

## VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO À SAÚDE

Um modelo de assistência descentralizado que busca a integralidade, com a participação da sociedade, e que pretende dar conta da prevenção, promoção e atenção à saúde da população – compreendendo saúde como processo determinado socialmente – prevê atenção de qualidade nos três níveis de assistência, privilegiando cuidados ambulatoriais, onde se deve fazer presente o vínculo e a acolhida ao paciente.

Se modelos são formas de organização de ações para intervenção no processo saúde-doença, é preciso compreender o indivíduo em um todo – inserido numa sociedade, num território, num grupo ou espaço social, exercendo ou não determinado tipo de trabalho, com determinado modo de vida, em ambientes de determinada organização política e econômica, submetido a diferentes riscos de adoecer e morrer que, por sua vez, devem ser compreendidos, atenuados e modificados pela sua participação e envolvimento.

Ainda, é preciso ir além, pois a determinação social do processo saúde-doença transcende a doença de um indivíduo, e o risco de adoecer e morrer engloba populações que adoecem e morrem de forma desigual.

Fica claro, dessa forma, que ações de saúde resolutivas devem contar com a participação de todos os profissionais envolvidos e com os saberes institucionais das diversas áreas, bem como da população, para a definição de problemas e prioridades, tomada de decisões, implementação das ações consideradas prioritárias e sua avaliação.

Também podem exigir intervenções de outros setores além do setor saúde e, aí, é importante que se rompa o isolamento, incluindo o setor da saúde num outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersetorialidade que “se apresenta como uma estratégia de reorganização das respostas aos problemas, necessidades e demandas sociais dos diversos grupos da população, seja em um Distrito Sanitário, um município ou uma microrregião assistencial”. (Teixeira e Paim, 2002)

Em suma, este modelo colocado é um modo de fazer em saúde que leva em conta a promoção à saúde, a prevenção aos riscos de adoecer e morrer e a assistência ao paciente, em que se insere a vigilância à saúde, que constitui um conjunto de ações em saúde pública, englobando saberes dos profissionais de diversas áreas, da saúde e de outras, que atuem conjuntamente sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, de forma contínua e sistemática, no sentido de modificar a realidade sanitária da população.

Entende-se, assim, que campos de ação da vigilância à saúde, em especial do eixo promoção, são a elaboração e a implementação de políticas públicas *saudáveis* – baseadas em ações, abordagens e articulações intersetoriais –, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

Ressalta-se que a vigilância à saúde tem como principais características a intervenção em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, adoção do conceito de risco, articulação entre as ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação, e atuação intersetorial. Pode ser ferramenta para o enfrentamento de problemas e necessidades selecionadas, combinando saberes e tecnologias de diferentes campos de ação. (Paim, 2003)

A vigilância à saúde se baseia na ênfase da prevenção primordial e primária, estruturantes da promoção à saúde. Entretanto, não seria correto desconsiderar a prevenção secundária e terciária, principalmente porque sabemos que quem assiste também promove e previne e pode descobrir novos riscos ainda não registrados nos sistemas de informação.

Em resumo, a vigilância à saúde tem as seguintes características:

- desenvolvimento de ações com base no território;
- intervenção em problemas de saúde (riscos e/ou determinantes, danos);
- articulação entre ações de promoção, prevenção e cura;
- ação intersetorial;
- monitoramento e avaliação das ações.

## **Ações de vigilância na SMSA-BH**

À luz dos conceitos apresentados é possível afirmar que são muitas as ações de promoção e prevenção hoje realizadas pelas ESF. Desenvolvidas no âmbito do trabalho coletivo ou mesmo da atenção individual, tornam possível, mediante o vínculo criado e o cuidado contínuo, capacitar esse coletivo ou indivíduo para reconhecimento e atuação sobre os determinantes de saúde, objetivando melhor qualidade de vida.

