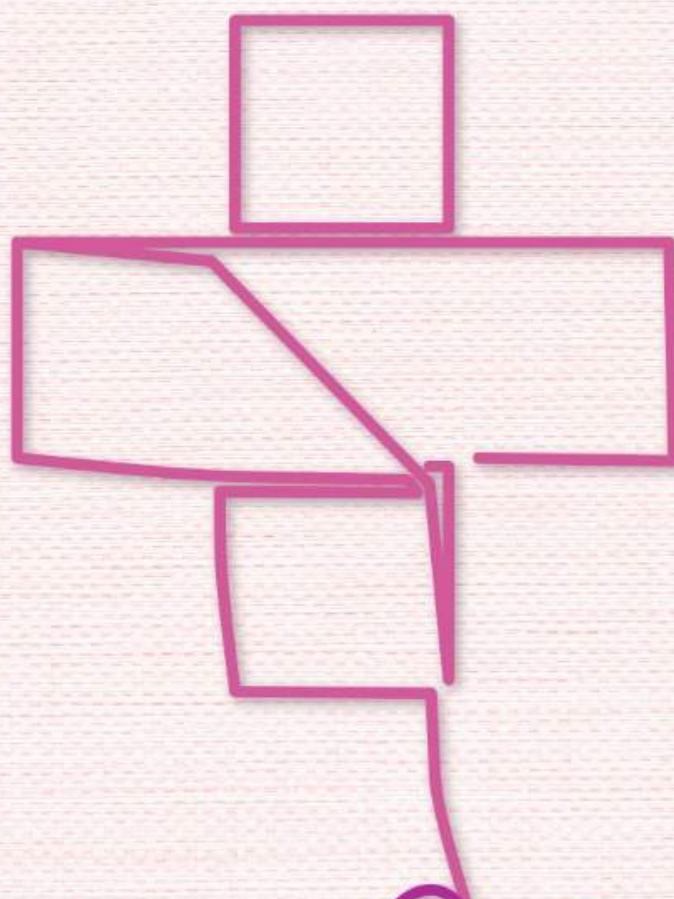


Organizadora: Natale Souza
Autores: Carlos Cruz e Jakeline Borges

· D E S C O M P L I C A N D O ·

Saúde Pública & Saúde Coletiva



SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA

**Metodologia:
descomplicando**

Sumário

APRESENTAÇÃO	11
---------------------------	----

Capítulo 1

HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	13
1.1 A Saúde e a Doença	14
1.2 Processo Saúde-Doença	16
1.2.1 Contextualização histórica	17
1.3 História Natural da Doença.....	18
1.3.1 Período de pré-patogênese (período epidemiológico)	19
1.3.1.1 Fatores que interferem no processo saúde-doença no período da pré-patogênese	22
1.3.1.1.2 Fatores socioeconômicos	22
1.3.1.1.3 Fatores sociopolíticos	22
1.3.1.1.4 Fatores socioculturais	22
1.3.1.1.5 Fatores psicossociais	23
1.3.1.1.6 Fatores ambientais	24
1.3.1.1.7 Fatores genéticos	24
1.3.1.2 Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a história natural das doenças	25
1.3.2 Período de patogênese (período patológico)	26

Capítulo 2

NÍVEIS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS	31
2.1 Processo Saúde-Doença	31
2.2 Contextualização histórica.....	31
2.2.1 Interpretações mágico-religiosas.....	31
2.2.2 As primeiras explicações racionais: a medicina Hipocrática	32
2.2.3 Saúde e Doença na Idade Média: entre o castigo e a redenção.....	33
2.2.4 O surgimento da medicina social	34
2.2.5 A era bacteriológica e a discussão da causalidade	34
2.2.5.1 A unicausalidade.....	35
2.2.5.2 O modelo de explicação multicausal	35
2.2.5.3 Modelo multicausal: a tríade ecológica	35
2.3 Fases da História Natural da Doença	37
2.4 Promoção da Saúde.....	38
2.4.1 Promoção da saúde e níveis de prevenção – segundo Leavell & Clark	40

Capítulo 3

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	45
3.1 O Que é Saúde?.....	45
3.2 Que se Entende por Determinantes Sociais da Saúde?	47
3.4 Estudo dos Determinantes Sociais da Saúde	48
3.4.1 O que é iniquidade em saúde?.....	48
3.5 Modelos para Estudar Determinantes Sociais da Saúde (DSS)	50
3.5.1 Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	50
3.5.2 O modelo de Diderichsen e Hallqvist	52
3.5.3 Modelo adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)	53
3.6 Tipos de Determinantes Sociais da Saúde	54
3.7 Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)	56

Capítulo 4

MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	59
4.1 Os Modelos Historicamente Construídos no Brasil.....	59
4.1.1 Modelos hegemônicos.....	60
4.1.2 Modelo Médico Assistencial Privatista.....	62
4.1.3 Modelo da Atenção Gerenciada.....	63
4.1.4 Modelos de Campanhas Sanitárias e Programas Especiais.....	64
4.2 Crise e Críticas ao Modelo Hegemônico	65
4.3 Propostas Alternativas.....	66
4.3.1 Oferta organizada	66
4.3.2 Distritalização.....	67
4.3.3 Ações programáticas de saúde	67
4.3.4 Vigilância da saúde	68
4.3.5 Estratégia de saúde da família	68
4.4 Modelos Assistenciais e o Contexto Atual.....	68
4.5 A Vigilância da Saúde no Contexto da Municipalização	69
4.6 Considerações Finais	71

Capítulo 5

PLANEJAMENTO EM SAÚDE	73
5.1 Planejamento Normativo ou Tradicional.....	73
5.1.1 Fases do planejamento normativo ou tradicional	74
5.2.2 O método CENDES/OPAS.....	74
5.2.2.1 Etapas do método CENDES/OPS	75
5.3 Planejamento Estratégico	76

5.3.1 Planejamento Estratégico Situacional (PES).....	76
5.3.1.1 Momento explicativo	77
5.3.1.2 Momento normativo.....	77
5.3.1.3 Momento estratégico	78
5.3.1.4 Momento tático-operacional	78
5.3.2 Principais características do PES	78

Capítulo 6

BIOÉTICA: CONCEITO, FUNDAMENTAÇÃO E PRINCÍPIOS	81
6.1 Fundamentação da Bioética.....	82
6.2 Princípios da Bioética	82
6.2.1 Princípio da Beneficência	83
6.2.2 Princípio de Não Maleficência.....	83
6.2.3 Princípio da Autonomia	84
6.2.4 Princípios da Justiça	84
6.3 Dilemas Bioéticos na Atenção Básica.....	85
6.4 Bioética <i>versus</i> Temas Polêmicos.....	88

