

PARECER TÉCNICO

ASSUNTO: PLANO DE AÇÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RESPLENDOR.

OFÍCIO CT SAÚDE Nº75/2023

DATA DE RECEBIMENTO 04/09/2023

DATA DA ANÁLISE: 14/09/2023

**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 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 04 de setembro de 2023, o Ofício CT-Saúde /CIF nº 75/2023 que apresenta o **Plano Municipal de Ações em Saúde de Resplendor/MG**. O Plano de Ação em Saúde (PAS) propõe ações que visam a reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população por meio de suplementação de recursos humanos, reforma e/ou ampliação de estruturas físicas, equipagem, aquisição de mobiliários e logística para reestruturação dos serviços da Atenção Primária, Saúde Mental, Vigilância em Saúde, Saúde do Trabalhador e Assistência Farmacêutica, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável. 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 Resplendor/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.

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 da 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 uma fragilidade, fragmentação e desestruturação da Rede de Assistência à Saúde, a qual limita a execução das ações de saúde frente ao aumento da demanda nos serviços de saúde ofertados, sem especificar os 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 RESPLENDOR/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 tecno 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 tecno 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 Resplendor/MG está adequada para o atendimento à população residente no território, 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 05 (cinco) Equipes de Estratégia em Saúde da Família, 02 (duas) Unidade de Apoio (Campo Alegre e Independência), 05 (cinco) Equipes de Saúde Bucal, incluindo a Saúde Indígena e 01 (uma) Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), perfazendo cobertura de 98,2% 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, Angiologia, Ortopedia, Psicologia, Pediatria, Neurologia, Urologia, Dermatologia e Nutrição, exames laboratoriais, além do Consórcio Intermunicipal de Saúde e referências regionais definidas pela PPI. No âmbito de procedimentos de urgência e emergência, além de atendimento hospitalar de pequeno porte, o município possui uma unidade hospitalar. Importante destacar que o Serviço de Vigilância em Saúde, Setor de Regulação do Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e o Laboratório de Análises Clínicas também funcionam nas dependências do Centro de Saúde Municipal.

No âmbito da Saúde Mental, o PAS informa que o município tem 1 (um) Centro de Apoio Psicossocial (CAPS I), onde ofertam serviços de Psicologia e Psiquiatria de acordo com as normas do Ministério da Saúde (MS).

Em relação a assistência farmacêutica, o município conta com a Rede de Farmácia de Minas.

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

Tipo de Estabelecimento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
POSTO DE SAUDE	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	5	5	5	5	5	5	6	6	6
CONSULTORIO ISOLADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	8	8	8	6	6	8	9
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-	-	-	1	4
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	1	1	1	1	1
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FARMACIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRAL DE GESTAO EM SAUDE	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total	10	10	9	9	9	9	9	9	11	11	20	20	22	22	20	18	19	22	27

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>, set.2023.

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 na Vila Krenak, aquisição de equipamentos e mobiliários e contratação de recursos humanos (dermatologista, psiquiatra, psicólogo e assistente social). 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.

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 descreve na estrutura da Rede 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), onde são ofertados atendimentos psicológicos e psiquiátricos de acordo com as normas do Ministério da Saúde (MS).

Apesar da estrutura descrita, o PAS solicita a construção de um imóvel para execução das ações de Saúde Mental, aquisição de equipamentos e mobiliários e a contratação de recursos humanos (2 (dois) Psicólogos, 1 (um) Psiquiatra, 2 (dois) Assistentes Sociais, 1 (um) Enfermeiro e 4 (quatro) técnicos de enfermagem), para melhoria da qualidade da assistência prestada em saúde mental.

Entretanto, o município não apresenta evidências de danos estruturais, materiais e 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, 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.

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 a ampliação da estrutura do Laboratório de Análises Clínicas, com aquisição de equipamentos e mobiliários e contratação de Recursos Humanos de nível médio e superior.

Para a Vigilância Epidemiológica, o PAS solicita a suplementação de Recursos Humanos (nível médio e superior) e aquisição de equipamentos e mobiliários.

As solicitações para suplementação e fortalecimento das ações de Vigilância em Saúde 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.

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 ampliação do almoxarifado, aquisição de medicamentos para suplementação da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e contratação de Recursos Humanos (nível médio e superior), além da aquisição de um veículo.

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

Quanto à aquisição de medicamentos 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.

4. CONCLUSÃO

O Plano Municipal de Ação em Saúde de Resplendor/MG 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

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://bvsmms.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 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.

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>. Acesso em 22 set.2022.

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.