

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

EXPOEPI

*Mostra Nacional
de Experiências
Bem-sucedidas em
Epidemiologia,
Prevenção e Controle
de Doenças*

Relatórios das Oficinas de Trabalho

17 a 20 de setembro de 2002
Fortaleza/CE

Série D. Reuniões e Conferências

Brasília – DF
2003

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 10.000 exemplares

Edição:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Núcleo de Comunicação

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1.º andar, sala 134

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1.º andar, sala 119

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 3653 / 315 3654 / 315 3655

Fax: (61) 226 4002

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

EXPOEPI Mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças (2: 2002: Fortaleza, CE).

2.ª EXPOEPI Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, 17 a 20 de setembro de 2002: relatórios das oficinas de trabalho / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

96 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

1. Epidemiologia. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WA 105

Catálogo na fonte – Editora MS

APRESENTAÇÃO

Durante a II Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, realizada no período de 16 a 20 de setembro de 2002, em Fortaleza, Ceará, foram realizadas sete oficinas de trabalho para discutir avanços, problemas e perspectivas nos seguintes temas:

- Vigilância epidemiológica.
- Descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.
- Vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano.
- Recursos humanos e epidemiologia nos serviços.
- Laboratório e vigilância.
- Sistemas de Informação - SIM e Sinasc.
- Homogeneidade de coberturas vacinais.

A metodologia utilizada na condução dos trabalhos foi a constituição de um bloco de apresentações teóricas, seguida de discussão nos grupos, sob a coordenação do(a) coordenador(a) geral da área técnica, assessorado(a) por relatores designados.

Os produtos são as recomendações ou propostas para superação das dificuldades, e a sugestão de novas ações ou novas estratégias, constantes no relatório final.

SUMÁRIO

Vigilância Epidemiológica	9
Descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças	14
Vigilância ambiental	19
Recursos humanos e epidemiologia nos serviços	24
Laboratório e vigilância	29
Sistemas de Informação - SIM e Sinasc	33
Homogeneidade de coberturas vacinais	39

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas, tem se registrado no Brasil importante redução na ocorrência e mortalidade por grande número de doenças transmissíveis, particularmente para as quais as tecnologias de intervenção estão disponíveis. Neste campo, destacam-se as doenças imunopreveníveis, como poliomielite, sarampo, tétano acidental e neonatal, coqueluche, difteria e raiva, mas também incluem-se cólera, febre tifóide, peste, filariose e a infecção pelo *T. cruzi* transmitida pelo *T. infestans*.

Estes avanços representam um dos componentes mais importantes das mudanças no padrão de morbimortalidade brasileiro, o que poderia levar a uma falsa visão de um país sem - ou quase sem - doenças transmissíveis, percepção esta implícita na teoria da transição epidemiológica. Contudo, a manutenção ou intensificação do processo de transmissão para alguns agentes não confirma tal expectativa. Além de um conjunto de doenças transmissíveis que continuam a desafiar as ações de saúde pública, somam-se as denominadas doenças emergentes e reemergentes, que colocam um limite na redução de indicadores, em especial relativos à morbidade.

A estes desafios, tem-se registrado também um aumento relativo nas doenças crônico-degenerativas (cardiovasculares e neoplasias) e as relacionadas à violência. Ademais, a manutenção de desigualdades (populacionais/territoriais/sociais) dificulta a consolidação dos avanços já alcançados pela Saúde Pública no país, além de que os problemas de saúde atuais e futuros tendem a ocorrer em um contexto de maior complexidade, implicando em grandes desafios para a área de vigilância epidemiológica, que necessita consolidar os resultados alcançados, aumentar a efetividade das ações de controle, desenvolver capacidade resolutive para problemas inusitados e ampliar o seu campo de atuação.

Uma possível avaliação que poderia ser feita para os sistemas de vigilância epidemiológica, seria de possuírem as seguintes características: representam sistemas passivos, baseados na detecção de casos atendidos na demanda das unidades de saúde; suas práticas estão dirigidas para detecção de doenças transmissíveis; a coleta de dados é realizada na esfera local, enquanto que consolidação e análise na esfera central; utiliza dados com uma cobertura parcial e incompletos, gerando informações de baixa qualidade e pouco oportunas. Este diagnóstico, estabelecido em 1983, para o conjunto de países da América do Sul, durante o seminário sobre Usos da Epidemiologia nos Serviços de Saúde, realizado em Buenos Aires, exige uma reflexão, para os sistemas de vigilância epidemiológica atuais, sobre quais os avanços que foram alcançados na organização de suas práticas, nestas duas últimas décadas.

Em relação ao objeto da vigilância epidemiológica, historicamente vem se consolidando na prevenção e controle de doenças transmissíveis. Contudo, desde a instituição da Lei Orgânica da Saúde as bases para ampliação do seu escopo já estavam estabelecidas, ao definir a vigilância epidemiológica como o "conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, detecção e prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos" (Lei nº 8.080, 1990).

No contexto do Sistema Único de Saúde, a construção/consolidação dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica necessita traduzir ou ampliar as diretrizes da descentralização e do controle social e os princípios da universalidade, equidade, integralidade, necessitando rever algumas de suas práticas na direção de trabalhar com problemas de saúde sejam eles danos (óbitos, seqüelas, doenças, acidentes, violências), riscos (ambientais: vetores, água, esgoto, lixo, poluição do ar; ocupacionais: processo de produção, intensidade, ritmo e ambientes de trabalho; sociais: transporte, alimentos, drogas, violência; iatrogênicos:

medicamentos, sangue e hemoderivados, infecção hospitalar; Institucionais: creches, escolas, embarcações, aeroportos).

A vigilância epidemiológica ao buscar conhecer os danos à saúde (ocorrência, distribuição temporal e espacial, características dos indivíduos/populações afetadas) e seus fatores determinantes e condicionantes (identificar fatores de risco, variações no tempo e no espaço, entre populações, analisar a força da associação) visa a predição de ocorrência de danos à saúde a partir dos fatores de risco para a prevenção e adoção de medidas de controle, além de contribuir para a adoção de ações de promoção da saúde.

Entretanto, para o alcance dos seus objetivos são muitos os desafios a serem enfrentados, entre eles a articulação do saber e prática (território/espaço, população/grupos populacionais, Integralidade das ações), a sustentabilidade em referência a recursos humanos e financiamento, a incorporação cada vez mais necessária de uma base epidemiológica para as análises da situação de saúde, para o planejamento e a avaliação, todos esses aspectos dentro de um contexto de uma prática descentralizada.

Há exatos 10 anos, estas diretrizes foram apontadas no Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, que traduziu como uma das estratégias possíveis para alcançá-las a organização das práticas de saúde pública, no contexto da Vigilância da Saúde. Não entendida aqui como uma prática totalizadora, este novo modelo de atenção à saúde representaria não só a possibilidade de integração de práticas de saúde pública, mas a articulação das ações que são desenvolvidas no interior e externamente ao setor saúde, planejadas a partir do conhecimento, em bases epidemiológicas, da situação de saúde e seus determinantes, de populações concretas, analisadas no contexto do seu território.

Ao longo deste período, foram se reorganizando estruturas de vigilância epidemiológica, buscando alcançar as diretrizes já apontadas, com formas de organização diferenciadas, seja no contexto da vigilância da saúde, seja assumindo outros modelos, consolidando um sistema descentralizado, com competências bem estabelecidas para cada um destes níveis.

2. SITUAÇÃO ATUAL, PROBLEMAS E AVANÇOS

Apesar dos avanços referentes à consolidação de sistemas de vigilância com base municipal, a regulamentação do financiamento pelo repasse de recursos fundo a fundo e a incorporação das ações dos programas de controle das doenças transmitidas por vetores nas esferas estaduais e municipais, muito ainda tem que se caminhar na direção da construção de um Sistema de Vigilância efetivo.

Um dos pontos que mereceu um rico debate foi a própria definição do objeto a ser trabalhado diante da complexa situação epidemiológica do país, que amplia o espaço de atuação da Vigilância Epidemiológica. Sem perder de vista que ainda é necessário desenvolver, de forma mais efetiva, as práticas tradicionais de vigilância das doenças transmissíveis, enfrentando inclusive suas novas formas de apresentação, o enfrentamento do complexo quadro epidemiológico atual, exige a ampliação do seu olhar para temas como as doenças não transmissíveis e outros agravos como a violência. Cabe destacar que tal ampliação, não passa pela simples aplicação das metodologias tradicionalmente utilizadas para a vigilância de doenças transmissíveis.