Capítulo 7

ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E SUA TRAJETÓRIA HISTÓRICA	91
7.1 A Saúde na Colônia e no Império.....	93
7.2 Início da República 1889 até 1930 (República Velha).....	94
7.3 O Nascimento da Previdência Social.....	96
7.4 Era Vargas – 1930 a 1964	97
7.5 Autoritarismo – 1964 a 1984	99
7.6 Fim da Ditadura e Nova República (1985 – 1988)	104
7.7 A VIII Conferência Nacional de Saúde e a Constituição de 1988.....	104
7.8 O Nascimento do SUS (Período Pós-constituente)	106

Capítulo 8

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (ARTIGOS 194 AO 200)	109
8.1 Artigos Constitucionais.....	110
8.1.1 Seguridade Social	110

Capítulo 9

AS LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA	121
9.1 Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/1990.....	121
9.2 Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.142/1990.....	139

9.3 O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, e a regulamentação da primeira Lei Orgânica da Saúde.....	143
---	-----

Capítulo 10

A RESOLUÇÃO N. 453/2012 E O CONTROLE SOCIAL	153
--	------------

Capítulo 11

DAS NORMAS OPERACIONAIS AO PACTO PELA SAÚDE.....	161
11.1 Normas Operacionais Básicas do SUS	161
11.2 NOB-SUS 01/1991	162
11.3 NOB-SUS 01/1992	163
11.4 NOB-SUS 01/1993	163
11.5 NOB-SUS 01/1996	165
11.6 Normas Operacionais de Assistência à Saúde NOAS-SUS	167
11.6.1 A NOAS 2001	168
11.6.2 Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2002.....	170
11.7 Pacto pela Saúde.....	171

Capítulo 12

DO SISTEMA FRAGMENTADO PARA UMA ORGANIZAÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	177
12.1 As Redes de Atenção à Saúde (Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 – Portaria de Consolidação n. 03 de 2017)	177
12.2 Diretrizes Para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.....	178
12.3 Por Que Organizar Rede de Atenção à Saúde no SUS?	180
12.4 Conceitos 185	
12.5 Fundamentos da Rede de Atenção à Saúde	192
12.5.1 Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos	192
12.5.2 Integração Vertical e Horizontal	194
12.5.3 Processos de Substituição	195
12.5.4 Região de Saúde ou Abrangência	196
12.5.5 Níveis de Atenção	197
12.6 Atributos da Rede de Atenção à Saúde	197
12.7 Principais Ferramentas de Microgestão dos Serviços	199
12.8 Elementos Constitutivos da Rede de Atenção à Saúde	205
12.8.1 População e Região de Saúde	205
12.8.2 Estrutura Operacional	206
12.8.3 Modelo de Atenção à Saúde	214
12.9 Diretrizes e Estratégias para Implementação da RAS	216

Capítulo 13	
PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N. 02, DE 2017 (POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA)	221
13.1 Política Nacional da Atenção Básica	222
13.2 Princípios	224
13.3 Diretrizes	224
Capítulo 14	
PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N. 02 (POLÍTICA NACIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE)	245
14.1 Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014 (Portaria de Consolidação n. 02, de 2017)	245
14.2 Política Nacional da Promoção da Saúde	245
Capítulo 15	
PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N. 01 DE 2017, TÍTULO III, CAPÍTULO I – SISTEMA DE PLANEJAMENTO NO SUS (PLANEJASUS)	271
15.1 Breve Contexto Histórico do Planejamento no SUS.....	271
15.1.1 Instrumentos básicos PlanejaSUS	272
15.2 Portaria n. 2.135, de 25 de setembro de 2013.....	274
Capítulo 16	
POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (HUMANIZASUS)	283
16.1 Política Nacional de Humanização (PNH)	283
16.1.1 Princípios	285
16.1.2 Diretrizes	287
16.1.3 Dispositivo da PNH.....	289
16.1.4 Modo de Gestão	293
Capítulo 17	
POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	297
17.1 Resolução n. 588, de 12 de Julho de 2018	297
17.2 Política Nacional de Vigilância em Saúde	298
Capítulo 18	
QUESTÕES COMENTADAS	325

Apresentação

A paixão pelos livros quando aflora se torna tão intensa que ser apelidado de “livro”, é o apelido mais carinhoso que alguém pode receber.

A frase acima é incrível e demonstra como o amor pela leitura e, conseqüentemente, pela escrita tem o poder de transformar vidas. Eis aqui a minha contribuição para a transformação de vidas, de fato, a minha e com grande expectativa, de que também, a do leitor.

O amor pelos livros surge em algum momento das nossas vidas e quando percebemos já virou parte da nossa história e comigo não foi diferente, desde quando estava na faculdade, sonhava em escrever e levar conhecimento e poder transformar quantas vidas fosse possível.

Além do poder transformador dos livros, quando podemos agregar nas obras toda a experiência profissional de uma vida, certamente, teremos um produto final fantástico. Ao organizar essa obra, tive como ponto de partida e também de chegada, toda a experiência adquirida ao longo dos quase 20 anos de docência, seja em cursos de pós-graduação, preparatórios para concursos públicos e seleções de residências em saúde, nas modalidades presenciais e à distância.

Durante todos esses anos, vivenciei de perto a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua constante luta para vencer os desafios, bem como o nascimento das mais diversas políticas de saúde, que estão em constante modificação, com o intuito de fortalecer cada vez mais a atenção integral à saúde da nossa sociedade.

Enquanto docente, tive o privilégio de contribuir com a formação crítica, além da aprovação em concursos e residências de milhares de alunos. Isso é motivo de orgulho e incentivo diário para continuar levando conhecimento teórico e prático para contribuir com a transformação e informação da sociedade.

Essa obra reúne todo conhecimento teórico e prático, adquirido e exercido enquanto profissional de saúde e docente, bem como todas as atualizações necessárias para aqueles que são da área da saúde e desejam se aprofundar e/ou conhecer a saúde coletiva e a saúde pública.

Transmitir o conhecimento de forma simples e objetiva e fornecer todo subsídio para o profissional que deseja aprender mais sobre o nosso sistema de Saúde, seja para a título informativo, seja a título de preparação para concursos e residências, eis o principal objetivo dessa obra.

HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Vamos iniciar falando um pouco sobre Epidemiologia. Não há uma definição fácil e estanque, mas, podemos associá-la diretamente ao processo saúde-doença na população na medida em que dispõe de instrumental específico para a análise do perfil e priorização dos problemas.