A discussão na SMSA sobre vigilância à saúde vem se desenvolvendo de maneira ampliada com técnicos de várias gerências, incluindo técnicos de nível local, distrital e central, quando se optou pela seleção de agravos prioritários para o desenvolvimento de ações, conforme planejamento institucional, a saber:

- Hepatites virais
- Dengue
- Leishmaniose
- Tuberculose
- Hanseníase
- Doenças imunopreveníveis
- Aids
- Sífilis congênita
- Diabetes e hipertensão
- Violência (doméstica e sexual)
- Gravidez na adolescência
- Distúrbios nutricionais
- Drogas
- Óbitos materno e infantil
- Ações de monitoramento do 5º dia de vida (mulher e criança)

O desenvolvimento das ações de vigilância à saúde propostas, as quais incluem ações de promoção – vinculando ações do serviço de saúde com ações transversais e integradas de diversas políticas públicas sociais e urbanas, bem como de outros atores da sociedade –, está pautado em documentos, manual do cuidado integral nos ciclos de vida, guia de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde, roteiro de investigação de óbitos materno e infantil, documento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis, documento de promoção de hábitos de vida saudáveis, de agravos relacionados à violência doméstica e protocolos assistenciais. As planilhas anexas trazem exemplos de monitoramento propostos.

## **Projeto Promoção de Modos de Vida Saudáveis – BH-Saúde**

Recentemente, o grupo técnico da SMSA desenvolveu um projeto que visou abordar a adoção de modos de vida saudáveis, a partir do reconhecimento de que Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de óbito no Brasil e responsáveis por alta carga de doenças, incapacidades e utilização dos serviços de saúde, com elevados custos para o sistema de saúde e para a sociedade.

Este projeto objetiva primordialmente contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, construindo a possibilidade de modos de vida mais saudáveis, como a prática cotidiana de atividade física, alimentação de qualidade e controle do hábito de fumar, através de parcerias entre as várias políticas públicas e outros atores da sociedade.

As formas de atuação previstas são o estímulo à adesão aos hábitos de vida saudáveis, o apoio, facilitando as opções saudáveis, e a proteção, evitando a exposição da população a fatores que dificultam as opções saudáveis.

As ações propostas são norteadas pela Estratégia Global para Alimentação Saudável, a Atividade Física e Saúde, a Convenção Quadro para Controle do Tabagismo e a Política Nacional de Promoção à Saúde do Ministério da Saúde.

Em suas diretrizes, o projeto entende que a prevenção e o controle integrados de DCNT devem se pautar em abordagens amplas, de cunho populacional, que visem ao alcance do conjunto da população, mediante combinação de várias estratégias que incluem a elaboração de políticas públicas, ações intersetoriais para implementação das políticas e construção de capacidades e parcerias.

As abordagens de cunho populacional devem ser combinadas com estratégias comunitárias, ou seja, direcionadas a grupos populacionais que compartilham experiências de vida e realidades específicas, como escolas, locais de trabalho e de moradia.

As ações estruturadas no âmbito populacional e comunitárias devem ser aliadas a intervenções específicas, estruturadas nos serviços de saúde e direcionadas

sobretudo aos indivíduos mais vulneráveis, conhecidos e acompanhados nos serviços de saúde. Neste campo de ação, a rede básica de saúde de Belo Horizonte participa de forma primordial. O projeto está em fase de implantação, com algumas iniciativas já em andamento.

### **Papel da rede básica**

As ações de promoção nos CS devem se pautar nas seguintes abordagens:

- Individual: atuando sobre os modos de vida saudáveis, deverá ser prática diária das equipes em todas as oportunidades, no acolhimento, nos atendimentos individuais, sejam consultas ou outros procedimentos.
- Coletiva: a partir de grupos que deverão se organizar sob novos eixos estruturantes, procurando identificar grupos por faixa etária, gênero, ou temas, que possam aproximar os participantes não pela doença ou agravos e sim pela perspectiva de mudança dos modos de vida.
- Comunitária: através da articulação com iniciativas comunitárias e ou parceiros da rede.

No que diz respeito ao cuidado, deve-se estimular o uso preventivo dos serviços de saúde, disponibilizando exames necessários em conformidade com as evidências científicas.

O manejo dos pacientes buscará o tratamento adequado e a prevenção de complicações para pacientes em acompanhamento nos serviços, tarefa de fundamental importância a ser realizada pelos serviços de saúde, pois pacientes já em acompanhamento constituem grupos vulneráveis, sensíveis e conhecidos. Necessária a atuação adequada para promover adoção de modos de vida saudáveis, intervir nos fatores de risco intermediários para as DNT e evitar complicações relativas a esses eventos, com conseqüente melhoria do estado de saúde e qualidade de vida desses pacientes.