Foi unânime a eleição do item recursos humanos como o nó crítico para o desenvolvimento da área, tanto em relação à formação, como no que diz respeito a não criação de equipes permanentes nas várias estruturas em decorrência não só da falta de estruturação de uma carreira, como pela migração de profissionais para outras áreas, como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família que oferece melhores salários, que os habitualmente pagos no sistema de vigilância epidemiológica. Nesse aspecto também foi ressaltado o esvaziamento das equipes de VE da esfera estadual, principalmente nas regionais, face a uma ampla redefinição do papel desta esfera, em um sistema descentralizado.

Discutiu-se também a necessidade de adequar a organização do processo de trabalho da vigilância ao grau de estruturação da rede e a complexidade dos problemas a serem enfrentados nos diferentes níveis do sistema, decorrentes da grande heterogeneidade da situação de saúde. Neste particular, foi enfatizada também a necessária articulação com as estratégias de implementação da atenção básica (Programas de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde), inclusive já a partir da esfera federal, traduzindo-se na integração dos distintos processos de pactuação.

Os entraves na política de financiamento também foram destacados como um dos fatores limitantes para o desenvolvimento da vigilância epidemiológica, levantando-se a necessidade de realização de estudos sobre custos das ações, para uma melhor definição das reais necessidades de recursos da área.

Os sistemas de informação representaram outro tema bastante discutido, tanto em referência à criação de um grande número de sistemas sem um objetivo bem estabelecido, como ainda à impossibilidade de integração dos mesmos acarretando dificuldades de operacionalização, principalmente para os pequenos municípios.

3. RECOMENDAÇÕES

- **Objeto da VE**

Assumir a definição da VE estabelecida na Lei Orgânica de Saúde, adequando o seu objeto às diferentes realidades epidemiológicas, as estruturas dos serviços e a forma de organização apropriada para cada esfera de gestão.

- **Agentes (Recursos Humanos) das práticas de VE:**

- a) Propõe-se a constituição de carreira institucional para a área de saúde coletiva nas três esferas de governo, levando-se em consideração para definição do perfil do profissional, o grau de complexidade dos problemas de saúde e da estrutura de serviços de saúde, bem como o porte dos municípios.
- b) Incorporação de ações básicas de VE ao trabalho das equipes de PSF com qualificações das mesmas pelos pólos de capacitação.
- c) Fortalecimento da rede de formação na área de saúde coletiva (cursos de especialização e a rede de formação para o profissional de nível médio na área de vigilância).
- d) Fortalecer e/ou incorporar os conteúdos de saúde coletiva nos cursos de graduação da área de saúde.

- **A organização dos Sistemas de VE e suas tecnologias**

- a) A organização dos sistemas de VE deve levar em consideração as diretrizes e os princípios do SUS e a autonomia de cada instância de governo, além do grau de complexidade existente, definido pela situação de saúde no território, propondo-se a hierarquização das ações por complexidade (microrregionalização) e redefinição de papéis dos diversos atores.
- b) São necessários esforços no sentido de ampliar a articulação tanto intra como extra-setorial (Atenção básica – Pacs/PSF; Programação Pactuada de Epidemiologia e Controle de Doenças com outros eixos programáticos, em especial o pacto da atenção básica).
- c) Coloca-se como uma questão importante a revisão do processo de pactuação da PPI/ECD, que na atualidade vem sendo muito direcionado pela esfera federal, para que a mesma passe a ser instrumento que realmente favoreça a construção de Sistemas de Vigilância Epidemiológica na esfera local.

- d) Sistemas de Informação - Necessidade de resgatar as discussões já em processo sobre a não criação de novos sistemas, além de promover a revisão dos sistemas existentes com base em uma imagem objetivo desejada e quais informações são necessárias. Considera-se como de fundamental importância a busca da integração entre os diversos sistemas e simplificação dos mesmos, e dentro do possível a redução do número dos sistemas já existentes. Especificamente em relação ao Sinan detectou-se como necessária uma revisão das fichas, a fim de torná-lo mais simples e flexível. Propôs-se também a revisão dos sistemas de informação dos programas de controle das doenças transmitidas por vetores, com a finalidade de sua simplificação e integração com os sistemas existentes.

- **Avaliação das ações**

Necessidade de incorporar a avaliação da efetividade e segurança das ações, como atividade inerente a área de VE, ampliando a capacidade em avaliação dos diversos atores envolvidos.

- **Política de financiamento**

- a) Considerar as realidades diferenciadas para municípios com maiores complexidades (Ex: região metropolitana).
- b) Avaliação de custo das ações como norteador da definição de recursos necessários para cada gestão.
- c) Estímulo aos municípios com bom desempenho pela aplicação do índice de valorização de resultados, levando-se em consideração indicadores de processo/ de desempenho, privilegiando as ações de promoção e prevenção de doenças.
- d) Revisão dos estratos para definição do *per capita* do TFECDD levando-se em conta o perfil epidemiológico dos municípios.

PARTICIPANTES

Coordenador: Eduardo Hage Carmo - CGVEP/Cenepi

Apresentadores:

Eduardo Hage Carmo - CGVEP/Cenepi: Principais avanços, problemas e perspectivas da vigilância epidemiológica.

Lorene Louise Pinto - UFBA: Revisitando o modelo de vigilância à saúde no Brasil: 10 anos após o Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica .

Relatoras:

Gerluce Alves - SES/BA
Lorene Louise Pinto - UFBA

Debatedores:

Vera Lúcia Gattás	DER/CGVEP/Cenepi
Fernando Ribeiro de Barros	Cover/CGVEP/Cenepi
Rosely Cerqueira de Olivera	Covev/CGVEP/Cenepi
Carla Magda A. S. Domingues	Sinan/CGVEP/Cenepi
Maria Lucilia Nandi Benatto	Coveh/CGVEP/Cenepi
Pedro Sadi Monteiro	CDTV/CGVEP/Cenepi
Eliana Pasine	SMS/ Porto Velho/RO
Eliseu Waldman	USP
Exedito Luna	USP
Ita de Cácia Aguiar Cunha	SMS/Salvador/BA
Julio Cesar de Magalhães Alves	SMS/São Paulo/SP
Liliana Rosecleir T. Nunes Fava	SES/TO
Lorene Louise Silva Pinto	UFBA
Luís Gerardo Castellanos	Opas
Luiza de Marilac Meireles Barbosa	SES/CE
Maria da Glória Teixeira	UFBA
Marcelo Bósio	SMS/Porto Alegre/RS
Maria Lúcia Carnellosso	SES/GO
Marilda Siriani de Oliveira	SMS/Marília/SP
Moacir Gerolomo	FUNASA/Core/PR
Nereu Henrique Mansano	SES/PR
Tereza Maciel Lyra	SMS/Recife/PE
Marlene Tavares Barros de Carvalho	SES/BA
Heloisa Pelluci	SES/MG

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

1. INTRODUÇÃO

A Portaria MS nº 1.399/1999 foi fundamental no processo de descentralização para definir as competências de cada esfera, e teve como principal ganho definir transferências de recursos de forma não política e de acordo com critérios técnicos. A Portaria nº 950/1999 e a Portaria MS nº 1.399/1999 consolidaram o controle das endemias em esfera municipal por meio de transferência regular de recursos, com o estabelecimento de uma fonte fixa de financiamento para execução das ações de vigilância epidemiológica, substituindo a forma convencional em repasse fundo a fundo e, também, de fóruns de discussão da epidemiologia e controle de doenças (Bipartite, Tripartite, Conselhos Municipais).

2. AVANÇOS

Foram considerados como avanços:

- Programação Pactuada e Integrada da área de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), na medida em que consolida o planejamento pactuado com estados e municípios.
- O Sistema de certificação de estados e municípios que viabilizou a transferência de recursos para execução em âmbito municipal.
- O aumento da massa crítica atuando no controle de endemias propiciado pelas capacitações organizadas pela FUNASA e pela inserção dos profissionais das secretarias.
- Autonomia na aplicação de recursos
- A PPI-ECD como instrumento de gerenciamento.
- As estratégias de controle, que puderam ser definidas por meio de análise epidemiológica dos fatores locais de transmissão. Exemplo, com a descentralização, o município pode antecipar a vigilância monitorando a cobertura vacinal de febre amarela em âmbito de localidade.
- A regionalização, que proporciona uma visão local dos agravos e permite a inserção das respectivas atividades de controle no PDR (Plano Diretor de Regionalização).

