

PARECER TÉCNICO

ASSUNTO: PLANO MUNICIPAL DE MARILÂNDIA/ES DO PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO DE AÇÕES DE RECUPERAÇÃO EM SAÚDE APÓS O ROMPIMENTO DA BARRAGEM DE REJEITOS DA SAMARCO EM BENTO RODRIGUES, MARIANA – MG.

OFÍCIO CT SAÚDE Nº54/2024
DATA DE RECEBIMENTO 23/08/2024

DATA DA ANÁLISE: 27/08/2024
RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: MELINA MARSARO ALENCAR
OLYVERSON LYRA PORTO
RONIZE GOMES DO NASCIMENTO

CONTEXTO

O Termo de Transação e Ajustamento de Conduta (TTAC) definiu que o Programa de Apoio à Saúde Física e Mental da População Impactada (Programa 14 - PG14) é programa de cunho reparatório, que tem por objetivo mitigar e reparar impactos à saúde da população decorrentes do rompimento da barragem de Fundão ("Rompimento"), tendo como referência a situação anterior. São premissas do Programa, de acordo com as cláusulas 05, 106 a 112 do TTAC, (i) a devida identificação da situação anterior ao Rompimento e (ii) a comprovação técnica dos possíveis impactos causados em decorrência do Rompimento, inclusive para que se possa identificar as medidas mais adequadas ao seu tratamento – as quais serão refletidas nos Planos de Ação.

As ações de reparação em Saúde para os municípios da Bacia do Rio Doce, considerados atingidos, devem ocorrer de acordo com evidências científicas de possíveis danos causados pelo "Rompimento", como previsto na **cláusula 108**: "mitigação dos danos causados à saúde" e na cláusula 109 "**as quais deverão estar circunscritas aos efeitos decorrentes do EVENTO**". Para a identificação dos possíveis danos à saúde, é necessária a realização de estudos técnico-

científicos que devem constituir a base da evidência para implantação de ações reparatórias em Saúde, considerando o TTAC, cláusula 06, item II:

II - Os PROJETOS e demais atividades, ações e medidas dos PROGRAMAS SOCIOAMBIENTAIS e PROGRAMAS SOCIOECONÔMICOS serão definidos conforme estudo de avaliação dos impactos socioambientais e socioeconômicos, conforme o caso, decorrentes do EVENTO, observados os prazos do Acordo, a ser realizado por EXPERTS, de forma que todos os PROJETOS, atividades, ações e medidas estabelecidos pelos PROGRAMAS contenham fundamentação científica, quando cabível, e guardem relação de proporcionalidade e eficiência, bem como voltadas à remediação e/ou compensação de impactos ambientais e socioeconômicos materializados em decorrência do EVENTO.

A Fundação Renova recebeu, em 23 de agosto de 2024, o Ofício CT-Saúde /CIF nº 57/2024 que apresenta o **Plano Municipal de Ações em Saúde de Marilândia/ES**. O Plano de Ação em Saúde (PAS) propõe ações que visam o acompanhamento a saúde adequado a população atingida direta e indiretamente no município de Marilândia por meio de suplementação de recursos humanos, reforma e/ou ampliação de estruturas físicas, equipagem, aquisição de mobiliários, veículos e logística para reestruturação dos serviços da Atenção Primária, Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Assistência Laboratorial e Educação Permanente com foco na prevenção dos agravos e ampliação do acesso da população aos diferentes níveis de assistência à saúde. Entretanto, a periodicidade dos dados fornecidos e a ausência de delimitação da população atingida no diagnóstico situacional não indicam alterações e/ou agravos que acometeram e/ou acometem a população considerada impactada, tampouco a correlação com o rompimento da Barragem de Fundão em Mariana/MG.

ANÁLISE

O Plano de Ação em Saúde (PAS) do município de Marilândia/ES apresenta um diagnóstico situacional estruturado com informações referentes aos indicadores demográficos, socioeconômicos, determinantes e condicionantes de saúde e estrutura da Rede de Assistência à Saúde ofertada pelo município.

Importante destacar que o PAS descreve a Participação Social, além da metodologia adotada para garantir a participação dos representantes da comunidade atingida. No entanto, não aponta alterações no perfil de adoecimento dessa população, tampouco os critérios e/ou metodologia adotados para identificar e/ou monitorar os possíveis impactos à saúde da população atingida e sua correlação com o rompimento.

Outro aspecto importante é que o PAS desconsidera a temporalidade designada para o levantamento do perfil epidemiológico estabelecido pela Nota Técnica/CT-Saúde nº 11/2018, que estabelece o padrão das taxas de morbimortalidade dos agravos e doenças nos 10 anos antes e nos 10 anos seguintes à ocorrência do EVENTO.

O PAS descreve em algumas áreas como a saúde mental um vazio assistencial e em outras uma fragilidade para suprir a demanda da população residente no município, sem restringir a análise a população considerada atingida e aos possíveis impactos à saúde, tão pouco sua correlação com o Rompimento.

Vale destacar que os agravos de saúde apresentados por meio dos dados coletados nos Sistemas de Informações disponibilizado pelo Ministério da Saúde, não apontam evidências técnico-científicas de alteração do perfil de adoecimento da população atingida que guardem correlação com os impactos decorrentes do Rompimento.

3. AÇÕES EM SAÚDE APONTADAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS DO MUNICÍPIO DE MARILÂNDIA/ES.

Décadas de lutas de um movimento social denominado Movimento da Reforma Sanitária resultaram no Sistema Público de Saúde, instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, que criaram o Sistema Único de Saúde (SUS).

