

PARECER TÉCNICO

**ASSUNTO: PLANO MUNICIPAL DE AÇÃO EM SAÚDE PERIQUITO/
MG.**

**OFÍCIO CT SAÚDE Nº124/2022
DATA DE RECEBIMENTO 23/12/2022**

**DATA DA ANÁLISE: 06/01/2023
RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE: PAULA CAMBRAIA DE MENDONÇA VIANNA
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 decorrentes do rompimento da barragem de Fundão ("Rompimento") à saúde da população, 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.

Portanto, 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 da barragem, 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 contendam 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 dezembro de 2022, o Ofício CT-Saúde /CIF nº 124/2022, que apresenta o Plano Municipal de Ação em Saúde de Periquito/MG, para ciência e análise.

ANÁLISE

O Plano de Ação em Saúde (PAS) do município de Periquito/MG 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, de acordo com os dados coletados nos sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde e reuniões realizadas junto aos representantes das comunidades atingidas no município. Os dados não apontam alterações no perfil de adoecimento da população, tão pouco 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.

Salientamos que o PAS desconsidera a temporalidade definida para o levantamento do perfil epidemiológico, conforme disposto na 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; não descreve os indicadores de morbidade e mortalidade, como definido na Nota Técnica CT – Saúde Nº62/2022, que “Detalha o fluxo de recebimento, avaliação e validação dos Planos de Ação em Saúde”; situações estas que inviabilizam a identificação dos possíveis impactos à saúde da população impactada e correlação com o rompimento. Informamos que o PAS apresentado

pelo município de Periquito não apresenta a situação de saúde retrospectiva ao Rompimento.

O PAS descreveu o surgimento de diversas doenças gastrointestinais, dermatológicas, emocionais, comportamentais e dependência química, aumento da demanda de média e alta complexidade, aumento dos gastos e situações de vulnerabilidade social exacerbada. Entretanto, não apresenta evidências técnicas e científicas que indiquem impactos à saúde da população atingida e guardem correlação com o Rompimento.

3. AÇÕES EM SAÚDE APONTADAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS DO MUNICÍPIO DE PERIQUITO/MG.

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 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, foram 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 APS tem 4 (quatro) funções primordiais: ser base, ser resolutiva, 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.

A Rede de Assistência à Saúde detalhada no PAS contém: 3 (três) Equipes de Estratégia em Saúde da Família; 1 (um) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por equipe multidisciplinar estruturada com 2 (dois) psicólogos, 1 (um) educador físico, 1 (um) fonoaudiólogo, 2 (dois) Fisioterapeutas, 1 (um) Nutricionista e 1 (um) Farmacêutico; Farmácia Municipal (centralizada): 1 (um) Farmacêutico, 1 (um) técnico em farmácia. Para execução das análises clínicas laboratoriais, o município conta com 3 (três) laboratórios conveniados (Vila Rica, Haisten e Labocentro) e 1 (um) ponto de coleta conveniado local. A oferta dos atendimentos de média e alta complexidade (consultas, exames de imagem, dentre outros procedimentos) são disponibilizados por meio do convenio com 2 (dois) Consórcios Intermunicipais de Saúde – CONSAÚDE e CONSURGE. Os atendimentos de média e alta complexidade são executados fora do município. O

PAS não detalha como é fornecido o atendimento das demandas de urgência e emergência.

A população residente está 100% coberta pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), estruturada em 3 (três) Equipes de Estratégia em Saúde da Família, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

Quadro 1 - SCNES - Estabelecimentos por Tipo – Periquito/MG

Tipo de Estabelecimento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
POSTO DE SAUDE	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FARMACIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1	1	1
Total	6	6	5	5	4	6	6	6	6	6	5	6	6	7	6	6	8

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/prid02mq.def>, jan.2023.

Apesar dos serviços disponibilizados pelo Município, o PAS aponta a necessidade de ampliação dos serviços existentes no nível primário e de média complexidade e/ou implantação de outros serviços para melhoria e/ou mitigação dos impactos à saúde que teriam sido causados pelo rompimento da barragem, proporcionando uma assistência digna e continuada a população considerada atingida.

Para tanto, pleiteiam a construção de 2 (duas) Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma para atender o distrito de Pedra Corrida e a outra na sede. Solicita, também, a ampliação de 2 (duas) UBS, aquisição de mobiliários e equipamentos mínimos, de acordo com normas do Ministério da Saúde para 2 (duas) unidades construídas, sem apresentar evidências técnico-científicas que indiquem impactos estruturais e guardem correlação com o rompimento.

Em relação às construções pleiteadas, a Fundação destaca que o Ministério da Saúde, desde 2011, instituiu o Programa Requalificação Unidades Básicas de

Saúde, cujo objetivo é criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Esse Programa envolve, também, ações que visam à informatização dos serviços e a qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe.