Além disto, os CS deverão reconhecer os espaços comunitários, as atividades desenvolvidas, bem como a rede existente e estabelecer parcerias em que cada parceiro deverá participar e colaborar com suas habilidades e funções distintas. Os profissionais deverão incentivar e encaminhar os usuários para estes espaços, buscando otimizar essas iniciativas. E os serviços de saúde deverão se organizar

para dar suporte técnico aos parceiros, relativamente às questões que contribuirão para qualificar as ações junto aos usuários. É fundamental disseminar informações sobre os fatores de risco, os cuidados necessários às atividades físicas e à alimentação saudável.

Os CS terão o papel ou a responsabilidade também de atender a demanda daqueles classificados como não aptos, pelo professor de educação física, nas academias da cidade, e encaminhá-los para exames clínicos e propedêutica necessária, ainda e, se indicado, reencaminhá-los para a prática de atividade física com as devidas recomendações médicas. Se não aptos, serão acompanhados com manejo humanizado e adequado a cada paciente.

#### ANEXO 6 - I

##### Proposta para ações de vigilância na Atenção Básica Hipertensão e diabetes

	<b>Estratégia</b>	<b>Fonte</b>
<b>CAPTAÇÃO</b>		
<b>1. Paciente sem diagnóstico</b>	1.1. Rastreamento (ver ciclo de vida)	Profissional de saúde
	1.2. Morbidade referida	C. Censo BH, visita domiciliar, acolhimento
	1.3. Diagnóstico (conforme protocolo)	Atendimento médico (UBS, Urgência,
	1.4. Complicação (Ex: AVC, crise hipertensiva)	Egresso Hospitalar, Urgência, Visita domiciliar,
	1.5. Diabetes Gestacional	Pré-natal
<b>2. Paciente com diagnóstico</b>		
2.1 Faltoso*	Busca Ativa	Livro de Registro, Hiperdia, Agenda, Gestão Visita Domiciliar, Urgência
2.2 Faltoso com complicação	Busca Ativa	Arquivo Rotativo, Egresso Hospitalar,
2.2 Paciente sem vínculo com UBS	Identificação	Farmácia Local, Ação promoção
<b>MONITORAMENTO</b>		
<b>1. Paciente acompanhado pela UBS</b>	Monitoramento	Protocolo
	Consulta médica	
	Consulta enfermagem	
	Exames complementares	
	Plano terapêutico	
	Visita domiciliar	
	Abordagem dos fatores de risco	
<b>PREVENÇÃO E PROMOÇÃO</b>		
	1. Abordagem individual	
	1.1. Incentivo a adoção modos de vida saudáveis (Alimentação saudável, Atividade física, Consumo de álcool, Tabagismo)	C. Integral Ciclo de Vida e outros materias a serem elaborados
	1.2. Educação para a saúde	Todos os profissionais da Equipe
	1.3. Cessação do tabagismo - abordagem rápida	Todos os profissionais da Equipe
	1.4. Tratamento medicamentoso	Todos os profissionais da Equipe
	Disponibilidade de medicamentos	Fármacia
	2. Abordagem coletiva*	
	2.1. Identificar rede comunitaria de apoio aos modos de vida saudáveis	ACS e Gerência
	2.2. Estimular participação nos equipamentos da rede comunitária (Caminhada, academias, escola aberta, parques)	Todos os profissionais da Equipe
	2.3. Grupos coletivos	
	2.4. Dar suporte à rede comunitária de apoio aos modos de vida saudáveis	Necessidade de definir objetivos, estratégias, participantes, autonomia, etc.