A concepção e o campo da saúde pública, de acordo com as diretrizes do SUS, são abrangentes, incluem o individual e o coletivo, com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de atenção (baixa, média e alta complexidade), otimizando e integrando as vigilâncias (epidemiológica,

ambiental, sanitária, alimentar e nutricional e saúde do trabalhador), assegurando acesso aos serviços e qualidade de vida a população.

Isto posto, a instituição de um processo de trabalho dinâmico, eficiente e contínuo de levantamento dos condicionantes e determinantes da saúde, situação laboral, renda, hábitos alimentares, moradia, saneamento básico, educação, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, transformados em informações que subsidiam o processo de planejamento de gestão qualificado e eficaz, gerará resultados positivos e cumprimento das diretrizes e portarias previstas no SUS, além de divulgá-los e promoverem a conscientização e participação social efetiva no âmbito da saúde. A ausência desse processo de identificação e divulgação das causas e seus condicionantes e determinantes, remete à área da saúde a responsabilidade única pela situação de adoecimento das populações e/ou a organização de serviços de saúde suficientes e de qualidade para atender a demanda imposta.

A organização da assistência à saúde, focada e respaldada na vigilância à saúde no SUS, propõe respostas aos problemas de saúde, por meio de uma abordagem interdisciplinar, com resgate da integralidade da atenção, centrada na saúde, no território, no fortalecimento das redes solidárias, na coparticipação social e na pessoa como sujeito do processo de saúde–doença, seja em nível individual ou coletivo, priorizando a promoção da autonomia e a democratização das ações em saúde (MENDES, 1999; PAIM, 2006).

Portanto, a reorganização da atenção à saúde no Brasil busca a execução de ações e forças capazes de reestruturar a execução de serviços e produção de conhecimento, que resultem em um bem comum.

A reorganização do SUS sugere uma percepção efetiva e contínua da complexidade desse processo, haja vista a existência de duas premissas integradas e inadiáveis: no âmbito da sociedade, a necessidade do fortalecimento do controle social efetivo e eficaz sobre as ações governamentais e, no escopo da gestão pública, a priorização da oferta dos serviços a partir do dimensionamento coerente e continuado das necessidades de saúde da população. Para tanto, torna-se imprescindível o fortalecimento do processo de articulação entre os níveis de atenção e otimização dos fluxos que compõem os diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde, proporcionando a ampliação do acesso da população.

Enfim, a saúde pública brasileira encontra-se em contínuo processo de reorganização e estruturação, com intuito de assegurar o cumprimento dos princípios técnico assistenciais da Constituição Federal e Lei 8.080 que são a universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica, por meio da qualificação dos princípios e diretrizes técnico gerenciais que contemplam a descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único em cada esfera de governo, conjugação de recursos das três esferas de governo, organização dos serviços para evitar duplicidade, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento tripartite e participação da comunidade.

Diante do contexto, faz-se necessário reafirmar a importância da Vigilância em Saúde no processo de reorganização da Rede de Assistência à Saúde ofertada pelo SUS, nas três esferas de poder, pois é detentora de conhecimento e metodologias que auxiliam o planejamento das ações e serviços, além de subsidiar as tomadas de decisões mais assertivas e efetivas pelos gestores, viabilizando o estabelecimento de prioridades e melhoria da utilização dos recursos, otimizando os resultados e assegurando o acesso da população aos serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde.

De acordo com o exposto, a Fundação Renova reitera o compromisso em respeitar o disposto no TTAC, Cláusula 18, Parágrafo Segundo, quanto à necessidade de participação efetiva da rede pública no cumprimento de suas atribuições regulares, com a observância de seus fluxos, protocolos de atendimento e prestação dos respectivos serviços públicos, evitando assim a sobreposição das responsabilidades do poder público e da Fundação Renova.

Importante ressaltar que, como previsto nas cláusulas do TTAC que regulamentam a atuação dos programas socioeconômicos e socioambientais de cunho reparatório, a cláusula 6, princípio I dispõe que “as medidas de reparação socioeconômica e socioambiental compreendem medidas e ações com o objetivo de recuperar, mitigar, remediar e/ou reparar, incluindo indenizações, **impactos advindos do EVENTO**, tendo como referência a **SITUAÇÃO ANTERIOR**”.

3.1 Rede de Atenção à Saúde (Primária, Média e Alta Complexidade)

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que englobam ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, estruturada por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A APS é considerada o primeiro nível de atenção à saúde, principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), funcionando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços mais simples aos mais complexos, norteadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade.

A Saúde da Família é considerada pela APS como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006a).

Para assegurar a integração e articulação na lógica do funcionamento da Rede de Assistência à Saúde (RAS), com qualidade e eficiência para os serviços e para o sistema, são criados mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores/ financiadores e os prestadores de serviço. Contratualização pode ser definida como "modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos" (Portaria GM/MS 4.279/2010).

Como ordenadora da RAS a Atenção Primária tem 4 (quatro) funções primordiais: ser base, ser resolutive, coordenar o cuidado e ordenar as redes.

