assistência à criança nesta faixa etária;
- Promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no primeiro ano de vida;
- Aumentar os níveis de cobertura vacinal;
- Controle da diarreia;
- Controle das doenças respiratórias na infância;
- Promover a educação em saúde, destacando a participação da família nas atividades de assistência à criança.

2.2 Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

Objetivos:

- Redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos ;
- Diminuição da incidência e/ou gravidade de distúrbios nutricionais;
- Diminuição da incidência e/ou gravidade das doenças infecciosas (pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo);
- Garantia de qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos nos serviços de saúde, domicílio e na comunidade;
- Fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância.

2.3 Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso (Método Mãe Canguru)

- Acolhimento do bebê e de sua família;

- Respeito às singularidades de cada recém-nascido;
- Envolvimento da mãe, do pai e da família nos cuidados com o bebê;

2.4 Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil

Este documento expressa a adoção de medidas para o crescimento saudável, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado nos aspectos biológico, afetivo, psíquico e social.

2.5 Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil

- Combate à desnutrição e anemias carenciais;
- Estímulo à alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil;
- Ações da saúde da mulher;
- Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido;
- Triagem neonatal (teste do pezinho);
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Incentivo ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE (PROSAD)

2.6 Objetivo

Promover a assistência integral, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais em jovens entre 10 e 19 anos.

2.7 Diagnóstico e Planejamento das Atividades de Promoção e Atenção à Saúde de Adolescentes

- Características dos adolescentes: idade, sexo, raça, nível socioeconômico, escolaridade, inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), uso de álcool, fumo, drogas, gravidez na adolescência, conhecimento e uso de contraceptivos.
- Características das famílias: estrutura, renda e dinâmica familiar;
- Condições de vida: saneamento, destino do lixo, condições de segurança, transporte;
- Recursos comunitários: escolas, atividades profissionalizantes, culturais e esportivas, áreas de lazer;
- Recursos humanos (equipe multiprofissional) – O adolescente deve ser atendido por equipe multiprofissional interessada e capacitada para o atendimento integral do indivíduo como um todo biopsicossocial, único e em constante interação com o ambiente. A equipe deve ser constituída por profissionais das áreas de educação, enfermagem, nutrição, saúde bucal, mental e serviço social.

2.8 Atividades do Técnico de Enfermagem

- Crescimento e desenvolvimento;

- Sexualidade;
- Saúde bucal;
- Saúde mental: a psicologia da saúde da adolescência está vinculada à compreensão de suas transformações corporais, da evolução do pensamento e do conhecimento das modificações de socialização emergente nesta fase da vida, fatores que conduzem à definição da identidade.
- Saúde reprodutiva: deve contemplar os adolescentes de ambos os sexos, visando prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gravidez.
- Prevenção de acidentes: a busca de identificação dos adolescentes leva-os à curiosidade, ao idealismo e a contestação.

2.9 Princípios e Diretrizes do Atendimento a Adolescentes e Jovens

Ética - A relação do profissional com o adolescente e jovem deve ser de respeito e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos códigos de ética das diferentes categorias.

Privacidade - Adolescentes e jovens podem ser atendidos sozinhos, casos desejem.

Confidencialidade e sigilo - Adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis. Por outro lado, eles devem ser informados sobre as situações que requerem quebra de sigilo, ou sempre que houver risco de vida para o cliente ou terceiros, como em situações de abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios, etc.

PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais de idade. O pacto pela saúde (2006) teve como uma das prioridades a saúde do idoso, com o objetivo de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa, buscando a atenção integral.

Há várias formas de envelhecimento, dependendo das características pessoais, da história passada (ocupação, alimentação), da classe social e doa acesso aos cuidados médicos.

O idoso poderá responder positivamente ou negativamente às mudanças dessa nova etapa da vida, pois ele caminha para uma fase de decréscimo físico, biológico e social, decorrente das limitações naturais do processo de em envelhecimento.