Segundo Rouquayrol²⁰, sua finalidade última é contribuir para a melhoria da qualidade de vida e o soerguimento do nível de saúde das coletividades humanas.

A Epidemiologia pode ser definida como a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, como afirmado anteriormente, tendo como finalidades:

A análise da distribuição e dos fatores determinantes das enfermidades, dos danos à saúde e dos eventos associados à saúde coletiva;

A proposição de medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças; e

O fornecimento de indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde.



O termo “epidemiologia” significa o estudo sobre a população, que direcionado para o campo da saúde pode ser compreendido como o estudo sobre o que afeta a população. O seu uso está relacionado ao planejamento das ações, de acordo com as necessidades reais de cada população.

A epidemiologia é um eixo da saúde pública! Estuda o perfil de morbidade (de que a população adoece), desenvolve a vigilância epidemiológica. Além de analisar os

fatores ambientais e socioeconômicos que possam ter alguma influência na eclosão de doenças e nas condições de saúde – melhor dizendo: fatores condicionantes e determinantes.

1.1 A Saúde e a Doença

A doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, o prazer, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adoecer¹⁰.



Entender a doença nos indivíduos e nas coletividades requer um olhar subjetivo, associado ao modo de viver e lidar com as situações reais.

A saúde é **silenciosa, geralmente não a percebemos em sua plenitude; na maior parte das vezes apenas a identificamos quando adoecemos**. É muito mais fácil “perceber” a doença, pois, historicamente foi relacionada ao aparecimento de sinais e sintomas e consequentemente ao afastamento das atividades cotidianas.

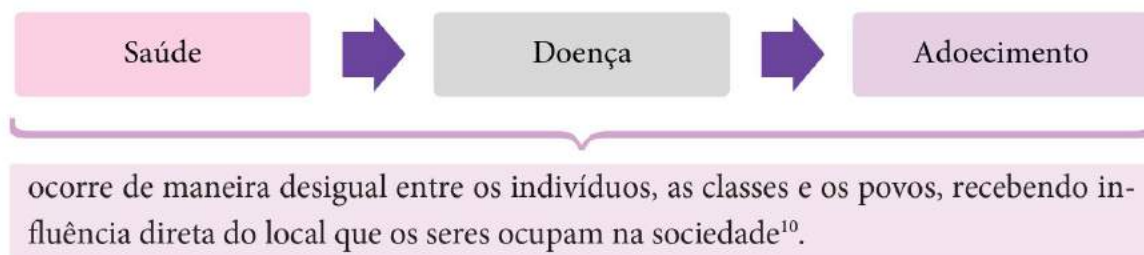
É uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual. Ouvir o próprio corpo é uma boa estratégia para assegurar a saúde com qualidade, pois não existe um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de reciprocidade entre ambas; entre a normalidade e a patologia, na qual os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais) podem causar doenças.

Essa relação é demarcada:

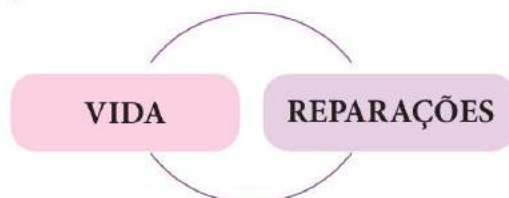
Pela forma de vida dos seres humanos; e

Pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

Tal constatação nos remete à reflexão de que o processo



Nessa dimensão, a saúde torna-se **a capacidade que o ser humano tem de gastar, consumir a própria vida**. Entretanto, é importante destacar que a vida não admite a reversibilidade, ela aceita apenas reparações. Cada vez que o indivíduo fica doente, está reduzindo o poder que tem de enfrentar outros agravos; ele gasta seu seguro biológico, sem o qual não estaria vivo¹⁰.



O conceito de saúde está relacionado à qualidade de vida. Não podemos pensar em saúde sem entender o conjunto de fatores que a determina e condiciona, citados inclusive na Lei Orgânica da Saúde, vejamos:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros:





Desse modo, a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvida pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Em outras palavras, considerar esse bem e esse direito como componente e exercício da cidadania, que é um referencial e um valor básico a serem assimiladas pelo poder público para o balizamento e a orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações.

1.2 Processo Saúde-Doença

Muito se tem escrito sobre o processo Saúde-Doença, no entanto, um novo instrumento intelectual para a apreensão da saúde e da doença deve levar em conta a distinção entre

A doença – definida pelo sistema da assistência à saúde

A saúde – como percebida pelos indivíduos.

Também, deve incluir a dimensão do bem-estar, um conceito maior, no qual a contribuição da saúde não é a única e nem a mais importante²¹.

Uma nova maneira de pensar a saúde e a doença deve incluir:

- Explicações para os achados universais de que a mortalidade e a morbidade obedecem a um gradiente, que atravessa as classes socioeconômicas, de modo que menores rendas ou status social estão associados a uma pior condição em termos de saúde.

Tal evidência constitui-se em um indicativo de que os determinantes da saúde estão localizados fora do sistema de assistência à saúde¹¹.

1.2.1 Contextualização histórica

Na antiguidade, quando das religiões politeístas, acreditava-se que a saúde era dádiva e a doença castigo dos deuses, com o decorrer dos séculos e com o advento das religiões monoteístas a dádiva da saúde e o castigo da doença passou a ser da responsabilidade de um único Deus. No entanto, 400 anos AC, Hipócrates desenvolve o tratado “Os Ares e os Lugares”, no qual relaciona os locais da moradia, a água para beber, os ventos, com a saúde e a doença. Séculos mais tarde, as populações passam a viver em comunidade e a teoria miasmática toma lugar. Tal teoria consiste na crença de que a doença é transmitida pela inspiração de “gases” de animais e dejetos em decomposição⁸.

Tal teoria permanece até o século XIX; no entanto, “ao final do século XVIII, predominavam na Europa como forma de explicação para o adoecimento humano os paradigmas socioambientais, vinculados à concepção dinâmica, tendo se esboçado as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença. Com o advento da Bacteriologia, a concepção ontológica firmou-se vitoriosa e suas conquistas levaram ao abandono dos critérios sociais na formulação e no enfrentamento dos problemas de saúde das populações”¹⁹.

A teoria microbiana passa a ter, já nos fins do século XIX, uma predominância de tal ordem que, em boa medida, fez obscurecer algumas concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que apontavam para os fatores de ordem socioeconômica, descritos por Hidden (1990). Na atualidade, identifica-se o predomínio da multicausalidade, com ênfase nos condicionantes individuais²¹.