A organização da Rede de Atenção à Saúde foi instituída pela Portaria de Consolidação n. 3 de 28/09/2017, como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento do sistema para garantir o conjunto de ações e serviços de que o usuário necessita,

com efetividade e eficiência. Essa organização visa, portanto, a consolidar os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

Considerando o arcabouço da saúde pública e seu contínuo processo de reorganização dos serviços, a proposta apresentada no PAS quanto à necessidade de implementar ações de apoio e fortalecimento da Rede de Assistência à Saúde para melhoria da qualidade e acesso da população aos diferentes níveis de serviços de saúde, assegurando bem-estar para a população impactada, não apresentou evidências técnico- científicas que indiquem possíveis impactos e correlação com o “Rompimento”.

A Fundação salienta que a Rede de Assistência à Saúde apresentada pelo município de Marilândia/ES está adequada para o atendimento à população residente no território (12.387-IBGE 2022), com oferta de serviços que envolvem atendimento desde a atenção básica até situações de média e alta complexidade, conforme previsto no fluxo da Programação Pactuada Integrada (PPI), onde a Atenção Primária fica sob a gestão e responsabilidade do município e a média e alta complexidade sob responsabilidade do Estado e União.

O PAS descreve que a Atenção Primária à Saúde (APS) está organizada em 06 (seis) Equipes de Estratégia em Saúde da Família, 06 (seis) Equipes de Saúde Bucal, 01 (um) Centro de Especialidades com serviço de pediatria, nutrição, fisioterapia, serviço social e psicologia, com 1 (uma) Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), credenciada pelo Ministério da Saúde, perfazendo cobertura de 100% da população residente no município pela APS, a qual ordena o fluxo de encaminhamento para os diferentes pontos de atenção e práticas à saúde em nível ambulatorial e hospitalar especializados (média e alta complexidade), conforme previsto nas diretrizes e portarias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede de Assistência à Saúde de média é ofertada no Centro de Saúde Municipal, constituída por consultas médicas especializadas como: Ginecologia, Pediatra, Neurologia, Ortopedia, Reumatologia, Psicologia, Psicólogo, Psiquiatra, Assistente Social, Fonoaudiólogo e Nutrição, exames laboratoriais e exames de imagem (Raio X e Ultrassonografias), além de outras especialidades reguladas e controladas pela Central de Regulação Municipal, a qual gerencia as vagas de consultas e exames especializados ofertadas pelos serviços de saúde de referência

regionalizado e nacionais (PPI) solicitado por meio dos sistema de informações (SISREG, MV SOUL e agora passando por uma transição para o ACESSA E CONFIA), além do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Quadro 1 - SCNES – Especialidades por Estabelecimento de Saúde – Centro de Especialidade de Marilândia/ES

CNES: 92885544	Centro de Especialidades Municipal			
CNPJ Mantenedora: 27.744.176/0001-04	Nome da Mantenedora: Prefeitura Municipal de Marilândia/ES			
Cadastrado em: 22/09/2017	Data da última atualização (base local): 03/08/2022		Data da última atual. (base nacional): 21/08/2024	
CBO	SUS	Vinculação	Tipo	CHS Ambulatorial
223605- Fisioterapeuta Geral	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h
223605- Fisioterapeuta Geral	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h
223605- Fisioterapeuta Geral	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h
223605- Fisioterapeuta Geral	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h
223605- Fisioterapeuta Geral	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h
223605- Fisioterapeuta Geral	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h
223605- Fisioterapeuta Geral	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h
223710 Nutricionista	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h
223710 Nutricionista	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h
223710 Nutricionista	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h
223415 Farmacêutico (analista clínico)	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h
223405 Farmacêutico	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h

223405 Farmacêutico	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h
225124 Médico Pediatra	Sim	Vínculo empregatício	Emprego Público	12h
225124 Médico Pediatra	Sim	Intermediado	Autônomo	12h
225124 Médico Pediatra	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	12h
251605 Assistente Social	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h
251605 Assistente Social	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h
251605 Assistente Social	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	40h
225250 Médico Ginecologista e Obstetra	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	24h
225250 Médico Ginecologista e Obstetra	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	12h
225250 Médico Ginecologista e Obstetra	Sim	Intermediado	Autônomo	30h
225112 Médico Neurologista	Sim	Intermediado	Autônomo	8h
422105 Recepcionista, em geral	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	40h
422105 Recepcionista, em geral	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	40h
131210 Gerente de Serviço de Saúde	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	40h
225133 Médico Psiquiatra	Sim	Intermediado	Autônomo	10h
223605 Médico Veterinário	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	24h
225125 Médico Clínico Geral	Sim	Intermediado	Cooperado	10h
251510 Psicólogo Clínico	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h
251510 Psicólogo Clínico	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	40h
251510 Psicólogo Clínico	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h

251510 Psicólogo Clínico	Sim	Vínculo empregatício	Estatutário	30h
411010 Assistente administrativo	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	40h
223810 Fonoaudiólogo	Sim	Vínculo empregatício	Contrato por prazo determinado	30h

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabmg.def> ago.2024.

No âmbito de procedimentos de urgência e emergência, além de atendimento hospitalar de pequeno porte, o município possui uma unidade de Policlínica, com atendimentos de pronto atendimento de 24 horas. Importante destacar que o Serviço de Vigilância em Saúde e o Setor de Regulação de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) também funcionam nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde.

No âmbito da Saúde Mental, o PAS menciona a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária com composição mínima de três profissionais para cada 10 mil habitantes, para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental. Para tanto, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) está estruturado por 1 (uma) Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – EMULTI, contendo 1 (um) médico psiquiatra e 2 (dois) psicólogo clínico, estrutura adequada ao porte populacional do município, conforme preconizado pela legislação do Ministério da Saúde (MS).