3.2 Objetivos

Tem como finalidade desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, ou seja, diminuir o mais precocemente possível, os fatores de risco ao envelhecimento patológico. Visando o bem estar físico e psíquico da população idosa e uma permanência mais prolongada na comunidade, o programa deve ter como objetivo:

- Estimular a formação de grupos de lazer e de convivência, a fim de facilitar a sua integração, estimular o sentimento de valorização pessoal e social, discutir e trabalhar as questões de saúde e social;
- Elaborar o diagnóstico médico e social de cada cliente através de consulta médica, de enfermagem e com a assistente social;
- Realizar o controle da saúde do idoso, encaminhando-o ao clínico geral, geriatra e especialistas;
- Assegurar atendimento de reabilitação física e psicológica;
- Realizar visita domiciliária ou aos idosos institucionalizados, a fim de orientar, supervisionar e/ou dar assistência complementar.

3.3 Atividades do Programa

A equipe multiprofissional é composta por médico geriatra, enfermeira, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. A equipe mínima é formada pelo médico com especialidade em geriatria, pela equipe de enfermagem e assistente social.

As atividades devem ser discutidas e trabalhadas em conjunto com a equipe multiprofissional, para que a assistência ao idoso atenda as suas necessidades básicas. Além disso, as atividades devem ser realizadas com o idoso em vez de para ele, assim, evita-se tomar decisões por ele, estimulando a sua autoestima e independência, preservando a sua identidade.

Para atender os objetivos do programa são desenvolvidas as seguintes atividades:

- Sensibilizar e capacitar todos os funcionários da Unidade de Saúde que tem contato com a população idosa;
- Promover treinamento, reciclagens e supervisão para assegurar um atendimento adequado e atualizado;
- Matricular no Programa do Idoso a população com idade igual ou maior de 60 anos;

- Realizar a primeira consulta médica nos idosos matriculados;
- Realizar consulta com assistente social a cada ano ou a critério;
- Encaminhar o cliente para o especialista, quando necessário;
- Agendar consultas e exames laboratoriais e radiológicos;
- Promover palestras sobre o processo de envelhecimento;
- Elaborar um perfil alimentar e nutricional do cliente;
- Realizar atendimento psicológico individual, a família e/ou em grupo;
- Estimular e orientar os idosos a formar grupos de convivência;
- Manter contato e entrosamento com os serviços e instituições sociais;
- Orientar, supervisionar e prestar assistência complementar nas instituições sociais que abrigam os idosos.
- Realizar reuniões periódicas com a equipe multiprofissional e clientela.

3.4 Ações de enfermagem

- Auxiliar a equipe de saúde nas questões pertinentes à enfermagem;
- Realizar consulta de enfermagem individual ou em grupo;
- Integrar o idoso a outros programas de seu interesse: hipertensão arterial, diabetes etc.
- Avaliar as condições do idoso impossibilitado de ir à unidade de saúde;
- Operacionalizar a marcação de consulta, retornos, agendamento de exames e encaminhamentos;
- Medir a pressão arterial, pulso e peso;
- Realizar visita domiciliar;
- Orientar sobre medidas de prevenção de acidentes e manutenção da saúde;
- Realizar algumas adaptações na casa para evitar quedas e fraturas;
- Realizar exercícios respiratórios que melhorem a capacidade pulmonar;
- Participar das reuniões com a equipe de saúde e/ou com o grupo de idoso;
- Desenvolver atividades que diminuam o estresse do idoso;
- Orientar para uma correta higiene oral e cuidados com a dentadura;

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

Os distúrbios mentais nem sempre foram considerados como doença. Baseando-se na abordagem psicológica e na compreensão de que os indivíduos transitam em diferentes níveis de saúde e doença, ou seja, não estão constantemente em profunda dependência física e/ou mental, propõe-se tratar o doente mantendo os seus vínculos familiares e sociais, ao invés de retirá-lo desse convívio, o que pode gerar segregação e abandono.

Para ocorrer a substituição do modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico pelo modelo de atendimento diversificado, torna-se necessária uma política de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e o aumento dos serviços extra-hospitalares. A assistência passa a ser as unidades básicas de saúde e ambulatórios de saúde mental, ficando os hospitais como uma retaguarda para atender as situações em que não se indica a permanência do doente na sociedade, nos momentos de crise ou de profunda dependência física e /ou mental.