3. DIFICULDADES E PROBLEMAS

- **Recursos humanos**
 - a) Mecanismos para viabilizar a contratação de recursos humanos para execução das atividades pactuadas na PPI-ECD. No que concerne a recursos humanos há que se destacar que os vínculos empregatícios são frágeis e não há plano de carreira.
 - b) Baixa capacitação das equipes municipais de epidemiologia. Será necessária capacitação para que as novas atribuições advindas do processo de descentralização possam ser assumidas sem perda da qualidade técnica das ações antes desenvolvidas pela esfera federal.
 - c) Terceirização de pessoal e serviços na área de epidemiologia.
 - d) Reduzido número e alta rotatividade de profissionais.

- e) Baixa qualificação de profissionais de nível superior.
 - f) Políticas conflitantes de recursos humanos no âmbito do Ministério da Saúde.
 - g) Falta de definição de uma política de recursos humanos para o SUS, dificultando a implantação e o acompanhamento da descentralização e a sustentabilidade do desenvolvimento das ações.
- **Supervisão**
 - a) Um dos principais pontos de estrangulamento da PPI-ECD atualmente é o monitoramento do processo de descentralização.
 - b) Dificuldades políticas para o cancelamento da certificação de municípios (os estados não têm estrutura e nem capacidade operacional para assumirem a execução das ações nos municípios).
 - c) Outra dificuldade é a falta de integração dos sistemas de informação das diferentes áreas, principalmente da Atenção Básica.
 - d) Um dos principais desafios do processo de descentralização é desenvolver um mecanismo eficiente de acompanhamento das ações pactuadas, embora em momento algum se questione o progresso que foi a substituição do instrumento convenial pelo repasse fundo a fundo.
 - e) O estado necessita do extrato da conta do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) dos municípios para acompanhar a execução da PPI-ECD e o Fundo Nacional de Saúde não pode informar.
 - f) Falta de estrutura dos estados para a execução de um efetivo acompanhamento e avaliação da execução das metas, assim como falta estrutura administrativa e financeira.
 - **Sistemas de informação**
 - a) Sistemas de informações inadequados, ainda em plataforma DOS (Chagas, leishmaniose, esquistossomose, etc.).
 - b) Sistemas de informações novos, muitas vezes paralelos aos já existentes.
 - c) Incompatibilidade dos dados do IBGE e os utilizados pelo Ministério da Saúde, principalmente para o TFECD.
 - **Problemas de gestão e administrativos**
 - a) O controle social no processo de avaliação da PPI-ECD é deficiente.
 - b) Incorporação das ações da PPI-ECD na Atenção Básica, especialmente no Pacs/PSF.
 - c) A falta de suporte jurídico e fiscal dificulta a correta aplicação de recursos financeiros e a contratação de recursos humanos.
 - d) Morosidade no processo administrativo, em âmbito de estados e municípios, especialmente nos processos licitatórios, regidos pela Lei nº 8.666.
 - e) Alguns estados apontaram também a Legislação Estadual, como a CCI (Comissão de Controle Interno) e a Controladoria, como instâncias, que embora cumprindo seu papel, às vezes dificultam a aplicação ágil dos recursos, principal benefício pretendido com a descentralização.
 - f) Alguns estados destacam a desestruturação dos municípios para assumir outras endemias além da dengue (para a dengue já havia o precedente do PEAA, o que facilitou o processo).

- g) Valorização pelos gestores da assistência médico-hospitalar em detrimento da Vigilância Epidemiológica.
- h) Falta de integração na esfera federal entre os diversos pactos (Assistência, Agenda Nacional, Epidemiologia e Controle de Doenças e Atenção Básica), inclusive com a criação de estratégias e financiamentos paralelos.
- i) Em alguns estados (AM, AC) baixa capacidade dos municípios em assumir a gestão da epidemiologia e controle de doenças, o que leva ao estado ter que executar as ações que seriam de responsabilidade municipal.
- j) Falta de comprovação por parte dos estados e municípios quanto à utilização da contrapartida.
- k) Repasse irregular dos insumos e abaixo da cota definida.
- l) Dificuldade na organização de serviços de saúde, pouca estabilidade político-administrativa.
- m) Baixa resolutividade das penalidades previstas para municípios que não cumprirem as metas pactuadas.
- n) Reprodução da estrutura federal na organização funcional na maior parte dos estados.

4. PERSPECTIVAS

- Expansão e fortalecimento dos serviços permanentes de saúde.
- Integração entre medidas preventivas e curativas.
- Necessidade de uma política de recursos humanos mais consistente.
- A PPI-ECD deverá cada vez mais se consolidar como um instrumento para atender às reais necessidades da população, levando em conta o perfil epidemiológico local.
- Agilidade da tomada de decisão na esfera local.
- Integração da Epidemiologia e Controle de Doenças com outros setores.

5. RECOMENDAÇÕES

- Associação de municípios pequenos para viabilizar a otimização de recursos financeiros, por exemplo por intermédio de consórcios.
- Revisão dos parâmetros de estratificação dos estados (reestratificação).
- Definição do perfil epidemiológico por meio da utilização dos sistemas de informações (SIM, Sinasc, Siab, Sinan e outros).
- Estabelecimento da PPI-ECD no sentido de atender às reais necessidades da população levando em conta o perfil epidemiológico, a fim de subsidiar o acompanhamento das ações.
- Suporte jurídico e fiscal (dúvidas de aplicação de recursos, contratações).
- Alteração da Portaria M.S. nº 1.399/1999 quanto à responsabilidade do estado na aquisição de equipamentos de proteção individual, passando a responsabilidade para os municípios.
- Redefinição de competências e atribuições dos diferentes níveis de gestão do sistema de saúde.

- Definição de uma política de recursos humanos para o SUS, com a criação de uma organização governamental para viabilizar a contratação de recursos humanos para o SUS.
- Discussão de novos recursos para a área de vigilância ambiental.
- Criação de mecanismos de estímulo para os municípios que estão desempenhando bem as ações (Índice de Valorização de Resultados).
- Revisão de valores e critérios para distribuição do TFEC, por exemplo, para incorporação de ações de Vigilância Ambiental, de Vigilância de Doenças não Transmissíveis, e de Violência e Causas Externas.
- Normalização para utilização dos recursos financeiros.
- Extensão do Proformar para os agentes de saúde municipais, especialmente diante da realidade de que a força de trabalho de vínculo federal está se aposentando, e não há perspectivas de reposição.
- Descentralização dos Laboratórios de Saúde Pública, com a implantação de Laboratórios Regionais.
- Melhora do controle financeiro.
- Repasse proporcional do valor relativo às ações realizadas, em casos de municípios e estados que não cumprirem as metas estabelecidas na PPI-ECD, em substituição à suspensão do TFEC.
- Criação de uma câmara técnica junto à tripartite para discutir recursos humanos.
- Criação de uma câmara técnica da Comissão Intergestores Tripartite para discussão permanente da área de ECD.
- Padronização da supervisão.
- Integração dos dois sistemas (SISPP da Assistência e da ECD).
- Elenco de prioridades para realizar supervisões.
- Capacitações específicas para supervisão da PPI-ECD.
- Realização de um seminário para discussão de recursos humanos para o SUS.
- Supervisão integral (parâmetros técnicos, administrativos e financeiros) previamente comunicado ao estado, com participação dos técnicos das áreas de auditoria e administração.

PARTICIPANTES

Coordenador: Fabiano Geraldo Pimenta Jr. - Asdec/Cenepi

Apresentadores:

Fabiano Geraldo Pimenta Jr. - Asdec/Cenepi/FUNASA: Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Pedro Luiz Tauil - UnB: Descentralização de Epidemiologia e Controle de Doenças - Avanços, Problemas e Perspectivas.

Marco Aurélio Bertúlio das Neves - SES/Mato Grosso: Descentralização das Ações de Controle de Endemias - O Desafio da Integralidade das Ações na Organização de Serviços.

José Cássio de Moraes - SES/SP: Descentralização da Epidemiologia.

Maria Goretti Fernandes da Cunha - SES/Rio Grande do Norte: Descentralização de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Alethéia Fagundes Sperb - SES/RS: Descentralização da Epidemiologia e Controle de Doenças no Rio Grande do Sul - Desafios e avanços no processo de estruturação das ações de epidemiologia.