Em relação a assistência farmacêutica, o município conta com 02 (dois) profissionais farmacêuticos e 02 (dois) estagiários, durante às 55 horas semanais (segunda a sexta, das 07 às 18), que fazem o trabalho de dispensação e orientação individual.

Para garantir o acesso da população à serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante o aprimoramento da política de atenção básica e média complexidade, o PAS solicita construção de 01 (uma) Unidade de Apoio para as comunidades do Batista, Córrego do Óleo e Papagaio, aquisição de equipamentos e mobiliários para esse ponto de atenção, aquisição de equipamentos de informática para execução das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde, contratação de recursos humanos (1 médico clínico geral 40h, 1 enfermeiro 40hpsiquiatra, 1 fonoaudiólogo 20h e 1

condutor veicular 40h) e aquisição de 1 (um) veículo com capacidade igual ou superior a 7 lugares para deslocamento da equipe. No entanto, não há menção de danos estruturais e/ou insuficiência de imóvel e/ou sobrecarga dos serviços que supere a capacidade instalada, tão pouco correlação com o rompimento da barragem.

Para tanto, a Fundação reitera o Parágrafo segundo da Cláusula 18 do TTAC.

Isto posto, ressaltamos a importância da execução e conclusão dos estudos previstos na cláusula 111 e 112 do TTAC, permitindo a identificação da situação anterior ao Rompimento, a comprovação técnico-científica dos possíveis impactos causados em decorrência do Rompimento e assim a implementação de ações mitigatórias mais assertivas – as quais deverão ser contempladas nos Planos de Ação.

Apesar da importância dos resultados dos estudos previstos nas cláusulas 111 e 112 do TTAC, a Fundação com base na população que se autodeclararam como atingidas no município de Marilândia (391) indivíduos, perfazendo 3,16% da população total do município, propõe o custeio para suplementação da assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família em cumprimento a cláusula 108 e 109, considerando como parâmetros a Portaria GM/MS n.º 3.493, 10 de abril de 2024, bem como o valor per capita fixo anual de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) estabelecido pela Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019, multiplicado pela população autodeclarada como atingida, multiplicado por 10 anos, respeitando os princípios da proporcionalidade, razoabilidade e eficiência, sem sobreposição das responsabilidades, conforme previsto no parágrafo segundo da cláusula 18 do TTAC.

No que tange a atenção secundária, considerando que os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar estão atualmente organizados em dois componentes: ***Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)** que inclui os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios e ***Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)**, cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são

transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH. Outro ponto relevante é que o valor do repasse para custeio da Média e Alta Complexidade são balizados pela Tabela SIGTAP, não havendo valor mensal fixo. Portanto, a Fundação propõe para suplementação da média complexidade o aporte financeiro parametrizado em 2 (duas) vezes o valor per capita fixo anual estabelecido pela Portaria GM/MS n.º 3.493, 10 de abril de 2024, de R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos), totalizando o valor per capita/anual de R\$11,90, por indivíduo ano x a população autodeclarada como atingida no cadastrada na Fundação pelo PG001 x 10 anos.

3.2 Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, nos anos 1980, se deu por meio de inúmeras reivindicações sustentadas pela necessidade de mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas psiquiátricas, ocasionando um processo político e social complexo (BRASIL, 2005). O processo sofreu influências de diferentes propostas ocorridas no século XX em várias partes do mundo. Todas as propostas de reforma buscaram romper com o modelo clássico da psiquiatria desenvolvido por Pinel, cujo foco estava centrado na doença e nas intervenções no âmbito hospitalar, culminando na institucionalização da loucura. As estratégias apresentadas pela Reforma Psiquiátrica interligam a assistência a pessoas em sofrimento psíquico ao coletivo e ampliam as intervenções no âmbito familiar e comunitário (AMARANTE, 1995; SCHECHTMAN E ALVES, 2014).

De acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Política Nacional de Saúde Mental, baseada na lei n. 10.216/2001, estruturada por diretrizes para a condução da assistência em saúde mental no país, onde as intervenções de isolamento e os tratamentos invasivos fossem substituídos por tratamentos que prezem pela participação da família, comunidade e reinserção social e, também, pelo respeito à pessoa assistida (SOUZA, 2011).

Em 2011, por meio da Portaria n. 3.088/11, foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma rede específica para saúde mental

denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerada como uma proposta de substituição ao modelo asilar, estabelecendo dispositivos assistenciais para pessoas em sofrimento psíquico e para aqueles com uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas.

Esta rede foi estruturada em sete eixos de atuação, aos quais estão vinculados diferentes dispositivos e serviços específicos, dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas tipologias e portes, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os ambulatórios multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais-dia atenção integral.

A Reforma Psiquiátrica propõe o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, respeitando o cuidado no território que compreende o espaço geográfico e social do sujeito. Nesse sentido, Yasui e Costa-Rosa (2008) defendem que a Atenção Básica à saúde é lócus privilegiado de intervenção na Atenção Psicossocial, por deter o conhecimento do território e do cotidiano de vida da população adscrita, permitindo traçar ações territoriais, podendo atuar nos espaços onde a vida circula. Portanto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) dispõe de estratégias para “[...] interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias-comunidade” (YASUI e COSTA-ROSA, 2008, p. 65).