4.1 Objetivos:

- Promover a saúde mental;
- Prevenir as enfermidades mentais;
- Prestar assistência aos doentes e ajuda-los a recuperar a saúde mental;
- Orientar os doentes, família e comunidade sobre as enfermidades mentais.

4.2 Estrutura da atenção

Devido à necessidade de diminuir os leitos hospitalares, a atual política de saúde mental pretende fortalecer o trabalho extra-hospitalar com implantação de um sistema referência e contra-referência.

Para que a população possa receber esse tipo de assistência, é necessário que as secretarias de saúde organizem um plano assistencial primário, secundário e terciário.

Nível Primário

A atividade é desenvolvida na Unidade Básica de Saúde e tem por objetivo:

- Desenvolver trabalho na comunidade, visando prevenir e /ou diminuir a incidência de doenças mentais;
- Detectar e tratar precocemente a doença mental para impedir seu agravamento;
- Desenvolver trabalho com a comunidade de referência ou grupos específicos, visando prevenir a marginalização dos indivíduos com distúrbios mentais;
- Propiciar assistência aos familiares dos indivíduos com problemas mentais;
- Encaminhar ao ambulatório de referência ou ao hospital os casos que necessitam de uma assistência mais intensiva.

Nível Secundário

As atividades são desenvolvidas pelos ambulatórios, hospitais dia/noite, centros de atenção psicossocial. Tem como objetivos:

- Oferecer programa de atendimento ambulatorial adequado e resolutivo;
- Acompanhar e agir terapeuticamente com os familiares dos doentes;
- Garantir o seguimento ambulatorial dos egressos de hospitalização;
- Colaborar no desenvolvimento de ações educativas junto à população;
- Encaminhar para a hospitalização os casos mais graves.

Nível Terciário

Abrange os serviços de emergência psiquiátrica em pronto socorro geral e com leitos de observação para até 72h.

4.3 Ações de enfermagem

- Participação em atividade que cria o ambiente terapêutico e que possibilita o desenvolvimento do doente;
- Estabelece limites e ajudar o indivíduo a conservar a sua integridade e saúde física;
- Participar de programas de terapia de grupo.

Atendimento Individual

- Triagem: a enfermagem ouve a queixa do paciente e/ou família, avalia e decide pelo melhor procedimento;
- Recepção dos pacientes novos: preenchimento dos dados, controle dos sinais vitais, orientação quanto às rotinas dos serviços e importância do tratamento;
- Consulta de enfermagem;

- Realização de visita domiciliária para uma melhor avaliação das condições em que vive o indivíduo e sua família.

Atendimento em Grupo

Quando o indivíduo é colocado em um grupo de pessoas que participam do mesmo universo, ele poderá sentir uma identificação mais próxima, exprimir melhor seus sentimentos e partilhar suas experiências.

PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

5. Objetivos:

- Identificar e registrar a população economicamente ativa, por sexo e faixa etária;
- Reconhecer as atividades produtivas existentes na área, bem como os perigos e os riscos potenciais para a saúde dos trabalhadores, da população e do meio ambiente;
- Identificar os integrantes das famílias que são trabalhadores (ativos do mercado formal e informal, no domicílio, rural ou urbano), por sexo e faixa etária;
- A existência de trabalho precoce (crianças e adolescentes menores de 16 anos, que realizam qualquer atividade de trabalho, independentemente de remuneração, que frequentem ou não as escolas).

5.1 Atribuições do Técnico de Enfermagem

- Acompanhar por visita domiciliar os trabalhadores que sofreram acidentes graves e/ou os portadores de doença relacionada ao trabalho que estejam ou não afastados do trabalho ou desempregados;
- Preencher e organizar arquivos das fichas de acompanhamento de saúde do trabalhador;
- Participar do planejamento das atividades educativas em saúde do trabalhador;
- Coletar material biológico para exames laboratoriais.
- Orientar os trabalhadores quanto ao seu direito à saúde;
- Orientar sobre os fatores condicionantes que levam aos acidentes e as doenças profissionais (máquinas e ferramentas sem condição de uso, inalação de produtos tóxicos, iluminação inadequada, postura incorreta, a importância do uso de equipamento de proteção individual);
- Orientar sobre a importância da imunização de rotina, exames e consultas médicas periódicas.
- Identificar as fontes dos principais riscos ambientais;
- Medir o grau de exposição aos riscos;
- Avaliar a eficácia das medidas de controle instituídas.