Em 2013, a Portaria nº 340, 04 de março, redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para tanto, o município deve acessar o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), fazer a adesão, monitoramento da aprovação e o gerenciamento e controle sobre o andamento da obra e, com os registros em dia, garante a continuidade dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde.

O PAS solicita a contratação de recursos humanos especializados como: 1 (um) dermatologista, 1 (um) gastroenterologista, 1 (um) Cardiologista, 1 (um) Veterinário, 1 (um) Psiquiatra e 1 (um) Neurologista e custeio de medicamentos para tratamento dermatológico e gastroenterológico, para ampliação do acesso as consultas especializadas e tratamento medicamentoso em âmbito municipal. Entretanto, os dados apresentados não indicam sobrecarga dos serviços de média complexidade (consultas e/ou exames laboratoriais) que exceda a capacidade instalada, tampouco dispõe as evidências técnicas-científicas referentes ao aumento dos agravos nutricionais e dermatológicos que guardem correlação com o rompimento.

O plano demanda a aquisição de 2 (dois) veículos tipo ambulância com custeio da manutenção e combustível para o deslocamento dos profissionais e atingidos até os serviços de saúde, sem dados que indiquem a sobrecarga do setor de transporte sanitário decorrente do rompimento.

Considerando o pleito no âmbito da atenção especializada e transporte sanitário (ambulâncias), a Fundação reitera que, nos termos do acordo, o Programa de Saúde é um programa de cunho reparatório, que objetiva mitigar e reparar impactos decorrentes do Rompimento. Portanto, todas as atividades, ações e medidas demandadas para os programas reparatórios devem ter correlação com o evento, fundamentação científica e atender aos princípios de proporcionalidade e eficiência.

Diante do cenário, fica evidente 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.

3.2 Saúde Mental

Nas últimas décadas, tem-se notado no Brasil um aumento significativo da abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica (AB) e dos novos serviços substitutivos em Saúde Mental (SM) resultantes, respectivamente, dos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica (DALLA, 2009; BRASIL, 2006).

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 mudanças apresentadas promovem a assistência a pessoas em sofrimento psíquico com valorização do espaço social e ampliam as intervenções no âmbito familiar e comunitário (AMARANTE, 1995; SCHECHTMAN E ALVES, 2014).

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 locus privilegiado de intervenção na Atenção Psicossocial por deter o conhecimento do território e do cotidiano de vida da população adscrita, permitindo traçar ações territoriais e atuando nos espaços onde a vida circula. Portanto, a ESF tem meios de “[...] 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).

A ampliação de ações de saúde mental na APS, no Brasil, foi antecedida por diretrizes internacionais, como a publicação do documento “La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria”, pela Organização Mundial

de Saúde (OMS), em que é enfatizado o papel da saúde mental na efetividade dos serviços de APS (TANAKA & RIBEIRO, 2009), e reforçada pela publicação de dez recomendações para o enfrentamento dos problemas de saúde mental (WHO, 2002).

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde do Brasil apontam que 3% da população necessita de cuidados contínuos em Saúde Mental devido a transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL,2003). Outros 9% necessitam de atendimentos eventuais em função de problemas menores, como o Transtorno Mental Comum, que pode representar um terço a 50% da demanda da AB (FORTES, LOPES, VILLANO, CAMPOS, GONÇALVES, MARI, 2011; BRASIL, 2003). Soma-se a esta demanda os problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, cuja necessidade de atendimento regular atingiria de 6 a 8% da população. DE acordo com estas informações, verifica-se a amplitude do problema a ser enfrentado no cuidado em SM (BRASIL,2003).

Sabe-se que a demanda da SM na AB tem particularidades e complexidades que não podem ser solucionadas pelo saber clássico da Psiquiatria (DALLA,2009), implicando em novas propostas de desinstitucionalização dos cuidados aos portadores de transtornos mentais: atenção em equipe multiprofissional, integralidade, responsabilização da equipe vinculada a uma comunidade, intersetorialidade e integração da rede do nível primário ao especializado (NUNES, JUCÁ, VALENTIM, 2007). Assim, desde a década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a amplitude da atenção em SM, preconizando a descentralização dos serviços, a integração de serviços psiquiátricos à AB e o aumento da participação comunitária (WHO. 1984).

Visando apoiar, qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família - SF, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde - MS promulgou a Portaria 154/GM, criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL,2008).

A proposta de trabalho do NASF deve ser direcionada à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado (por meio de atendimento compartilhado e interdisciplinar), à troca de saberes e à pactuação de projetos terapêuticos que incluam os usuários dos serviços e a comunidade como participantes dessa construção. Com relação à saúde mental, a portaria recomenda que "tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais", cada NASF deva

contar com pelo menos um profissional da área de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou terapeuta ocupacional) (BRASIL,2008).