Duas concepções têm marcado o percurso da Medicina (MYERS e BENSON, 1992, apud VIANA²¹):

Concepção Fisiológica, iniciada por Hipócrates, explica as origens das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Esta medicina, segundo Myers e Benson, centra-se no paciente como um todo, e no seu ambiente, evitando ligar a doença a perturbações de órgãos corporais particulares.

A **concepção Ontológica** por seu lado, defende que as doenças são “entidades” exteriores ao organismo, que o invadem para se localizarem em várias das suas partes (idem). Estas entidades não têm sempre o mesmo significado. Na medicina da Mesopotâmia e do Egito Antigo eram conotadas com processos mágico-religiosos ou com castigos resultantes de pecados cometidos pelos pacientes (DUBOS, 1980, apud VIANA²¹).

A concepção Ontológica tem estado frequentemente ligada a uma forma de medicina que dirige os seus esforços na classificação dos processos de doença, na elaboração de um diagnóstico exato, procurando identificar os órgãos corporais que estão perturbados e que provocam os sintomas. É uma concepção redutora que explica os processos de doença na base de órgãos específicos perturbados²¹. Assume que a doença é uma coisa em si própria, sem relação com a personalidade, a constituição física ou o modo de vida do paciente²¹.



A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro “Medicina Preventiva”, de Leavell & Clark, cuja primeira edição surge em 1958: sobre a tríade ecológica que define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio ambiente.

O conceito de história natural das doenças é definido como **“todas as inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese)”**¹⁶.

1.3 História Natural da Doença

A história natural da doença tem desenvolvimento em **dois períodos** sequenciados:



No primeiro, o interesse é dirigido para as relações suscetível-ambiente.

No segundo, interessam as modificações que se passam no organismo vivo.

1.3.1 Período de pré-patogênese (período epidemiológico)

O primeiro período da história natural – denominado por Leavell & Clark (1976) como período pré-patogênese.

É a própria evolução das inter-relações dinâmicas, que envolvem, de um lado, os condicionantes sociais e ambientais e, do outro, os fatores próprios do suscetível, até que chegue a uma configuração favorável à instalação da doença.

É também a descrição desta evolução. Envolve as inter-relações entre os agentes etiológicos da doença, o suscetível e outros fatores ambientais que estimulam o desenvolvimento da enfermidade e as condições socioeconômico-culturais que permitem a existência desses fatores²⁰.



No período de pré-patogênese, podem ocorrer situações que vão desde um mínimo de risco até o risco máximo, dependendo dos fatores presentes e da forma como estes se estruturam²⁰. Vamos aos exemplos trazidos por Rouquayrol²⁰:

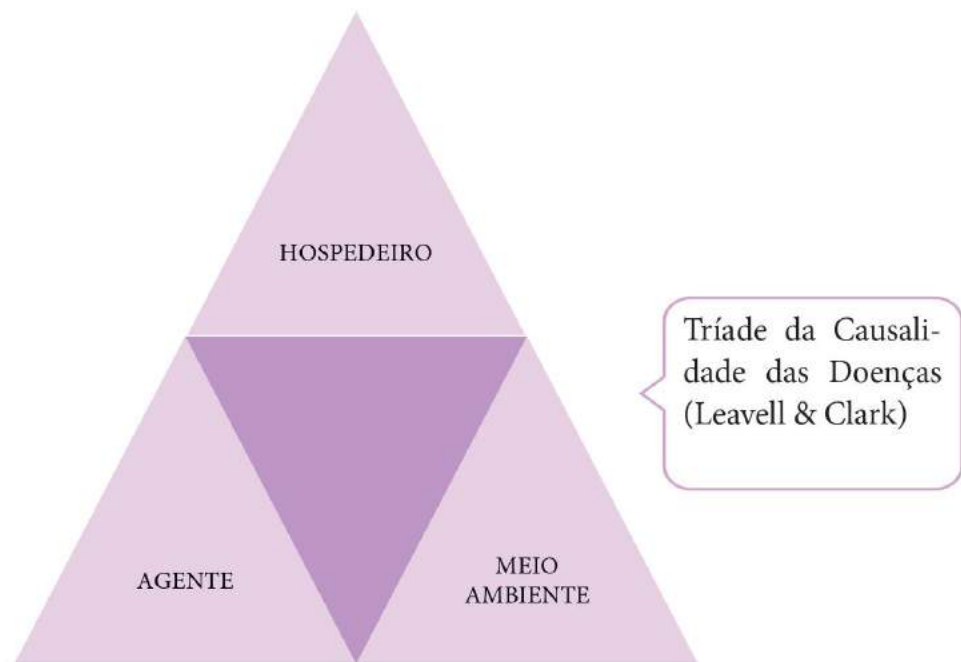
EXEMPLO 1	EXEMPLO 2
Pessoas abastadas adoecerem de cólera é um evento de baixa probabilidade, isto é, para os que dispõem de meios, a estrutura formada pelos fatores predisponentes à cólera é de mínimo risco.	Em termos de probabilidade de adquirir doença, no outro extremo, encontram-se, por exemplo, os usuários de drogas injetáveis que participam coletivamente de uma mesma agulha, para estes, os fatores pré-patogênicos estruturados criam uma situação de alto risco, favorável à aquisição da Aids.

As pré-condições que condicionam a produção de doença, seja em indivíduos, seja em coletividades humanas, estão de tal forma interligadas e, na sua tessitura, são tão interdependentes, que seu conjunto forma uma estrutura reconhecida pela denominação de estrutura epidemiológica. Por estrutura epidemiológica, que tem funcionamento sistêmico.

Entende-se o conjunto formado pelos fatores vinculados ao suscetível e ao ambiente, incluindo aí o agente etiológico, conjunto este dotado de uma organização interna que define as suas interações e também é responsável pela produção da doença²⁰.

É, na realidade, um sistema epidemiológico. Cada vez que um dos componentes sofrer alguma alteração, está repercutirá, e atingirá os demais, num processo em que o sistema busca novo equilíbrio. Um novo equilíbrio trará consigo uma maior ou menor incidência de doenças, modificações na variação cíclica e no seu caráter, epidêmico ou endêmico²⁰.