PROGRAMA DE SAÚDE DO ADULTO

As ações dirigidas a este grupo visam, principalmente, diagnosticar e tratar precocemente as doenças de modo a prevenir os problemas de saúde mais frequentes no adulto.

6.1 Ações de controle

a) Programa de controle das doenças transmissíveis- Tem a finalidade de contribuir para a redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis, quer aquelas evitáveis por imunizações, quer outras que englobam atividades voltadas para o tratamento de indivíduos e para o controle do ambiente.

b) Programa de controle de doenças crônico-degenerativas – As ações nesta área enfatizam a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento das pessoas com maior incidência, como a hipertensão arterial, o diabetes e o câncer.

Muitos são os fatores predisponentes para as doenças crônicas:

- Dieta;
- Ocupação;
- Hábitos (fumo, álcool);
- Envelhecimento da população;
- Industrialização e Desenvolvimento econômico.

6.2 Ações de enfermagem

A enfermagem tem um papel importante na prevenção e controle, a partir do conhecimento que identifica as causas mais comuns, planeja e atua no sentido de minimizar os problemas existentes e desenvolve estudos e pesquisas para melhoria dos serviços prestados.

6.3 Atividades do Técnico de Enfermagem

- Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde;
- Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira;
- Orientar as pessoas sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes;
- Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;
- Proceder às anotações devidas em ficha clínica;
- Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção quando necessária;
- Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência;

Orientar:

- Sobre o consumo de uma dieta equilibrada, diminuindo a ingestão de sal e gorduras;
- Sobre a manutenção do peso ideal;
- Limitar ou abolir o consumo de álcool e cigarro;
- A prática de exercícios físicos;
- Formação de grupos educativos;
- Formação de agentes comunitários para multiplicação da informação;
- Vigilância epidemiológica.

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 e atualmente, tem sido denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), não possui caráter programático, e sim características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população. Com isso, as práticas da ESF visam ter como foco do trabalho a família e constitui uma prática que combate a fragmentação do saber e do indivíduo avançando para além da simples intervenção médica sob o corpo anátomo-fisiológico centrado no saber médico. Esse programa busca a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, buscando identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença e intervir nestes, possibilitando uma transformação das condições de vida e saúde.

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em

uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Objetivos

- Divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
- Promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, num enfoque comunitário;
- Prestar atendimento básico de saúde, de forma integral a cada membro da família, identificando as condições de risco para saúde do indivíduo;
- Proporcionar atenções integrais, oportunas e contínuas a população no domicílio, em ambulatórios e hospitais;
- Agendar o atendimento a população com base nas normas dos programas de saúde existentes, sem descartar a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares;
- Humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade;
- Organizar o acesso ao sistema de saúde;
- Ampliar cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no sistema de saúde;
- Promover a supervisão e a atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento;
- Incentivar a participação da população no controle do sistema de saúde.

Equipes de saúde

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

Atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais, aquela população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam em risco a saúde;

- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância e de vigilância epidemiológica, nas diferentes fases do ciclo de vida;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto, de respeito;
- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento;
- Resolver os problemas de saúde do nível de atenção básica;
- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra-refência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar;
- Prestar assistência integral à população adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalista;
- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfretamento conjunto dos problemas identificados;
- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais;
- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde e no conselho Municipal de Saúde;
- Auxiliar na implantação do cartão Nacional de Saúde.

Atribuições do Técnico de Enfermagem

I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na Unidade Básica de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
IV-participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Abordagem Integral ao Indivíduo

A abordagem integral consiste na visualização do indivíduo como um todo, levando em consideração seus aspectos físicos, emocionais, intelectuais e sociais.