Rosemary Costa Pinto - SES/AM: Descentralização da Epidemiologia e Controle de Doenças no Amazonas.

Reneide Muniz da Silva - SMS/ Camaragibe - PE: Descentralização das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças: Avanços, problemas e perspectivas.

Debatedores:

Regina Nascimento	Astec/Cenepi
Ivenise Leal Braga	Asdec/Cenepi
Wilson Duarte Alecrim	IMTAM/AM
José Wellington de Oliveira Lima	FUNASA/Core/CE
Sônia Brito	Depin/FUNASA
José Severino Barros de Lacerda	FUNASA/Core/PE
Cláudia Ferro Nazareno	FUNASA/Core/RJ
Antônio Aparecido Felício	FUNASA/Core/MG
Rita de Cássia Galhardo de Melo	FUNASA/Core/RJ
Suzana Zeccer	FUNASA/Core/SC
Vilmar Mendes	FUNASA/Core/AC
Claudete Kmetzsch	SES/RS
Nailton Ribeiro Lopes	SES/AM
Raimundo Alves Costa	SES/AC
Teresinha A. Maraskin	SES/RS
Maria Socorro Martins Souza	SES/AC
Elza Helena Krawiec	Astec/FUNASA
Márcia Andréa de Abreu Moraes	SES/AC
Rosely Oliveira	Ensp/Fiocruz/RJ

VIGILÂNCIA AMBIENTAL

1. INTRODUÇÃO

Quando se procura compreender o processo saúde-doença envolvendo as patologias de transmissão e/ou origem hídrica, verifica-se uma complexidade tal que ultrapassa a visão reducionista limitada ao agente etiológico e o susceptível. O olhar epidemiológico que busca entender o comportamento das doenças de veiculação e/ou origem hídrica em uma comunidade, se depara com inúmeros fatores intervenientes do processo saúde-doença envolvendo hábitos higiênicos, acondicionamento inadequado de água, não conformidade com o padrão de potabilidade, entre outros. Verifica-se portanto a existência de uma cadeia de condicionantes e fatores de pressão que em uma análise mais profunda chegam a questões de ordem abrangente como a política de saneamento existente atrelada a um modelo de desenvolvimento adotado pelo país. O entendimento desta rede de interações socioculturais e políticas envolvidas nos determinantes do processo saúde-doença das patologias de veiculação e/ou origem hídrica devem ser bem compreendidas por aqueles a quem compete o exercício da vigilância da qualidade da água para consumo humano, para que as ações a serem desenvolvidas possam ser as mais eficazes possíveis.

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 200, concede competência ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a fiscalização e inspeção de bebidas e águas para consumo humano. Apesar desta ação já se desenvolver em alguns estados da união há mais de dez anos, as transformações pelas quais passou a organização do SUS nestes últimos anos para fazer frente às suas atribuições, exigiu por parte do Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a instituição de um modelo que possa servir de referência para as ações a serem desenvolvidas pelas diversas esferas de governo no exercício da vigilância da qualidade da água para consumo humano. Dentro deste contexto é necessário entender de que forma as ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano estão inseridas no que se denomina Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas).

É importante salientar que no ano de 2003 o setor saúde deverá ser cobrado pela sociedade e por organismos como o Ministério Público pela efetiva implementação da vigilância da qualidade da água para consumo humano (VAQACH), por meio da Portaria MG/MS n.º 1.469/2000. Cabe hoje à FUNASA ser um importante instrumento de mobilização em todas as esferas de decisão do SUS para que este processo possa se consolidar no decorrer dos anos.

2. OS PROBLEMAS A SEREM ENFRENTADOS

De acordo com a nova estruturação do SUS os municípios são os responsáveis pela execução das atividades de vigilância da qualidade da água para consumo humano, no entanto, não as realizam por uma série de dificuldades encontradas, tais como: estrutura física inadequada (carro, equipamentos, espaço físico, acesso a Internet, etc.), ausência de recursos humanos capacitados, falta de acompanhamento sistemático das atividades de vigilância da qualidade da água para consumo humano por parte do setor saúde, e ausência de laboratórios de baixa complexidade instalados nas regionais ou municípios para a realização das análises de água. Os problemas mais significativos que vêm interferindo na execução das ações de vigilância são: estruturação da rede de laboratórios de saúde pública e definição e capacitação de recursos humanos específicos.

Outros problemas que estão no dia-a-dia dos estados situam-se na reduzida sustentabilidade financeira do sistema (atualmente tem por base o Vigisus e uma pequena parcela da PPI-ECD); a necessidade de adequar o sistema de informação Siságua às diversas realidades locais (sistema *on-line* e *off-line*), os manuais de VAQACH e Boas Práticas de gerenciamento dos Serviços de Abastecimento de Água ainda não estão concluídos; os mecanismos de articulação com o consumidor/usuário, bem como os conselhos de saúde que necessitam ser melhor subsidiados para atuarem sobre esta questão.

3. Os AVANÇOS ALCANÇADOS

Pode-se enumerar uma série de passos que contribuíram para o avanço atual no desenvolvimento desta área. Entre estes podemos citar a revisão da Portaria GM/MS n.º 36/1990 que resultou na publicação da Portaria GM/MS n.º 1.469/2000; a formação do grupo técnico assessor da CGVAM para auxiliar a FUNASA nas questões de ordem técnica/estratégica para implementação da VAQACH; a construção de indicadores de desempenho da VAQACH; a estruturação do Sistema de Informação da vigilância de qualidade da água para consumo humano (Siságua); a capacitação dos recursos humanos em 27 estados para o exercício da VAQACH; a garantia do financiamento das ações da vigilância por meio da PPI-ECD; o fomento a estudos e pesquisas em situação de surtos; a participação da FUNASA nos fóruns intersetoriais afetos à qualidade da água (CNRH, ANA, Conama, Comitês de Bacias Hidrográficas, Conasems, etc.); os perceptíveis avanços na inter-relação da Vigilância Epidemiológica com as outras Vigilâncias, principalmente com relação ao controle das doenças de transmissão hídrica; e a maior integração entre as áreas de laboratório, saneamento e saúde indígena.

Em função disso, a FUNASA está investindo em capacitação dos gestores estaduais, em laboratórios, na estruturação da vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano nos estados, na publicação de manuais, no desenvolvimento e aprimoramento do Sistema de Informação em Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua) e nos instrumentos de acompanhamento e supervisão nos estados e nos municípios.

4. AS PERSPECTIVAS

As perspectivas para desenvolvimento das atividades da VAQACH foram descritas como sendo: definição de recursos financeiros para a implementação da VAQACH de forma integrada com outros setores, a articulação efetiva com setores relacionados à questão da água (recursos hídricos e meio ambiente), a definição de uma política de recursos humanos) e a definição de uma estratégia para a formação de uma rede de laboratórios de referência.

Os grandes desafios a serem enfrentados ainda residem na necessidade de se desenvolver parcerias entre os prestadores de serviços e o setor saúde; no aprimoramento do relacionamento com o Ministério Público, entendido como uma ameaça pelo setor de abastecimento de água e saneamento; na definição de estratégias para capacitação de recursos humanos; na necessidade de definir metodologias de avaliação de risco para subsidiar as ações do controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano; promoção de consórcios entre municípios para exercer a VAQACH; utilização do Siságua como instrumento de planejamento; participação nas discussões sobre o tema nos diversos fóruns deliberativos e consultivos (Conselhos de saúde, meio ambiente, etc.); adequação do setor saúde às demandas advindas da VAQACH; retorno aos prestadores quanto à análise dos relatórios do controle de qualidade da água (retroalimentação); informação à população sobre a qualidade da água que lhe é fornecida; definição de como se dará o financiamento para o desenvolvimento da VAQACH.

Seria pertinente ainda, uma reavaliação sobre a execução das práticas de inspeção nos sistemas de abastecimento de água e avaliação da VAQACH, considerando que, historicamente, estas atividades eram desenvolvidas pela vigilância Sanitária.

5. AVALIAÇÃO E PROPOSTAS APRESENTADAS PELOS PARTICIPANTES

Após exposição dos palestrantes, os participantes da oficina fizeram considerações sobre suas experiências e expectativas relacionadas à VAQACH, e apresentaram suas críticas e sugestões tanto em relação à implementação das ações da mesma, quanto em relação à proposta apresentada para o modelo de atuação da Vigilância Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano.