Segundo San Martin (1981), **qualidade e dinâmica do:**



Para que não ocorra doença, de acordo esse modelo, a tríade deve estar em equilíbrio. Caso haja alteração em qualquer um dos elementos que a compõe, os outros tendem a buscar rearranjos para um novo equilíbrio. Esse processo trará consigo uma maior ou menor incidência de doenças, modificações na variação cíclica e no seu caráter, **epidêmico ou endêmico.**

1.3.1.1 Fatores que interferem no processo saúde-doença no período da pré-patogênese

Os determinantes e condicionantes interferem no processo saúde-doença, no período pré-patogênico ou epidemiológico e podemos entender esse sistema de forma mais clara, a partir **do detalhamento dos fatores que o compõe.**

1.3.1.1.1 Fatores sociais

O estudo em nível pré-patogênico da produção da doença em termos coletivos, objetivando o estabelecimento de ações de ordem preventiva, deve considerar a doença como fluindo, originalmente, **de processos sociais, crescendo através de relações ambientais e ecológicas desfavoráveis, atingindo o homem pela ação direta** de agentes físicos, químicos, biológicos e psicológicos, ao se defrontarem, no indivíduo suscetível, com pré-condições genéticas ou somáticas desfavoráveis²⁰.

1.3.1.1.2 Fatores socioeconômicos

Existe uma **associação inversa**, que não é somente de ordem estatística, entre capacidade econômica e probabilidade de adquirir doença. Os grupos sociais economicamente privilegiados estão menos sujeitos à ação dos fatores ambientais que ensejam ou que estimulam a ocorrência de certos tipos de doenças cuja incidência é acintosamente elevada nos grupos economicamente desprivilegiados²⁰.

1.3.1.1.3 Fatores sociopolíticos

Identicamente ao que acontecer com os fatores econômicos, os fatores políticos são indissociáveis da totalidade que os condiciona.

Segundo Rouquayrol²⁰, são os seguintes alguns dos fatores políticos que devem ser fortemente considerados ao se analisarem as condições de pré-patogênese ao nível do social:

- ▶ Instrumentação jurídico-legal;
- ▶ Decisão política;
- ▶ Higiene política
- ▶ Participação consentida e valorização da cidadania;
- ▶ Transparência das ações e acesso à informação.

1.3.1.1.4 Fatores socioculturais

No contexto do social, devem ser citados preconceitos e hábitos culturais, credences, comportamentos e valores, valendo como fatores pré-patogênicos contribuintes para a difusão e manutenção de doenças²⁰.

Como fatores na pré-patogênese estes comportamentos estariam mais adequadamente inseridos no sistema de valores internalizados de natureza cultural/social/econômico/política do que entre os comportamentos externos ou as condutas biossociais inconvenientes²⁰.



A Constituição de 1988 inseriu em seu texto a participação da comunidade na gestão das ações e serviços públicos de saúde. Agora, há que se lutar por desenvolver, como padrões de comportamento, atitudes de comprometimento e participação.

Exemplos de fatores socioculturais:

- ▶ Passividade diante do poder exercido com incompetência ou má-fé;
- ▶ Alienação em relação aos direitos e deveres da cidadania;
- ▶ Transferência irrestrita, para profissionais da política, da responsabilidade pessoal pelo social;
- ▶ Participação passiva como beneficiários do paternalismo de estado ou oligárquicos;
- ▶ Incapacidade de se organizar para reivindicar.

1.3.1.1.5 Fatores psicossociais

Dentre os fatores psicossociais aos quais pode ser imputada a característica de pré-patogênese, encontram-se:

Marginalidade	Ausência de relações parentais estáveis	Desconexão em relação à cultura de origem	Falta de apoio no contexto social em que se vive
Condições de trabalho extenuantes ou estressantes	Promiscuidade	Transtornos econômicos, sociais ou pessoais	Falta de cuidados maternos na infância
Carência afetiva de ordem geral	Competição desenfreada	Agressividade vigente nos grandes centros urbanos	Desemprego

POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

17.1 Resolução n. 588, de 12 de Julho de 2018

Em 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da **Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)**. Refere-se a um escrito, norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), contendo as definições das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância.

Sua elaboração foi motivada:

Pela decisão do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de realizar a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CNVS).



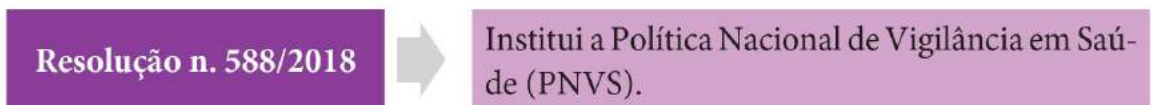
Com o objetivo central de propor diretrizes para a formulação da política nacional de vigilância em saúde e o fortalecimento de ações de promoção e proteção da saúde².

A Vigilância em Saúde “precisa” fornecer um sistema de informação organizado a partir das dinâmicas de

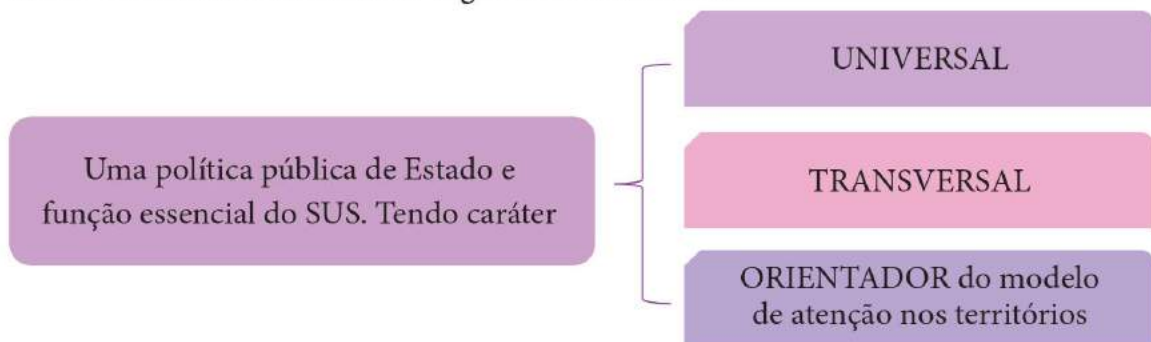
- produção;
- consumo; e
- formas de viver das comunidades nos territórios.

Territórios estes não fixos, que promova o exame da saúde para além da lógica dos pontos de atenção da rede de saúde e que se agregue aos valores e percepções materiais e imateriais das comunidades.