Abordagem integral na visita domiciliar

A abordagem integral faz parte da visita domiciliar por envolver diversos fatores no processo saúde-doença da família**.** A saúde não é um produto nem um estado, e sim um processo multidimensional no qual permanentemente interagem sistemas biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e ambientais. A partir daqui, portanto, modifica-se a função do profissional da saúde, que já não serve só para curar enfermidades, e sim cuidar da saúde, ouvir, olhar, tocar, acolher o outro, levando em consideração a pessoa doente em seu contexto familiar.
Também, devemos levar em conta que os cuidados à saúde nunca foram exclusividade dos médicos, e hoje se estima que cerca de 80% dos cuidados são prestados por não médicos (cuidadores, pessoal técnico auxiliar, familiares). Passa-se de uma medicina centrada na doença para uma medicina centrada no indivíduo e a díade *paciente-médico*, avança para a tríade *paciente-família-equipe de saúde*.

É nesse contexto que a visita domiciliar deve conceber a família em seu espaço social, abordando de modo integral e individualizado o paciente em seu contexto sócio-econômico e cultural. Assim, o profissional de saúde deve ter uma avaliação da dinâmica da vida familiar, ter para com cada indivíduo uma atitude de respeito e valorização das características peculiares que cada indivíduo/família apresenta.

A postura do profissional da saúde na abordagem integral

As famílias necessitam não só de atenção à saúde, mas de assistência a outras necessidades. Com isso, também se deve ter a preocupação com a postura profissional ao adentrar no domicílio, pois é necessário o respeito à privacidade das pessoas e a sua cultura. Fazendo isto, os profissionais não realizam apenas uma prática intervencionista e invasiva, mas uma prática com ênfase no respeito à autonomia dos indivíduos sobre as informações que lhes dizem respeito; bem como realizar um atendimento subjetivo e respeitoso, buscando a autonomia do sujeito, deixando que este participe do assistir e se responsabilize pelo mesmo.

A integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade, ele fala "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais" (BRASIL, 1988, art.198). Mas o termo integralidade tem sido utilizado corretamente para designar exatamente essa diretriz. (MATTOS, 2001, p. 39).

Importa destacar que, noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde.

Referências Bibliográicas

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil:* promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n° 39, de 2001. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>. Acesso em: 05 maio 2005.

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

- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Análise da estratégia global da OMS para alimentação saudável, atividade física e saúde*: documento realizado pelo grupo técnico assessor instituído pela Portaria do Ministério da Saúde nº 596, de 8 de abril de 2004. Brasília,2004a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano nacional de saúde 2004-2007*. Brasília, DF, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Promoção da saúde*: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996.

- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1986.

- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Epidemiologia e saúde. 6. ed. Ed: Guanabara Koogan, 2003.

- BRASIL. Ministério da saúde. Lei n. 8.080/90, Lei n 8.142, NOBS, NOAS 2001, 2002. Disponível em <http://portal.saude.gov.br.

- BRASIL. Ministério da saúde. Departamento e Monitoramento da gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS. Brasília/DF.

- BRASIL. Ministério da saúde. ABC do SUS. Brasília/DF.

- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM/MS n° 399/2006 e 699/2006.

- BRASIL. Ministério da saúde. Saúde e desenvolvimento: interconexões, re-orientação dos serviços de saúde e desenvolvimento regional. Parceria com a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (unijuí) e Faculdade de Medicina do ACB (FMABC). São Paulo, 2006.
- BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21. Disponível em: www.ambiente.sp.gov.br/**agenda21**.php. Acesso em 26 de fevereiro de 2012.

- BRITO, E., COSTA, S., PINHEIRO, R. Epidemiologia básica em saúde pública.
- LAWINSKY, L., MERTENS, F. TÁVORA, R. As abordagens ecossistêmicas para a saúde humana: integrando saúde do trabalhador e saúde ambiental.

- OLIVEIRA, E., ANDRADE, I. L., RIBEIRO, R.S. Educação em saúde: uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões. UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS/ CEEN. 2009.

- PINHEIRO, R., Base legal do SUS.

- PINHEIRO, R., COSTA, S. Linha do tempo da saúde- Uma viagem pela história das políticas de saúde no Brasil de 1500 aos dias atuais.

- POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão.

- SOARES, D. A., ANDRADE, S. M., CAMPOS, J. J. B. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/Capítulo%2010.pdf.