Diante da relevância da atenção em saúde mental, surge a importância do apoio matricial em saúde mental, ferramenta importante adotada para promoção da inclusão das ações de saúde mental no âmbito da atenção básica, principalmente para viabilizar a qualificação das equipes da atenção básica para o cuidado em saúde mental no território e possibilitar o avanço da Reforma Psiquiátrica.

Nesta perspectiva, as ações de saúde mental devem ser desenvolvidas na atenção básica, desde que observada a atenção proposta pelas redes de cuidado, base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, que busquem o estabelecimento de vínculos e o acolhimento.

O município não detalha como se dá a assistência à saúde mental, informa apenas a obrigatoriedade de equipes de Saúde Mental na Atenção Primária com composição mínima de três profissionais para cada 10 mil habitantes, para garantir o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental. Para tanto, em consulta ao sistema de cadastro nacional de estabelecimento de saúde (SCNES) é possível identificar o cadastro de 1 (uma) Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde – EMULTI, contendo 1 (um) médico psiquiatra e 2 (dois) psicólogo clínico, atendendo aos critérios mínimos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) ao atendimento de uma população de até 10.000 habitantes.

Apesar da estrutura descrita, o PAS solicita a aquisição de 2 (dois) veículos com capacidade igual ou superior a 7 (sete) lugares para transporte da equipe, aquisição de 2 (duas) ambulâncias tipo A para transporte dos pacientes, 1 (uma) Van com capacidade igual ou superior a 15 lugares para transporte de pacientes para eventos e possíveis outras demandas, custeio (combustível) e manutenção dos veículos adquiridos, aquisição de equipamentos, mobiliários e insumos diversos e a contratação de recursos humanos (1 (um) Psicólogos 30h, 1 (um) Psiquiatra 20h, 1 (um) Assistentes Sociais 30h, 1 (um) Enfermeiro 30h, 1 (um) técnico de enfermagem 40h e 1 (um) educador físico 30h, para criação de uma equipe saúde mental e captação da população adoecida.

Entretanto, o município não apresenta evidências de danos materiais e veiculares, além de sobrecarga dos serviços de saúde mental ofertados pelo município correlacionados ao “Rompimento”.

Reitera-se que a execução de ações de mitigação e/ou reparação devem estar fundamentadas em evidências técnicas e científicas que indiquem os possíveis impactos e correlação com o rompimento, não o vazio assistência, além da participação efetiva do poder público na execução dos protocolos e fluxos de maneira efetiva e eficaz, assegurando o cumprimento dos princípios e diretrizes da Política Pública de Saúde Mental.

A execução das ações em Saúde Mental, prevista na Cláusula 109 do TTAC, precisa estar embasada nos resultados dos estudos epidemiológicos e toxicológicos a serem executados pela Fundação Renova, conforme disposto nas Cláusulas 111 e 112 do TTAC.

Diante dos pleitos do município, considerando os parâmetros definidos pela Portaria SUS nº 3.088/2011, a maioria dos municípios atingidos não se enquadram nos critérios para solicitação do credenciamento e habilitação dos Centros de Atenção Psicossocial. Desta forma, considerando a Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023, a qual institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, primando pela ampliação do acesso no âmbito da saúde mental, a FR propõe a suplementação para os municípios com população autodeclaradas como atingida no cadastro do PG001, menor e/ou igual a 1.000, o custeio referente a 25% do valor total previsto na respectiva portaria para equipe Multiprofissional Estratégica - eMulti Estratégica, focando na suplementação de profissionais voltados para estruturação da equipe de saúde mental de apoio a Atenção Primária em Saúde.

3.3 Vigilância em Saúde

Entendida como a rearticulação do conhecimento e da prática sanitária, a Vigilância em Saúde indica o caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Focada no conceito positivo do processo saúde-doença, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas.

A Vigilância em Saúde está incluída no campo de ação do SUS e desenvolve programas relevantes de prevenção e controle, devendo ser utilizada para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática no âmbito epidemiológico, ambiental, sanitário, saúde do trabalhador, imunização e infraestrutura laboratorial e de apoio diagnóstico, do sistema de informações de doenças de notificação compulsória, entre outros.

A Vigilância em Saúde integra diversas áreas de conhecimento e aborda diferentes temas, tais como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho. A partir daí, a

Vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

Em resumo, a Vigilância tem como propósito fundamental fornecer a orientação técnica para os que respondem pela execução das ações de controle dos agravos e danos à saúde, tornando disponíveis, para este fim, as informações atualizadas sobre a ocorrência desses eventos como dos seus determinantes numa dada área geográfica ou população específica.

Os indicadores de saúde têm por objetivo medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados.

Com o intuito de potencializar e assegurar as ações de prevenção e promoção em Vigilância em Saúde, o PAS solicita reforma das estruturas físicas da vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, aquisição de 3 (três) veículo com capacidade igual ou superior a 7 lugares para transportar das equipes, aquisição 1 (um) veículo com tração 4x4 com carroceria, custeio mensalmente os gastos (manutenção e combustível) dos veículos adquiridos por meio do Plano de Ação, aquisição de equipamentos, equipamentos de informática e telefonia, mobiliários e insumos e contratação de recursos humanos para as vigilâncias e Saúde do Trabalhador (3 (três) motoristas, 1(um) Enfermeiro 40 h, 1(um) Terapeuta ocupacional 40h, 1(um) Médico clínico com especialização em saúde do trabalhador, ou vigilância epidemiológica, ou vigilância sanitária, ou vigilância ambiental 16 h).