17.2 Política Nacional de Vigilância em Saúde



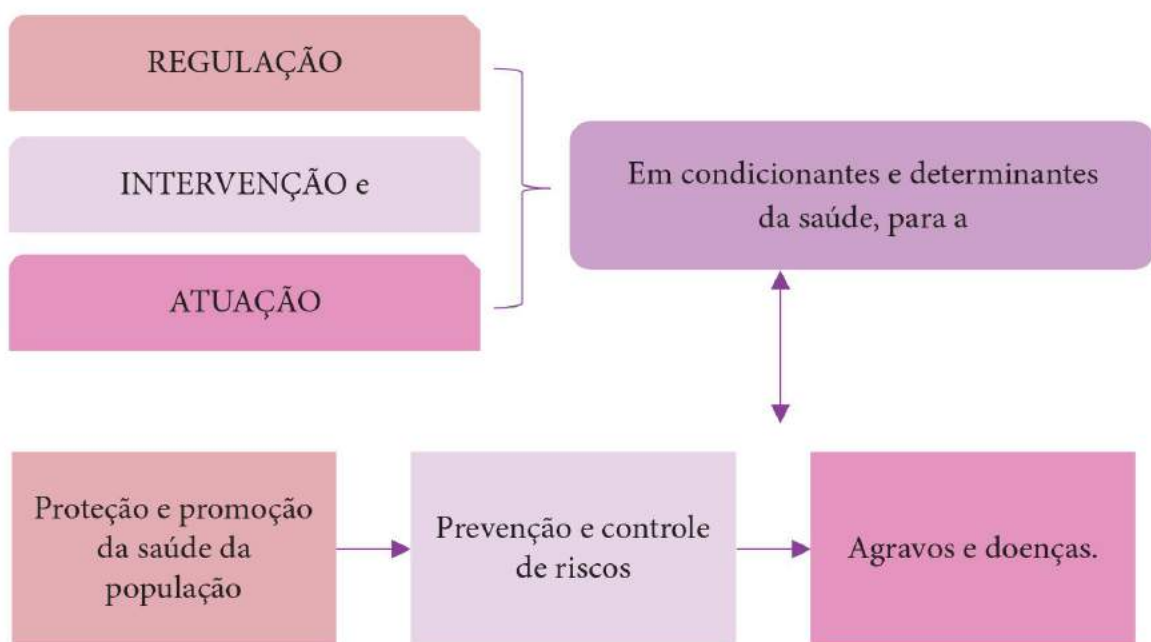
Art. 2º A Política Nacional de Vigilância em Saúde é



Sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.

§ 1º Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de

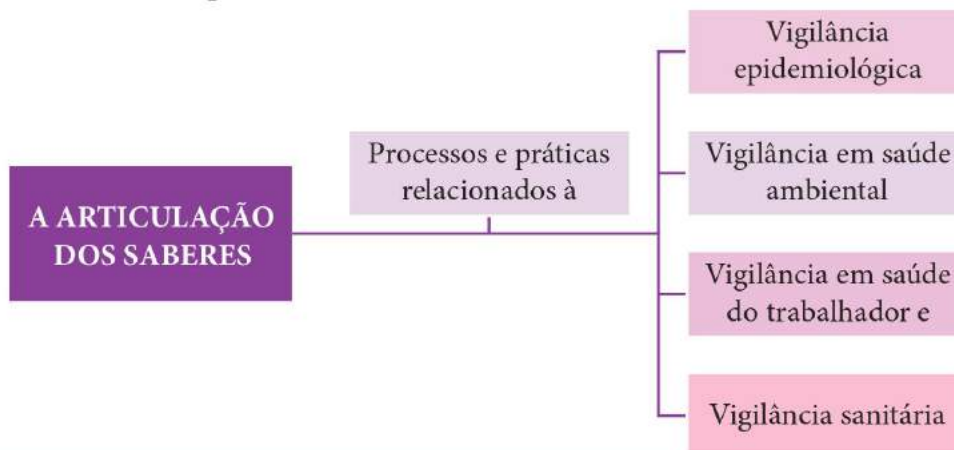
- Coleta,
- Consolidação,
- Análise de dados, e
- Disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo



§ 2º A PNVS incide

- Sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde,
- Abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

Art. 3º A PNVS compreende

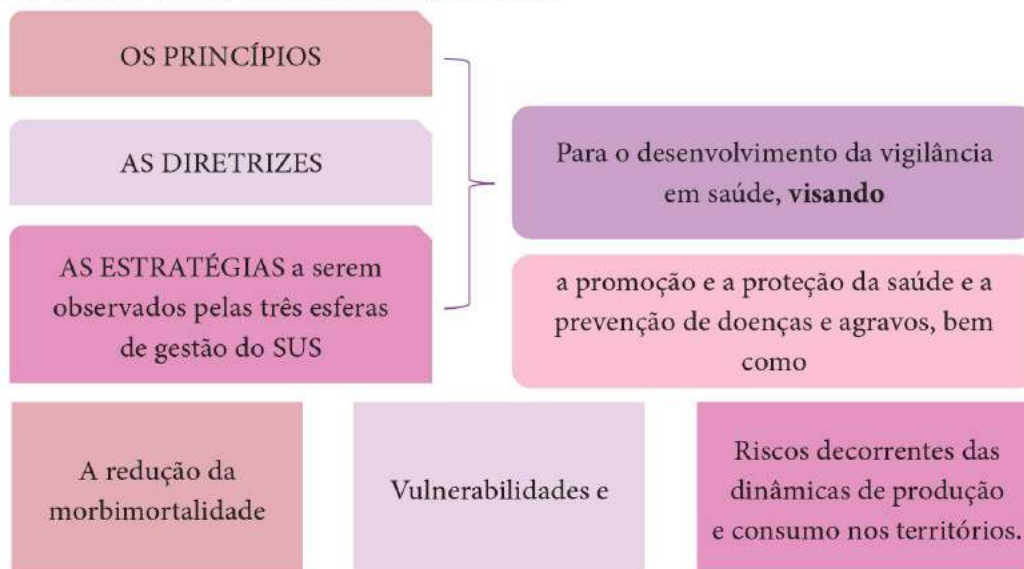


e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS.

Considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.

Parágrafo único. A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais **são atividades transversais e essenciais** no processo de trabalho da Vigilância em Saúde.