- **Propostas para implementação das ações da vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano:**
 - a) Há necessidade de ser definido um conjunto de medidas de avaliação e interpretação dos dados do Siságua a serem desenvolvidos como rotina para análise epidemiológica das doenças de transmissão hídrica relacionadas à qualidade da água de consumo humano.
 - b) Notadamente a dificuldade dos municípios para absorver as ações necessárias ao desenvolvimento da VAQACH, refere-se à retaguarda laboratorial, recursos humanos e financiamento. Portanto é necessário definir uma política de efetiva implementação da VQACH tomando por base a estruturação do município para implantação do Siságua uma vez que tanto o Siságua como a própria Portaria nº 1.469 foram pensadas a partir do município, restando-nos neste momento encontrar as saídas para tal.
 - c) Maior articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para discutir uma possível instrumentalização da vigilância ambiental com uma base legal (legislação e normas) para que possa - quando necessário - atuar em caráter fiscalizatório/coercitivo.
 - d) A rede de apoio laboratorial deve ser montada com base no princípio da descentralização.
 - e) Sugestão de um resgate intenso do processo de interação entre a Vigilância ambiental, Vigilância epidemiológica e Vigilância sanitária, principalmente em relação as ações que envolvem a VQACH.
 - f) Necessidade de implementar a articulação entre gestores no âmbito do SUS, seja dentro da própria FUNASA (Densp, Coveh, etc.), seja desta com a Anvisa, PSF, Pacs, etc.
 - g) Promover maior articulações intersetoriais (saúde, meio ambiente, recursos hídricos).
 - h) Definir mecanismos de controle da PPI-ECD para a real execução da VQACH, bem como, propor valores bem definidos de financiamento para a VQACH.
 - i) Articulação com o órgão responsável pela política de financiamento do setor de saneamento básico do país, para discussão e definição de estratégia de melhoria dos serviços de abastecimento de água com vistas a atender a Portaria nº 1.469/2000.
 - j) Constata-se a existência de alguns laboratórios de água do setor saúde com uma boa estrutura, mas que em virtude da falta de recursos humanos ou embates por espaço político/institucional, não conseguem ser operativos. Neste caso há necessidade de promover o sistema de gestão existente.
 - k) A universidade pode e deve servir como instituição de fomento à pesquisa e capacitação em VAQACH.
 - l) A proposta do Conasems foi bem aceita na medida que se entende a importância do financiamento para a implementação da VAQACH, sendo a mesma apresentada por seu representante com a seguinte redação: "As ações da VQACH devem ser desenvolvidas por cada município, como parte de suas atividades na atenção básica, com estímulo financeiro via PPI-ECD e/ou PAB ampliado. As ações mais complexas deverão ser desenvolvidas pelos municípios pólo ou sede de microrregiões, de acordo com o que for contemplado nas pactuações. As análises de maior complexidade ficarão a cargo dos Lacens, cabendo neste caso, estipulação de um teto financeiro que tenha como base a complexidade das ações a serem desenvolvidas".

- m) Salientada a importância de fortalecer a Monitorização de Doenças Diarréicas Agudas (MDDA) em todos os municípios, não se preocupando apenas em quantificar, mas principalmente avaliar os dados gerados. Portanto, foi proposto que o Conasems, fomenta junto aos municípios a implantação/implementação da MDDA, objetivando conhecer o comportamento das diarreias agudas para que as medidas de prevenção e controle sejam tomadas em tempo hábil.
- n) Uma vez concluído o programa "Vigiágua" deve ser promovida a divulgação junto aos estados e municípios, envolvendo as diferentes instituições que podem fortalecer o referido programa, tais como Conasems, Assemae, dentre outros.

MOÇÃO CONTRÁRIA À PRIVATIZAÇÃO DA ÁGUA E DO SANEAMENTO

Foi apresentada e aprovada pelos presentes uma moção contrária à privatização da Água e do Saneamento contendo a seguinte redação: "Os participantes da oficina sobre VAQACH - Avanços, problemas e perspectivas, realizada no dia 17 de setembro de 2002, em Fortaleza/CE, durante a 2ª Expoepi, vêm tornar público o seu posicionamento contrário à privatização da água e do saneamento. A conferência Rio + 10, que ocorreu no mês de setembro deste ano na África, ao estimar a meta de garantir o acesso universal à água a 50% da população mundial até o ano de 2015, foi muito conservadora frente aos riscos à saúde inerentes à falta de acesso à água e saneamento. Sendo a água um bem essencial à vida e monopólio natural, o princípio da universalidade é acima de tudo, um preceito ético, que vai muito além das prioridades e objetivos do setor privado, sendo impossível ser tratada como um bem de mercado. Para o Brasil garantir a universalização dos serviços de água e saneamento para seu povo, será fundamental a manutenção deste serviço essencial no campo do setor público em detrimento dos interesses do lucro e do mercado".

PARTICIPANTES

Coordenador: Guilherme Franco Netto - Cgvam/Cenepi

Apresentadores:

Guilherme Franco Netto - Cgvam/Cenepi: Avanços, problemas e perspectivas da vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano.

Nolan Ribeiro Bezerra - Cgvam/Cenepi: A estruturação da vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano - concepção e estratégias.

Silvano Silvério - SAE de Guarulhos/SP: A produção do conhecimento para tomada de decisões em saúde e ambiente: possibilidade e perspectiva para a vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano.

Silvano Silvério - representando a Assemae: A adequação do setor saneamento frente à implementação da Portaria nº 1.469/2000.

Evaldo Alves - Conasems: A construção da vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano nos estados e municípios.

Relatoras:

Marta Helena Paiva Dantas- Cgvam/Cenepi

Denise Maria Elizabeth Formaggia - SES/SP

Debatedores:

Antônio da Costa Mesquita Neto

Celso Luiz Rúbio

Fernando Carneiro

Ruy Antônio de Macedo Neri

Isaias da Silva Pereira

Jacira Cancio

Jaime Brito

Daniel Lima da Silva

Lucimar Correia Alves

Miguel Crisostomo Leite

Paula Dias

Rejane Maria de Souza Alves

Vera Lúcia Castro

Viviane Gomes Montes

Sheila Duarte de Costa

Assemae

SES/PR

Cgvam

SES/PA

Cgvam

Opas

SES/PE

SES/DF

Densp/Cosan

Desnp

UFV

Cgvap

SES/MT

SES/CE

SMS/Natal

RECURSOS HUMANOS E EPIDEMIOLOGIA NOS SERVIÇOS

1. INTRODUÇÃO

O papel da epidemiologia tem adquirido destaque nos serviços de saúde, com alterações significativas na sua prática nos últimos anos, como consequência do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei Orgânica de Saúde – Lei nº 8.080, publicada no DOU, de 19 de setembro de 1990, a reorganização dos serviços, a redefinição formal dos papéis dos vários níveis do sistema de saúde quanto às ações de epidemiologia e de controle de doenças (Portaria Ministerial nº 1.399, de 15 dezembro de 1999) e o processo de reestruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS).

A estratégia de descentralização constitui o elemento básico na transformação do sistema de saúde e encontra-se direcionada a melhorar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, nos diferentes níveis, com ênfase na esfera local, para a identificação e solução de problemas de saúde. A identificação de problemas para os quais deve-se procurar soluções eficientes e equitativas, em espaços geográficos e populacionais definidos, impõe a agregação e prática de ações de vigilância em saúde e de planejamento, contexto no qual a epidemiologia surge como método e prática de necessária utilidade. A epidemiologia passa a constituir um instrumento básico dos serviços para a definição de prioridades, o desenvolvimento de estratégias para as ações voltadas para a promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças da comunidade bem como, para a tomada de decisões e o desenvolvimento de políticas no setor saúde. O estabelecimento de competências e responsabilidades na esfera federal, estadual e municipal, quanto às ações de epidemiologia e de controle de doenças implica a incorporação e fortalecimento, por parte dos serviços de saúde, da epidemiologia, reforçando a sua aplicabilidade na análise de situação de saúde, na identificação de problemas prioritários e na implementação de estratégias de prevenção e controle de doenças eficientes e de uma forma oportuna.