As solicitações para suplementação e fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde e Saúde do Trabalhador não encontram sustentação em evidências científicas dos possíveis impactos e correlação com o “Rompimento” que justifiquem as intervenções e/ou implementações solicitadas.

Por ser um programa reparatório, as ações do Programa de Saúde devem conter fundamentação científica, bem como atender aos princípios de proporcionalidade e eficiência, sem se sobrepor às responsabilidades da política pública.

Salientamos, mais uma vez, a necessidade de execução dos estudos epidemiológico, toxicológico e estudo de avaliação de risco a saúde humana (ARSH), previstos nas cláusulas 111 e 112 do TTAC e na Deliberação CIF 106,

que avaliarão possíveis riscos e correlações com o “Rompimento” e, com base nos seus resultados, planejar junto ao Poder Público, ações de mitigação e/ou reparação, conforme previsto no TTAC.

Considerando a regulamentação atual que estabelece os valores para o Piso Fixo (PF)-Visa calculados com base na população (per capita) do território conforme os critérios estabelecidos nos Art. 459-461, da Portaria Consolidada nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017: -o município recebe valor per capita, calculado à razão de R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano. Caso o valor anual não seja superior a R\$ 12.000,00, o município terá uma suplementação de forma que não receba menos do que R\$ 12.000,00 no ano. Com base na portaria vigente, para suplementação da Vigilância em Saúde a Fundação propõe a suplementação do valor per capita de R\$0,60 x a população autodeclarada atingida no cadastrada no PG001, caso o valor anual seja inferior a R\$12.000,00 (doze mil reais) ano, será considerado o valor mínimo anual estabelecido pela portaria x 10 anos.

3.4 Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica e insumos estratégicos do município foram estruturados englobando os componentes básicos da assistência farmacêutica, componente estratégico e componente especializado da assistência farmacêutica, como preconiza a Portaria GM/MS nº 204/2007 e nº 2.891/2009. São partes integrantes do sistema de saúde, determinantes para resolução da atenção e dos serviços em saúde, envolvendo a alocação de grandes volumes de recursos financeiros.

As ações desenvolvidas não devem se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos, exigindo, para a sua implementação, a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo. Importante salientar que a eficácia no gerenciamento dessa área pressupõe, além da disponibilidade de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos, a organização dos serviços e, de forma muito especial, pessoal capacitado para coordenar as ações por ela desenvolvidas.

Dentre os pleitos apresentados no PAS, o município solicita a contratação de 1 (um) farmacêutico 30h, aquisição de 1(um) veículo tipo furgão refrigerado para transporte de medicamentos, custeio mensalmente dos gastos (manutenção e combustível) do veículo adquirido, reforma da estrutura física do setor e aquisição de equipamentos, equipamentos de informática e mobiliários.

Isto posto, para que se analise os pleitos, o Município deve apresentar evidências de danos estrutural e/ou falta de estrutura do setor que justifiquem a reforma e sua correlação com o Rompimento.

Quanto à aquisição de equipamentos e suplementação de recursos humanos para assistência farmacêutica, é necessário comprovar que há uma sobrecarga no sistema existente, que supera a capacidade ofertada pelo Município, e que esteja correlacionada a eventuais danos causados à saúde da população em decorrência do Rompimento, o que não foi realizado a contento pelo PAS apresentado.

Quanto à aquisição de equipamentos e suplementação de recursos humanos para assistência farmacêutica, é necessário comprovar que há uma sobrecarga no sistema existente, que supera a capacidade ofertada pelo Município, e que esteja correlacionada a eventuais danos causados à saúde da população em decorrência do Rompimento, o que não foi realizado a contento pelo PAS apresentado.

Com base no valor preconizado pela Portaria n.º 1.555, de 30 de julho de 2013, Art. 3º, referente ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, o qual estabelece o repasse aos municípios do valor de R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano. A Fundação, respeitando as premissas e diretrizes do SUS, primando pela proporcionalidade e eficiência no âmbito da assistência farmacêutica do componente básico (REMUME), propõe a suplementação do valor fixo anual de R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) x a população autodeclarada atingida no PG001 x 10 anos.

3.5 Assistência Laboratorial

Os avanços alcançados pelo SUS, embora sejam inegáveis e representativos nos últimos anos, não minimiza a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

A organização da atenção e da gestão do SUS expressa um cenário caracterizado por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas

clínicas descrito por: (1) lacunas assistenciais significativas; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e com baixa eficiência no emprego dos recursos, reduzindo a capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) modelos de atenção marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, sem acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e a ascensão das condições crônicas; (4) vulnerabilidade na gestão do trabalho marcada pela precarização e carência de profissionais em quantidade e alinhamento com a política pública; (5) a distribuição dos serviços nos municípios; e (6) pouca integração da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (Brasil, 2010).

O Pacto pela Saúde (2006), acordo firmado entre os gestores do SUS que ressalta a relevância do aprofundamento do processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias fundamentais para solidificar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões: Pacto Pela Vida: priorização do impacto sobre a situação de saúde da população brasileira; Pacto em Defesa do SUS: consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS e Pacto de Gestão: engajamento com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2006).

Para tanto, a estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) adotada foi a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando assegurar ao usuário o acesso ao conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

As RAS têm como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, a organização da RAS, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como

coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, é um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, tornando a oferta mais acessível e eficaz ao Sistema Único de Saúde integrado pelas três esferas dos Entes Federados, considerando-se a Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.