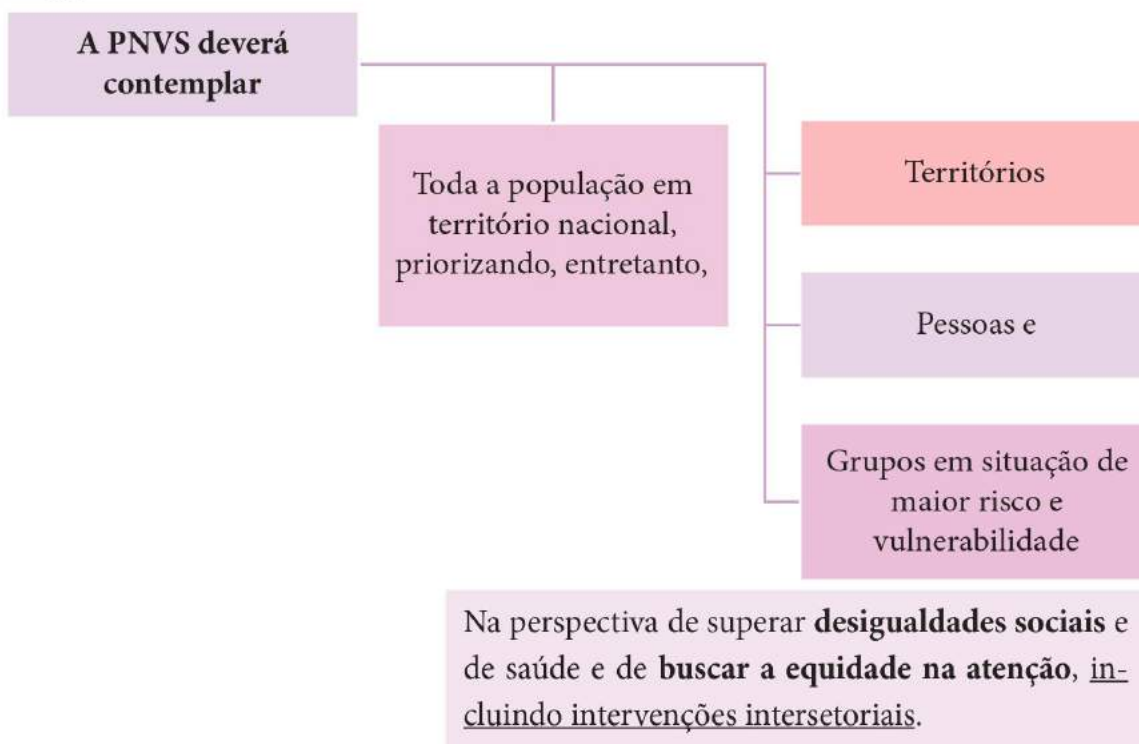
Art. 4º A PNVS tem como finalidade definir



Parágrafo único. A PNVS deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção

- ▶ de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS,
- ▶ mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dos dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Art. 5º



Parágrafo único. Os riscos e as vulnerabilidades de que trata o caput devem ser



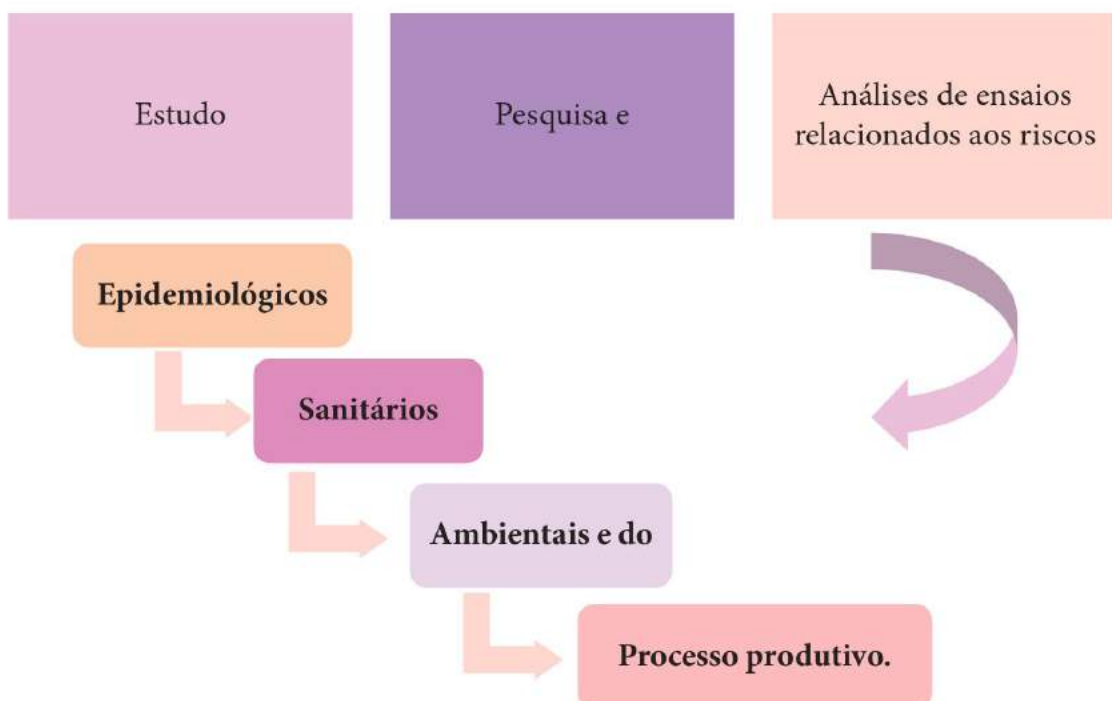
Art. 6º Para efeito desta Política serão utilizadas as seguintes definições:

I – Ações laboratoriais:

Aquelas que propiciam o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e



A verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, **MEDIANTE**



II – Ações de promoção da saúde:

Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articuladas com as demais redes de proteção social,

Abrangendo atividades voltadas para adoção de práticas sociais e de saúde **centradas na equidade, na participação e no controle social**,

Para o favorecimento da mobilidade humana e a acessibilidade e **promovendo a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios**.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N. 02, DE 2017 (POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA)

1. (2021/IBADE/VIVA COMUNIDADE-VIVA RIO) A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos programas existentes no SUS. A ESF visa a reorganização da atenção básica no país e um ponto importante de sua estrutura é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional, que deve ser composta por, no mínimo:
 - a) Médico Generalista ou especialista em Saúde da Família, Enfermeiro Generalista ou especialista em Saúde da Família, Dentista, Técnico de Enfermagem e Agentes comunitários de Saúde.
 - b) Médico Generalista ou especialista em Saúde da Família, Enfermeiro Generalista ou especialista em Saúde da Família, Fisioterapeuta, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.
 - c) Médico Generalista ou especialista em Saúde da Família, Enfermeiro Generalista ou especialista em Saúde da Família, Psicólogo, Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.
 - d) Médico Generalista ou especialista em Saúde da Família, Enfermeiro Generalista ou especialista em Saúde da Família, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.
 - e) Médico Generalista ou especialista em Saúde da Família, Enfermeiro Generalista ou especialista em Saúde da Família, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.