Com a efetiva descentralização, a incorporação das competências estabelecidas como responsabilidade nas diversas gestões e a reorganização dos serviços, o SUS enfrenta o grande desafio, entre outros, do desenvolvimento de capacidade técnica. A formação de recursos humanos (RH) em epidemiologia, com abordagem mais aplicada às questões e problemas dos serviços de saúde de forma articulada com as áreas de planejamento e gestão em saúde bem como, a sua efetiva inserção no âmbito dos serviços constitui, no momento atual, uma prioridade, visando atender às demandas e desafios impostos pelo processo de organização dos serviços e a heterogeneidade das situações de saúde no país, caracterizada pela extrema desigualdade social.

O processo de definição de ações voltadas à formação de RH em epidemiologia aplicada parte da avaliação de premissas básicas, entre as quais se destaca o papel da epidemiologia.

A epidemiologia, mais do que "o estudo de", constitui a prática que fornece os dados para direcionar as ações voltadas para a promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças da população.

A epidemiologia é um instrumento essencial para o desenvolvimento de quatro funções fundamentais no âmbito dos serviços: a análise de situação de saúde, a vigilância em saúde pública, a identificação de perfis e determinação de fatores de risco e na avaliação de programas e serviços de saúde. Embora uma unidade ativa de epidemiologia também desenvolva outras tarefas, essas são as principais áreas por meio das quais a epidemiologia contribui para a promoção da saúde da população.

O termo epidemiologia aplicada descreve a aplicação ou prática da epidemiologia no âmbito dos serviços.

O desenvolvimento de programas de formação de recursos humanos em epidemiologia aplicada deve levar em consideração as competências e atribuições referentes à epidemiologia e ações de controle de doenças que devem ser assumidas pelas esferas federal e

descentralizados do sistema de saúde e as habilidades que os técnicos devem adquirir e colocar em prática, no âmbito do serviço, para desempenhar, de forma adequada e eficiente, o seu papel. As competências básicas abrangem quatro grandes áreas: processo epidemiológico, gerenciamento, gestão e comunicação, sempre levando em consideração o papel da epidemiologia como ferramenta fundamental que provê as evidências que direcionam as ações em saúde pública. A efetiva incorporação e aplicação das áreas epidemiológicas na prática dos serviços de saúde requerem uma forte articulação entre as instituições acadêmicas e os serviços de saúde e um investimento significativo na formação de recursos humanos. Vale ressaltar o importante papel das instituições acadêmicas no que diz respeito ao desenvolvimento e oferta de cursos de capacitação em epidemiologia, *latu e stritu senso*, direcionados a atender à demanda dos serviços e em consonância com o contexto atual de descentralização, de caráter prático e aplicado mas, também, no desenvolvimento de metodologias alternativas de análise de dados gerados pelos sistemas de informação de interesse epidemiológico, de análise de situação de saúde e de avaliação de serviços e intervenções, de fácil operacionalização, para serem incorporadas na prática dos serviços de saúde.

2. AVANÇOS E PROBLEMAS

Apesar dos grandes avanços no desenvolvimento da epidemiologia e nas iniciativas de formação de RH em epidemiologia aplicada nos últimos anos, existem vários aspectos no âmbito dos serviços e da academia que constituem obstáculos para o desenvolvimento de uma política de recursos humanos abrangente, justa e com o impacto desejado. Dentre os avanços identificados destacam-se:

- Avanços da Epidemiologia quanto ao desenvolvimento de metodologias para a análise de situações de saúde, de séries temporais e espaciais, de avaliação de intervenções e serviços, e de análise, interpretação, produção de informação devido aos avanços tecnológicos na área de informática e da informação em resposta ao processo de descentralização e municipalização dos serviços de saúde.
- Inovações no processo pedagógico e nas modalidades de ensino tais como as abordagens problematizadoras, cursos seqüenciais, à distância e semipresenciais.
- Reorientação dos conteúdos programáticos com resgate da epidemiologia descritiva, estudos de séries temporais, análises espaciais, estudos ecológicos e vigilância em saúde.
- Investimentos significativos na capacitação de RH, visando à qualificação dos profissionais atuantes nos serviços de saúde, das três esferas de gestão do SUS, pelo Ministério da Saúde. O Cenepi, especificamente, tem focado os seus esforços na formação de RH em epidemiologia aplicada por meio da implantação de programas de treinamento em serviço e/ou para o serviço, em cooperação com instituições acadêmicas e agências com excelência no desenvolvimento de treinamentos nessa área de atuação.
- Acúmulo significativo de experiências de capacitação de recursos humanos em epidemiologia em resposta ao processo de consolidação do SUS, de reorganização dos serviços e de redefinição formal dos papéis das várias esferas do sistema de saúde quanto às ações de epidemiologia e de controle de doenças.
- Acúmulo de experiências inovadoras na esfera municipal na adequação/formulação de programas de treinamento e na identificação das necessidades de capacitação em consonância com a realidade local.

Os problemas identificados incluem:

- **Quanto às políticas de RH**
 - a) Ausência de carreira para o profissional atuante nos serviços de epidemiologia.
 - b) Baixos níveis salariais.
 - c) Grande rotatividade de técnicos dos serviços com perda do pessoal treinado.
 - d) Falta de oportunidades de absorção efetiva de profissionais capacitados.
 - e) Oportunidades reduzidas para o aprimoramento do pessoal inserido nos serviços.
 - f) Abordagens de capacitação distantes do processo de trabalho e na relação com os gestores.
- **Quanto à articulação academia-serviço e modalidades de formação de RH**
 - a) Dificuldades ainda existentes nos programas oferecidos pela academia em responder às necessidades de formação dos profissionais vinculados aos serviços tanto no conteúdo como nos métodos pedagógicos.
 - b) Modalidades de ensino caracterizadas por duração excessiva, grande conteúdo teórico e distanciamento da prática, produtos finais de pouca aplicabilidade prática nos serviços, entre outros.
 - c) Diretrizes restritivas e políticas de financiamento limitadas pela Capes para capacitação no nível de Pós-Graduação - LDB, normas de reconhecimento de universidades, reforço excessivo do doutorado em detrimento dos programas de especialização e mestrado, inclusive a modalidade de mestrado profissionalizante. Pouca clareza na diferenciação em relação à especialização e o mestrado profissionalizante e quanto ao reconhecimento de equivalência com o mestrado acadêmico.
 - d) Dificuldade no reconhecimento dos programas de capacitação em serviço promovidos pelo próprio serviço (i.e. Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS, Dados para Tomada de Decisão, entre outros).
 - e) Articulação insuficiente do Cenepi com outros setores do Ministério da Saúde e do SUS no processo de discussão da formação de RH e definição de política de RH na área de saúde.
 - f) Falta de um diagnóstico das necessidades de capacitação direcionadas a responder as demandas atuais impostas pela descentralização/municipalização, reorganização dos serviços e pela complexidade de quadro de saúde segundo áreas geográficas específicas, nível de formação dos técnicos (médio, superior) e nível de gestão (municipal, estadual, federal).
 - g) Falta de avaliação sistemática, de processo e de impacto, das diversas experiências de capacitação (modalidades e estratégias de ensino, conteúdos, perfil da clientela e dos docentes, situação de egressos, sustentabilidade).
 - h) Divulgação de informações, disponibilidade de materiais instrucionais e processos de comunicação insuficientes.
 - i) Insuficiente discussão referente à formação de RH em saúde no nível de graduação.

3. RECOMENDAÇÕES E PERSPECTIVAS

- Estabelecer ação política conjunta entre a academia e os serviços, com envolvimento ativo do Conass e Conasems, nas questões referentes à necessidade de estabelecer Plano de Carreira para epidemiologistas e sanitaristas, as formas de remuneração dos profissionais da área e mercado de trabalho dos profissionais do SUS.