\* Ação integrada com Plano de promoção de saúde da SMSA

ANEXO 6 - II

Proposta para ações de vigilância na Atenção Básica  
Hansen



CAPTAÇÃO	Estratégia	Fonte
<b>1. Paciente sem diagnóstico</b>		
	1.1.1. Fazer detecção passiva: diagnosticar hanseníase na demanda espontânea que procura UBS com sinais e sintomas específicos	1.1. Atendimento: consulta, acolhimento e visita domiciliar
	1.2. Fazer detecção ou busca ativa de casos:	
	1.2.1. Exame da demanda espontânea das UBS, sem sinais e sintomas específicos	1.2. Atendimento: consulta, acolhimento e visita domiciliar
	1.2.2. Exames de grupos específicos: residentes de comunidades fechadas, quarteis, escolas.	
	1.2.3. Mobilizar comunidade da AA, se prevalência for alta	
	1.3. Diagnosticar conforme protocolo	1.3. Atendimento médico na UBS,
	1.4. Notificar (ficha do SINAN)	1.4. Serviço fez diagnóstico
	1.5. Investigação epidemiológica: fazer exame de contatos domiciliares nos últimos 5 anos	1.5. Equipe de PSF
<b>MONITORAMENTO</b>		
<b>1. Paciente com diagnóstico</b>		
1.1 Faltoso	Busca Ativa	1.1. Livro de Registro, Agenda, Visita domiciliar, Gestão
1.2 Faltoso com complicação	Busca Ativa	1.2. Egresso Hospitalar, Visita Domiciliar, Farmácia
<b>1. Paciente acompanhado pela UBS</b>		
	Monitoramento	Protocolo - Ciclo de vida:
	Plano terapêutico	Manual de Vigilância Epidemiológica
	Consulta médica ou de enfermagem	Protocolo - Ciclo de vida:
	Exames complementares	Cadastramento do usuário na UBS
	Visita domiciliar	
	Prevenção e tratamento de incapacidades físicas	
<b>PREVENÇÃO E PROMOÇÃO</b>		
	1. Educação permanente dos profissionais de saúde	
	2. Divulgar para comunidade os sinais e sintomas da doença e existência de cura	
	3. Identificação de casos novos e tratamento	

ANEXO 6 - III

Proposta para ações de vigilância na Atenção Básica Tuberculose

CAPTAÇÃO	Estratégia	Fonte
<b>1. Paciente sem diagnóstico</b>	<b>1.1. Identificar de sintomáticos respiratórios</b>	1.1. Atendimento: consulta, acolhimento e visita domiciliar
	1.2. Investigar de grupos de risco	
	1.2.1. Infectados por HIV	
	1.2.2. Outros pacientes imunodeprimidos	
	1.2.3. Residentes em comunidades fechadas, usuários de álcool, pop de rua, profissionais, de saúde, indivíduos com alterações radiológicas	
	1.3. Diagnosticar (conforme protocolo)	1.3. Atendimento médico na UBS, URSecundária, Internação)
	1.4. Notificar (ficha do SINAN)	1.4. Serviço fez diagnóstico
	1.5. Buscar comunicantes segundo Manual Vigilância	1.5. Equipe de PSF
<b>MONITORAMENTO</b>		
<b>1. Paciente com diagnóstico</b>		
1.1. Ocorrência de complicação		1.1. Egresso Hospitalar
1.2. Faltoso	1.2. Busca Ativa e desenvolvimento das ações de controle conforme protocolo	1.2. Livro de Registro, Agenda, Visita domiciliar, Gestão
1.3. Abandono	1.3. Busca Ativa	1.3. Livro de Registro, Agenda, Visita domiciliar, Gestão e Egresso Hospitalar
1.4. Transferência	Proceder com relatório médico e ficha de acompanhamento do SINAN	
<b>2. Acompanhamento pela UBS</b>	Monitorar	Segundo protocolo
	Plano terapêutico	..... Cuidados Integrals no Ciclo de Vida
	Controle do tratamento	
	.....Consulta médica ou de enfermagem	
	.....Baciloscopia de escarro mensal, se bacilífero	
	.....Visita domiciliar para DOTS	
	Controle pós cura, se indicado	
<b>PREVENÇÃO E PROMOÇÃO</b>		
	1. Vacinação	
	2. Quimioprofilaxia	
	3. Identificação de casos novos e tratamento	
	4. Esclarecer a comunidade sobre prevenção, transmissão e tratamento	
	5. A prevenção da tuberculose depende fortemente da melhoria das condições de vida, sobretudo de moradia e alimentação	

**OBSERVAÇÃO:**

**As mudanças apontadas devem ser feitas após a diagramação, inclusive a troca de planilha, pois a de HANSENÍASE só recebi impressa.**