Cabe aos gestores municipais garantir o acesso à atenção primária à saúde e aos serviços especializados (de média e alta complexidade) da população sob sua responsabilidade, o que não impõe, de outro lado, a obrigatoriedade de os serviços serem disponibilizados em âmbito municipal, por meio de contratação permanente.

Isso porque há grande probabilidade de que o território não disponha de recursos ou demanda que justifique sua implantação. Nessa hipótese, os gestores, por meio, da Portaria n.º 1.097/2026 (que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde), com base na análise da situação de saúde, peculiaridades e necessidades da população, devem definir e quantificar as ações e serviços especializados (consultas, exames e tratamentos), com base nas redes de serviços regionalizadas e estruturadas pelo SUS (redes funcionais) e nos consórcios intermunicipais, o que assegurará o acesso da população a todos os níveis de atenção, mesmo que localizados fora do município/território, de maneira racional, qualificada, integrada, suficiente e eficaz.

No que tange a responsabilidade pela garantia de acesso da população aos exames laboratoriais, observando os fundamentos que constituem a RAS (Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos), cabe ao gestores municipais avaliarem o impacto e viabilidade orçamentário-financeira pertinente a implementação de laboratórios de análises clínicas e patológicas ou a manutenção do serviço terceirizado, haja vista que o recurso disponibilizado pelo Ministério da Saúde se dá via custeio, conforme valores previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, informado por meio dos sistemas de informação ambulatorial (SIA), o qual assegura o processamento das informações de atendimento ambulatorial registrados nos aplicativos de captação do atendimento ambulatorial pelos prestadores públicos e privados contratados/conveniados pelo SUS.

No entanto, o PAS solicita a ampliação e reforma do laboratório municipal, aquisição de equipamentos e equipamentos de informática, além da contratação de recurso humano (1(um) farmacêutico 30h), contrapondo os conceitos, diretrizes e premissas postas pelos fundamentos da Rede de Assistência à Saúde, sem evidência de danos estruturais, sobrecarga do serviço que supere a capacidade instalada e correlação com o Rompimento.

Com relação à assistência laboratorial, cabe reiterar que tais procedimentos são enquadrados como ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial, sendo balizados por meio dos repasses organizados em dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Considerando que o valor do repasse para custeio da Média e Alta Complexidade são balizados pela Tabela SIGTAP, incluindo os exames laboratoriais, não havendo valor mensal fixo, a Fundação propõe o repasse do valor per capita de R\$ 100,00 (cem reais) anual por indivíduo autodeclarado atingido cadastrado no PG001/ano x o total de população autodeclarada como atingida cadastrada no PG001 x 10 anos, haja vista que os exames têm valores distintos estabelecidos na Tabela SIGTAP.

3.6 Educação Permanente

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas bases estruturadas na reforma sanitária, tem como competência constitucional ordenar a formação dos profissionais da área. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde brasileiras, ora fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação dos profissionais da saúde.

Baseado no glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20). A educação na saúde é descrita em duas modalidades: a educação continuada e a Educação Permanente em Saúde (EPS).

A educação continuada contempla as atividades que possuem período definido para execução e utiliza, em sua maior parte, os pressupostos da metodologia de ensino tradicional, visando a aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização de caráter mais formal, bem como de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo a ele (BRASIL, 2012).

A definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) para EPS se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, bem como à aprendizagem significativa e à possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, a EPS deve ser utilizada como instrumento viabilizador de análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local, possibilitando a reflexão e a reestruturação do processo de trabalho às situações de saúde em cada nível local do sistema de saúde.

Para tanto, o Ministério da Saúde institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – ValorizaGTES-SUS pela Portaria GM n. 2.168, com o objetivo de incentivar o fortalecimento e a consolidação das áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS.

Os Estados e Distrito Federal podem aderir por meio do preenchimento do formulário disponível em endereço eletrônico, ao qual deverá ser anexado o Termo de Adesão Estadual e Distrital, e deverá ser realizada até no máximo 10 (dez) dias após a publicação desta Portaria. O repasse da primeira parcela, que corresponde a 20% do recurso, será destinado aos Estados e Distrito Federal, e dependerá da formalização da adesão desses, para a formulação dos Planos Estaduais e Distrital de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – PEGTES.

Já os municípios participarão do processo de formulação dos Planos Estaduais e Distrital de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - PEGTES e aqueles que forem habilitados por meio de pactuação bipartite, em resolução específica, poderão aderir ao Programa ValorizaGTES-SUS e receber recursos,

para a execução, em conjunto com os estados e o Distrito Federal, das ações propostas nos planos.

Diante do cenário, o PAS solicita o custeio de material impresso a ser utilizado, custeio do espaço físico, custeio de alimentação dos participantes das oficinas, além do custeio com palestrantes de temas específicos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, para execução de Educações Permanentes. No entanto, não discrimina as ações executadas e/ou em execução conforme prevê a Política Nacional de Educação Permanente, tampouco a sobrecarga do orçamento com tais ações que supere a capacidade instalada, bem como a correlação com o Rompimento.

Considerando a Deliberação CIF nº 761/2024, a Fundação irá custear o Projeto de Formação e Qualificação proposto pelo sistema CIF, a qual beneficiará todos os profissionais de saúde que atuam no SUS dos municípios considerados atingidos, contemplando as premissas da cláusula 106 do TTAC, bem como as diretrizes e portarias que permeiam a Educação Permanente proposta pelo Ministério da Saúde.