- Realizar oficinas de sensibilização junto aos secretários de saúde dos estados e municípios, objetivando a utilização da epidemiologia como instrumento de planejamento, avaliação, medidas de controle e o impacto destas ações.
- Diagnosticar as necessidades de capacitação em epidemiologia, nas três esferas do SUS e para técnicos tanto de nível superior como médio, com redefinição de conteúdos, clientela e modalidades de formação.
- Incorporar às propostas de capacitação mecanismos de avaliação (de processo e de impacto) para o aperfeiçoamento dos processos de operacionalização, atualização contínua dos conteúdos e acompanhamento de egressos.
- Realizar avaliações consolidadas das experiências de capacitação realizadas e/ou em andamento.
- Promover a articulação entre o setor de RH da FUNASA e os setores correspondentes de outras instâncias do MS visando a participação ativa no processo de reestruturação de projetos de formação de RH direcionados a atender às demandas do SUS (i.e. Projeto Promed).
- Promover a divulgação ampla no âmbito dos serviços de informações epidemiológicas. Manter a qualidade e periodicidade do Informe Epidemiológico do SUS e do (s) Boletins Epidemiológicos. Incentivar os profissionais de saúde, dos serviços e da academia, a publicar em periódicos nacionais (ie. Revista Brasileira de Epidemiologia).
- Promover a elaboração, desenvolvimento e ampla divulgação de materiais instrucionais em epidemiologia aplicada, de domínio público. Promover a valorização desse tipo de produção, por parte da academia, nas diretrizes da Capes.
- Promover fóruns de discussão sobre o mestrado profissional academia-serviço-Capes, tendo em vista que esta modalidade pode responder de uma forma mais adequada às necessidades do serviço.
- Promover a articulação academia-serviços no desenvolvimento de programas de capacitação em epidemiologia coerentes com o contexto atual da descentralização e que dêem resposta às demandas do SUS. Estabelecer parcerias do tipo Centros Colaboradores.
- Definir conteúdos básicos de capacitação, revalorizando a epidemiologia descritiva e incorporando metodologias de análise temporal, espacial e de avaliação de intervenções, bem como da informática, de fácil operacionalização e aplicabilidade na rotina dos serviços.
- Sensibilizar os gestores quanto à importância de identificar as necessidades de capacitação locais e promover/apoiar a implementação de programas de treinamento.
- Capacitar as esferas níveis regionais/microrregionais baseados em problemas específicos destas áreas, objetivando planejamento, análise, tomada de decisão e racionalização de recursos.
- Oferecer em treinamentos de epidemiologia, vagas para as diferentes áreas de interface, como: vigilâncias sanitária e ambiental, educação em saúde, laboratórios de saúde pública.
- Continuar a realização de CBVE - nível médio para as equipes de PSF e Pacs, visando ao diagnóstico epidemiológico, análise e propostas de intervenção.
- Implementar os treinamentos de investigação de surtos, para que ocorram nas esferas regional e local.

PARTICIPANTES

Coordenadora: Maria Regina Fernandes de Oliveira - Coade/Cenepi

Apresentadores:

Maria Margarita Urdaneta Gutierrez - Coade/Cenepi: Iniciativas de capacitação de Recursos Humanos do Centro Nacional de Epidemiologia.

Marilisa Berti de Azevedo Barros - Unicamp: Práticas Epidemiológicas nos Serviços de Saúde - Recomendações do III Plano Diretor para o desenvolvimento da epidemiologia da Abrasco.

Ronaldo Trevisan - SES/PR: Experiência de capacitação de recursos humanos em vigilância epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná.

Denise Aerts - SMS/Porto Alegre/RS: Experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - descentralização e adequação das habilidades dos recursos humanos para execução das novas atribuições.

Relatoras:

Maria Margarita Urdaneta Gutierrez - Coade/Cenepi

Ana Maria Johnson de Assis - Coade/Cenepi

LABORATÓRIO E VIGILÂNCIA

Debatedores:

Jônia Franco

Elizabeth Carmen Duarte

Fábio José Lessa

Carlos Machado de Freitas

Ricardo Pontes

Luis Oscar Cardoso Ferreira

Dilma Costa O. Neves

Almério de Castro Gomes

Jane Cris de Lima Cunha

Sueli Soldati Abranches

Ronaldo Trevisan

Maria Angelina da Silva Zuque

FUNASA/Core/RJ

FUNASACore/MT

Aggeu Magalhães/Fiocruz

ENSP/Fiocruz

UFCE/CE

UPE/PE

Uepa/PA

USP/SP

Escola de Saúde Pública do Ceará

Centro Universitário de Barra Mansa/RJ

SES/PR

SMS/Três Lagoas/MS

1. AVANÇOS E PROBLEMAS

Foram destacados como avanços da Rede de Laboratórios de Saúde Pública os seguintes aspectos:

- A reestruturação do Sistema, que acarretou melhoria da infra-estrutura física e dos equipamentos de segurança, com a implantação de Laboratórios NB-3 e a Implantação de Laboratórios de Fronteiras.
- Os programas de capacitação de recursos humanos com treinamento de profissionais de laboratório em: endemias, revisores de lâminas de malária (Amazônia Legal), doenças transmitidas por alimentos (DTA), difteria e coqueluche, controle de Qualidade no diagnóstico de sarampo e rubéola, biossegurança, ISO Guia 25 e BPLC, Isso 17025 e Dicla 083, peste, tuberculose, meningites bacterianas e Isolamento viral para dengue; todas as capacitações visam ao aprimoramento técnico dos métodos diagnósticos.
- A aquisição e produção de novos Kits fomentando a pesquisa aplicada para o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos.
- A ampliação da rede de vigilância laboratorial como: parasitoses intestinais, botulismo, controle de qualidade da água para consumo humano, monitoramento de resistência antimicrobiana, hantavirose, riquetsioses, doenças exantemáticas, filarioses, micoses sistêmicas, dengue e febre amarela, contando ainda com a implantação de redes sentinelas para gripe, rotavírus, Síndrome Hemolítica Urêmica, agentes oportunistas, meningites virais e Febre do Nilo Ocidental.
- A criação do novo modelo de gestão com a publicação da Portaria Ministerial nº 15, de 3 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, onde caberá ao Comitê Diretor do Sistema estabelecer as políticas e diretrizes do Sistema, definir os critérios de financiamento, aprovar o Plano Anual de Investimentos relativos aos recursos federais aplicados no Sistema e estabelecer as metas e atividades constantes da PPI anual.

A publicação da Portaria Ministerial nº 1.533, de 28 de agosto de 2002 que cria o "Comitê Gestor no âmbito do Ministério da Saúde com vistas a garantir a execução do projeto do Componente II do Reforsus de Desenvolvimento e Implantação do sistema nacional informatizado de gerenciamento de Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Silab)".

A Portaria FUNASA nº 409, de 12 de setembro de 2002 que "organiza as sub-redes de diagnóstico e vigilância laboratorial no país, integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica" e Portaria FUNASA nº 410, de 12 de setembro de 2002, que "divulga relação de Órgãos/Entidades que possuem laboratórios pré-selecionados para integrar a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica".

As atividades onde permanecem importantes entraves na integração das vigilâncias e laboratórios são: planejamento das ações, investigação de campo, notificação e informação e referenciamento, e ainda dificuldades de infra-estrutura, tanto com relação aos recursos humanos quanto à escassez de recursos para investimentos em equipamentos.

Foram apontadas as perspectivas para a otimização nas ações de prevenção e controle de doenças e agravos, por meio da implantação dos "núcleos de vigilância epidemiológica e ambiental" nos laboratórios de saúde pública, a participação dos laboratórios centrais de saúde pública nas câmaras técnicas de vigilância epidemiológica e vigilância ambiental em saúde e o novo modelo de financiamento para os laboratórios de saúde pública.

- **A integração Laboratório e Vigilância: otimização nas ações de prevenção e controle de doenças**

Abordou-se o sucesso que o Cenepi vem alcançando na integração entre o laboratório e as vigilâncias, assim como na organização dos programas de capacitação e treinamento, nas áreas de diagnóstico e de biossegurança, por meio da coordenação geral de laboratórios.

- **Experiências a partir da publicação da Portaria nº 15/2002**

Foram feitas considerações referentes às experiências do "Surto de Febre Amarela" no município de Divinópolis, destacando-se a participação do laboratório e da vigilância Epidemiológica, havendo a descentralização do diagnóstico no Estado de Minas Gerais para os seguintes municípios: Montes Claros, Teófilo Otoni, Juiz de Fora, Pouso Alegre e Uberaba, todos utilizando recursos da PPI. O trabalho resultou numa ação integrada das vigilâncias com o laboratório no controle do surto e nas investigações. Houve também problemas detectados no envio das amostras ao laboratório, como a qualidade da amostra e o número elevado de amostras hemolisadas, dificultando o trabalho e resultando numa baixa qualidade e ainda a falta de critérios para coleta e a ficha epidemiológica foi deficiente nos dados importantes como vacinação e informação clínica.