Então, para que as ações da SM sejam desenvolvidas na AB, é fundamental a capacitação destas equipes por meio de atividades permanentes de discussão de casos com equipes de SM, permitindo estratégias de cuidado que considerem as múltiplas determinações do processo saúde-doença e apóiem a superação do modelo medicamentoso no cuidado à pessoa com transtornos mentais (DALLA,2009).

A aplicação do princípio da integralidade no cuidado em SM na AB pode ser viabilizada pelo modelo de matriciamento ou apoio matricial (AM) (Campos & Domitti, 2007), entendido como um “modelo de integração de especialistas na atenção primária à saúde”. O AM é um arranjo institucional que promove uma interlocução entre os equipamentos de saúde mental e as unidades de saúde, de modo a tornar horizontais os saberes e estes atuarem em todo o campo de trabalho das equipes (CAVALCANTE et al, 2011). O apoio matricial em saúde mental é ferramenta importante adotada para a 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.

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, com intuito de estabelecer dispositivos assistenciais para pessoas em sofrimento psíquico e para aqueles que possuem necessidades de assistência de saúde em decorrência do 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, os leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais-dia de atenção integral.

O PAS solicita a contratação de recursos humanos (3 psicólogos, 1 terapeuta ocupacional, 1 clínico geral, 2 oficinairos, 3 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros, 2 auxiliares administrativos e 1 auxiliar de serviços gerais, 2 vigias, 2 fonoaudiólogos), além da aquisição de medicamentos psicotrópicos, antidepressivos, ansiolíticos, sem evidenciarem impactos e correlações com o rompimento da barragem, tampouco sobrecarga dos serviços de saúde mental ofertados pelo município.

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.

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 intuito de potencializar e assegurar as ações de prevenção e promoção em Vigilância em Saúde, o PAS apresenta a necessidade de comprar mobiliário e equipamentos novos para reestruturação do setor; aquisição de veículos para deslocamento dos profissionais; aquisição de centrífugas para cada UBS, objetivando o processamento de sorologias para as Equipes de Saúde da Família e otimizando o processo e análise das amostras coletadas. O PAS não apresentou evidência técnico-científica de impactos estruturais e sobrecarga da demanda que excedam a capacidade instalada do setor e guardem correlação com o rompimento.

Reitera-se que o Programa de Saúde tem cunho reparatório, que objetiva mitigar e reparar possíveis impactos decorrentes do rompimento da barragem de Fundão. Portanto, todas as atividades, ações e medidas estabelecidas pelos programas reparatórios devem conter fundamentação científica, bem como atender aos princípios de proporcionalidade e eficiência, sem 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 da barragem de Fundão e, com base nos seus resultados, planejar junto ao Poder Público, ações de mitigação e/ou reparação, conforme previsto no TTAC.

4. CONCLUSÃO

O Plano Municipal de Ação em Saúde Periquito/MG apresenta diagnóstico estruturado com base nas informações produzidas e vinculadas aos sistemas de informações em saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde e compilados na

base do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB) e reuniões realizadas com representantes da comunidade de atingidos. No entanto, os dados e/ou indicadores de saúde não indicam o monitoramento da situação de saúde da população considerada atingida, sequer apresenta uma temporalidade que indique a alteração no perfil epidemiológico retrospectivo, atual e prospectivo, que estabeleça correlação com o rompimento da Barragem de Fundão.

O cenário reforça a importância da elaboração 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 estatutárias, com a observância de seus fluxos, protocolos de atendimento e prestação dos respectivos serviços públicos.

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/acesoPublico/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 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.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 em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 22 de set. 2022

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://bvsmms.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, Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf, acessada em: jan/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde. Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS; 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>, acessado em: JAN/2023.

BRASIL. Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html, Acessada em jan/2023.

CAMPOS GWS, DOMITTI AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica 2007; 23(2):399-407.

CAVALCANTE CM, PINTO DM, CARVALHO AZT, JORGE MSB, FREITAS CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. Rev Brasileira em Promoção da Saúde 2011; 24(2):102-108.

DALLA VECCHIA MD, MARTINS STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface (Botucatu) 2009; 13(28):151-164.

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.

FORTES S, LOPES CS, VILLANO LAB, CAMPOS MR, GONÇALVES DA, MARI JJ. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: Um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família. Rev Bras Psiquiatria 2011; 33(2):150-156

NUNES M, JUCÁ VJ, VALENTIM CPB. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad Saude Publica 2007; 23(10):2375-2384.

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>. Acesso em 22 set.2022.

TANAKA OY, RIBEIRO EL. Mental health in primary care: ways to reach an integral care. Cien Saude Colet 2009; 14(2):477-486.

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.

WHO,2002. World Health Organization (WHO). Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa.

WHO, 1984. World Health Organization (WHO). Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. Geneva.