A Fundação reitera o Parágrafo segundo da Cláusula 18 do TTAC.

4. CONCLUSÃO

O Plano Municipal de Ação em Saúde de Marilândia/ES apresenta diagnóstico situacional estruturado com dados demográficos, socioeconômicos, determinantes e condicionantes de saúde (perfil de morbidade/mortalidade) população geral e estrutura da Rede de Assistência à Saúde. Entretanto, os dados e/ou indicadores de saúde não indicam o monitoramento da situação de saúde da população considerada impactada, sequer apresenta uma periodicidade que indique a alteração no perfil epidemiológico retrospectivo, atual e prospectivo, que estabeleça correlação com o Rompimento.

O cenário reforça a importância da execução de estudos técnico-científicos que identifiquem os possíveis impactos decorrentes do Rompimento, conforme previsto no TTAC, para definição de possíveis ações reparatórias em saúde.

Cumprido deixar consignado que a Fundação Renova não se opõe em prover medidas e ações necessárias à mitigação dos danos causados à saúde da

população diretamente atingida pelo rompimento da Barragem de Fundão, desde que resguardadas as garantias de direito e dever da Fundação Renova em evidenciar correlação com o rompimento e a necessária participação efetiva da rede pública no cumprimento de suas atribuições regulares, com a observância de seus fluxos, protocolos de atendimento e prestação dos respectivos serviços públicos

Para tanto, a Fundação em atenção as cláusulas 108 e 109 do TTAC, propõe a suplementação financeira para apoiar e fortalecer o SUS nas áreas adscritas na cláusula 109, em consonância com as Portarias e Diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, zelando pela proporcionalidade e eficiência das ações em saúde a serem desempenhadas, bem como ao parágrafo segundo da cláusula 18 do TTAC.

Apesar da proposta apresentada pela Fundação para atendimento ao plano de ação em saúde de Marilândia para apoiar e fortalecer do SUS dessa localidade, vale reiterar que somente por meio dos estudos (Avaliação de Risco à Saúde Humana, Epidemiológicos e Toxicológico) serão identificados os possíveis riscos correlacionados ao Rompimento, os quais permearão a definição de ações mitigatórias efetivas.

Diante do cenário, a Fundação sugere um alinhamento entre a CT-Saúde e a gestão municipal para dirimir as dúvidas antes do direcionamento do Plano para apreciação e aprovação do CIF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Constituição Federal do Brasil. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Atenção Básica. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível: <http://cnes.datasus.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. e-GESTOR informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, 19 de fevereiro de 2002. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº198 GM/MS, 13 de fevereiro de 2004. Disponível: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Instituir a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Disponível: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 2.168, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2023. Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - ValorizaGTES-SUS. Disponível: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.168-de-5-de-dezembro-de-2023-528588815>

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. ATO PORTARIA Nº 321 DE 8 DE FEVEREIRO DE 2007. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível: http://w3.datasus.gov.br/siasih/arquivos/portarias/PT_GM_321_TabelaProcedimentos.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 32, DE 19 DE MAIO DE 2021. Disponível: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0032_20_05_2021.html#:~:text=%2D%20Agentes%20Comunit%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde%20\(ACS,a%20composi%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%ADnima%3A%2040h%20semanais.&text=3222%2D50%20%2D%20Auxiliar%20de%20Enfermagem,Estrat%C3%A9gia%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saps/2021/prt0032_20_05_2021.html#:~:text=%2D%20Agentes%20Comunit%C3%A1rios%20de%20Sa%C3%BAde%20(ACS,a%20composi%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%ADnima%3A%2040h%20semanais.&text=3222%2D50%20%2D%20Auxiliar%20de%20Enfermagem,Estrat%C3%A9gia%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.)

BRASIL. Ministério da Saúde. RESOLUÇÃO Nº 13, DE 23 DE FEVEREIRO DE 2017. Disponível: <https://www.in.gov.br/materia/>

[/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20815603/do1-2017-03-01-resolucao-n-13-de-23-de-fevereiro-de-2017-20815526](#)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 40 p. (Série Pactos Pela Saúde, v. 5).

Disponível: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaInteqAssistSaude.pdf>. acesso em: 22 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental – 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, 2005. Disponível:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html; Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

DIMENSTEIN M, SEVERO AK, BRITO M, PIMENTA AL, MEDEIROS V, BEZERRA E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude Soc. 2009; 18(1):63-74.

OGUISSO T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. Nursing [Edição Brasileira] 2000.

PORTARIA GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

SILVA SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(6):2753-62.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos S. A organização da política de saúde mental. In: JORGE, Marco A. S. et al. (orgs.). Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SOUZA, Michele. Do isolamento em alas ao acolhimento em lares. O caminho de casa. UOL. 6 fotografias [Michele Souza/JC imagem]. 2011. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/JC/sites/ocaminhodecasa/vinculada2.html#galeria/vinculada2>.

TERMO DE TRANSAÇÃO E DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA (TTAC), Brasília, 02 de março de 2016.
Disponível: <https://www.fundacaorenova.org/wp-content/uploads/2016/07/ttac-final-assinado-para-encaminhamento-e-uso-geral.pdf>

YASUI S, COSTA-ROSA A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Rev Saude Debate. 2008; 32(78/80):27-37.