Comentário: a Equipe de Saúde da Família (eSF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. A eSF é composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Resposta: D

2. (2021/CETREDE/Prefeitura de Frecheirinha-CE) Leia a afirmativa a seguir
Tem um sentido mais amplo, e compreende ações integrais que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações correspondem à prática de vigilância da

saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do SUS, cuja efetivação é buscada através da Estratégia de Saúde da Família.

A que se refere este trabalho?

- a) Trabalho Multidisciplinar.
- b) Atenção Integral.
- c) Atenção Primária.
- d) Atenção Básica.
- e) Princípio da Integralidade.

Comentário: o enunciado está de acordo com o novo conceito ampliado da Atenção Básica. A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Além disso, a Política Nacional da Atenção Básica destaca que a Saúde da Família será estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Resposta: D

3. (2021/Residência HUB-UNB) No que se refere à vigilância em saúde, julgue o item seguinte.

Na estratégia de saúde familiar a ser adotada por equipes multidisciplinares na segurança e na atenção da saúde da população, deve-se preconizar o modelo biomédico de atenção à saúde, que é voltado para uma visão centrada na doença.

- () Certo
- () Errado

Comentário: a estratégia de Saúde da Família, enquanto modelo de Atenção, busca romper com o modelo biomédico e com a sua visão centrada na doença, tendo como um dos princípios norteadores do processo de trabalho, a integralidade de assistência.

Resposta: Errado

4. (2020/ARES-UFC/Residências ESP/CE) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Qual item apresenta uma diretriz da PNAB e sua correta definição?

- a) Coordenar o cuidado: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde.
- b) Territorialização e Adstrição: permitir o planejamento, a programação centralizada e o desenvolvimento de ações globais, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades.
- c) Cuidado Centrado na Pessoa: O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes.
- d) Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos

Comentário: o Cuidado Centrado na Pessoa é uma diretriz da PNAB, que aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. *O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.*

Resposta: C

5. (2020/CS-UFG/Residência UFG) A Política Nacional de Atenção Básica tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da estratégia de saúde da família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades
- a) regionais.
 - b) locoregionais.
 - c) estaduais.
 - d) federais.

Comentário: a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece

outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, **configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais**, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

Resposta: B

6. (2020/CS-UFG/Residência SES-GO) A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017) traz a atenção básica (AB) como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Na organização da AB, dentre as diversas conformações de unidades e equipes, tem-se as equipes do consultório de rua, que se caracterizam do seguinte modo:
- indicadas e recomendadas para serem implantadas em grandes cidades e centros urbanos com mais de 150 mil habitantes, são unidades que funcionam em instalações próprias e independentes da Estratégia de Saúde da Família.
 - equipes que desenvolvem ações de atenção básica exclusiva a pessoas em situação de rua, ou similares, de forma itinerante, em instalações específicas, na unidade móvel e/ou nas unidades básicas de saúde do território onde atua.
 - equipes da Estratégia de Saúde da Família específicas para moradores em situação de rua e prestam atendimento à população por, no máximo, 14 dias mensais (carga horária equivalente a 8h/dia) e desenvolvem ações de educação em saúde em um desses dias.
 - equipes que funcionam em horário integral, são consideradas Unidades de Atenção Secundária e têm, como componentes da equipe mínima, dois médicos, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um dentista, um auxiliar de consultório odontológico e cinco agentes comunitários.

Comentário: equipe de Consultório na Rua (eCR) – equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade

fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

Resposta: B

7. (2019/COREMU/Residência UFPA) Na Atenção Básica é considerada necessária a operacionalização das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a garantir o funcionamento adequado do sistema. Conforme a Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, são diretrizes a serem operacionalizadas na Atenção Básica:
- Universalidade e Territorialização.
 - Equidade e Coordenação do cuidado.
 - Integralidade e Resolutividade.
 - Ordenação da rede e Cuidado centrado na pessoa.
 - Participação da comunidade e Equidade.

Comentário: são diretrizes a serem operacionalizadas na Atenção Básica:

- Regionalização e Hierarquização;
- Territorialização;
- População Adscrita;
- Cuidado centrado na pessoa;
- Resolutividade;
- Longitudinalidade do cuidado;
- Coordenação do cuidado;
- Ordenação da rede; e
- Participação da comunidade.

8. (2019/FUNCERN/Prefeitura de Jardim de Piranhas-RN) A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. Essa descrição refere-se as equipes
- de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal.
 - de apoio à saúde da família.
 - do Consultório na Rua.
 - de Saúde da Família para população indígena.

Comentário: equipe de Consultório na Rua (eCR) – equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

Resposta: C

9. (2019/IBFC/Prefeitura de Cabo de Santo Agostinho-PE) De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, Portaria n. 2436/2017, cada Agente Comunitário de Saúde deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta Portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse _____ pessoas.

Assinale a alternativa que preencha corretamente a lacuna.

- a) 350
- b) 550
- c) 750
- d) 950

Comentário: em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Resposta: C

10. (2019/INSTITUTO AOCP/Prefeitura de Vitória-ES) Quais são os princípios fundamentais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?
- a) Descentralização do cuidado, equidade na assistência e ênfase na assistência domiciliar.
 - b) Fragmentação do acesso, integralidade profissional e equidade na assistência.
 - c) Universalidade do atendimento, descentralização da assistência e centralidade hospitalar.
 - d) Universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade na assistência.

Comentário: a universalidade é um princípio que garante acesso universal às ações da Atenção Básica, assim como ao SUS. O princípio da integralidade inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a

estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. Já a equidade é ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade.

Resposta: D

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N. 02 (POLÍTICA NACIONAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE)

1. (2019/COVEST-COPSET/UFPE) São temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) estabelecidos na Portaria n. 2.446/ 2014, exceto:
- alimentação saudável.
 - redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.
 - prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.
 - promoção do desenvolvimento sustentável.
 - ampliação do Programa Nacional de Imunização.

Comentário: a PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo. A única assertiva que não faz parte dos temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é a letra E, observe: São temas prioritários da PNPS, estabelecidos na Portaria n° 2.446/ 2014:

I - Formação e educação permanente;	II - Alimentação adequada e saudável;	III - Práticas corporais e atividades físicas;	IV - Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados;
V - Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas;	VI - Promoção da mobilidade segura;	VII - Promoção da cultura da paz e de direitos humanos; e	VIII - Promoção do desenvolvimento sustentável.

Resposta: E