- **Lacen/RJ**

Entre os avanços, houve destaque para o Lacen/RJ, que cita, em sua missão, a referência dos laboratórios para o controle das Vigilâncias Epidemiológicas, Ambiental em Saúde e Sanitária. Os principais tópicos abordados na Reunião da Rede Municipal, objetivando a Criação do PDR-RJ (Plano Diretor Regional) são: sistema informatizado do laboratório, fontes de financiamento para a descentralização, comentários sobre os Programas de saúde no âmbito do Rio de Janeiro, promoção de curso de diagnóstico sorológico de Dengue no Lacen e criação de um Mestrado Profissional "Gestão de Laboratórios em Vigilância Epidemiológica".

- **Integração da Vigilância Epidemiológica e Laboratorial no Estado do Ceará**

No Ceará, na integração das ações de Vigilância e o Laboratório, foram ressaltados os exames assistenciais vinculados, exclusivamente, aos programas específicos de controle de doenças realizados no Lacen, com uma Rede Regional organizada abrangendo cinco regionais vinculadas ao mesmo. Destaca-se, ainda a autonomia do laboratório na gestão financeira e administrativa, com vários pontos positivos alcançados como: informatização no envio dos resultados, equipe técnica permanente no laboratório, parceria em trabalhos de campo, descentralização para as cinco regionais da sorologia e da análise de água, parceria entre a VE e Laboratório no planejamento das ações e, capacitação de técnicos do Lacen.

2. AVALIAÇÃO APRESENTADA PELOS PARTICIPANTES

Após as apresentações dos palestrantes, os participantes da oficina fizeram várias considerações sobre suas experiências e expectativas com relação à integração das ações de vigilância e o laboratório, tanto para os regionais quanto para os municipais, sendo exaustivamente abordados e discutidos os assuntos referentes às informações contidas nas fichas de notificação, qualidade da amostra encaminhada, fluxo e o número de amostras, instrumento de avaliação dos laboratórios de referência nacional e regional e, portarias.

3. RECOMENDAÇÕES

- Definir mecanismos para ações de controle da PPI-ECD, com vistas à execução das ações laboratoriais, bem como, propor financiamento para os laboratórios.

- Avaliação periódica dos laboratórios da rede, assegurada no Termo de Compromisso, estipulando e fixando prazos para adequações.
- Necessidade de criação de uma Central de recepção de amostras no laboratório, com critérios para encaminhamento interno e direcionamento das análises.
- Definir critérios para avaliação dos laboratórios de referência nacional e regional, frente às Doenças de Notificação Compulsória.
- Definir equipe interna de gestão da qualidade e biossegurança nos laboratórios.
- Permitir um sistema de informatização visando agilidade e oportunidade na divulgação dos resultados.
- Investir no processo de otimização da Rede.
- Articulação com órgão responsável pela política de financiamento, para definição de estratégia de melhoria dos diagnósticos e serviços.
- Inserção do laboratório nas Câmaras Técnicas das SES, Conass e Conasems.
- Planejamento e fortalecimento das ações integradas - Vigilância e Laboratório.
- Criação de uma política de recursos humanos.
- Incentivar a formação de gestores e técnicos de laboratório com visão epidemiológica.
- Padronização de Kits diagnóstico para a Rede de Laboratórios.
- Unificação do instrumento para a simplificação das informações - Fichas de Notificação.
- Criação de Câmara Técnica de laboratórios (grupos *ad hoc*) no Comitê Diretor Interinstitucional do Sislab.
- Criação de uma Unidade para assuntos referentes à Vigilância Epidemiológica.

Os participantes concluíram que, a partir da publicação da Portaria nº 15/2002, considerada Marco Inicial no processo de transformação e organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, permitirá junto aos estados e municípios uma maior integração entre a Vigilância e Laboratório, legitimando a missão dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública.

PARTICIPANTES

Coordenadora: Maria Adelaide Millington - Cglab/Cenepi

Apresentadores:

Maria Adelaide Millington - Cglab/Cenepi: Avanços, problemas e perspectivas na integração entre laboratório e vigilância.

Gilberta Bensabath - IEC/FUNASA: A integração entre laboratório e vigilância - otimização das ações de prevenção e controle de doenças.

Eliana Furtado - Funed/MG: Experiências a partir da publicação da Portaria nº 15/2002.

Félix Rosemberg - Lacen/RJ: Missão do Lacen/RJ referente à integração do laboratório com as vigilâncias.

Liana Perdigão - Lacen/CE: Integração da Vigilância e laboratório no Estado do Ceará.

Relatora:

Marli Rocha de Abreu Costa - Cglab/Cenepi

Debatedores:

Ary Miranda	Fiocruz/RJ
Ana Lucia Gabinio	SES/PR
Bernardino C. Albuquerque	FMT/AM
Clarice Pinto Machado	SES/MS
Carlos Catão	Opas
Cristiano Corrêa Marques	Lacen/SP
Emanuel Carvalho Martins	Cglab
Mário Cesar Althoff	Cglab
Miguel Aiub Hijjar	CRPHF/RJ
Jorge Abraão	Lacen/SC
Luiz Jacinto	Sucen/SP
Dina Cortes Feitosa	SES/CE
Denise Oliveira	SES/PE
Maria Lucia Rocha de Mello	SES/SP
Wyller Mello	IEC/PA

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO - SIM E SINASC

1. INTRODUÇÃO

O SIM e o Sinasc são gerenciados pelo Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Os sistemas vêm se aperfeiçoando ao longo das últimas décadas tanto no que se refere à cobertura, quanto à qualidade dos dados que oferece. Entretanto há necessidade de melhoria, ainda, nos dois sistemas, para que colaborem cada vez mais para a formulação e avaliação de políticas de saúde do país.

2. PONTOS DESTACADOS NAS APRESENTAÇÕES, QUE FORAM BÁSICOS PARA A DISCUSSÃO POSTERIOR

- O avanço internacional que representa a divulgação dos dados de 2000 dos sistemas, por meio de CD-ROM da FUNASA.
- Os avanços e problemas relacionados à revisão do programa Seletor de Causas Básicas (SCB) e à descentralização dos sistemas.
- Problemas relacionados à codificação da causa básica, à cobertura e qualidade dos dados sobre morte de mulheres em idade fértil e à implantação de Serviços de Verificação de Óbito (SVO).
- A supervalorização de inquéritos de saúde em substituição ao uso dos Sistemas de Informação em Saúde.
- **Pontos de destaque sobre o Sinasc**
 - a) A melhora do preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos (DN), a existência de normatização (portaria), o aprimoramento do programa de computador.
 - b) Foram sugeridas estratégias de aprimoramento baseadas: na definição de parâmetros para avaliação dos dados, por exemplo, comparação com os dados do SIH (número de partos); na necessidade de estabelecer o número mínimo de eventos a ser captado; na realização de treinamentos sobre preenchimento da DN e melhoria da qualidade das informações relativas aos óbitos neonatais.
- **Pontos de destaque sobre o SIM**
 - a) A RIPSAs não usa dados diretos para calcular Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e Taxa de Mortalidade Geral (TMG) de todas as unidades federadas.
 - b) As Estimativas têm problemas de validade.
 - c) Nossos dados não estão completos, há problemas no fluxo das informações, na cobertura e na qualidade dos dados.
 - d) É necessário reduzir a proporção de causas mal definidas.
 - e) É importante promover o uso local da informação e adoção de instrumentos locais para melhorar a qualidade dos dados (ex.: carta padrão usada pelo Programa de Aprimoramento de Informações em Mortalidade - Proaim/SP - para esclarecer causas de óbito).
 - f) A variável sobre óbito sem assistência médica tem problemas (este tema deverá ser aprofundado no comitê do SIM - nota do coordenador).
 - g) Para melhorar a qualidade dos dados há necessidade de aprofundar a integração com o PSF, de desenvolver instrumentos que permitam monitoramento dos óbitos informados e esperados (existe um instrumento - "matriz" - desenvolvido a partir de trabalhos da RIPSAs que está disponível e pode ser aperfeiçoado - nota do coordenador), de divulgar os dados do sistema, de sensibilizar o gestor local, de

realizar análises locais (hospitais e Instituto Médico Legal), de investigar óbitos maternos (incluindo causas presumíveis).

- h) Não é adequado incorporar, nos bancos de dados, as causas de óbito declaradas por leigos.
- i) Para melhor operacionalizar os sistemas é importante que os prazos de envio dos dados sejam efetivamente cumpridos, que ocorra retroalimentação da informação, bem como crítica dos dados, supervisões e divulgação (CD, Internet).

3. AVANÇOS E PROBLEMAS

Das apresentações iniciais, ficou claro que os sistemas avançaram muito no que se refere à disponibilização oportuna das informações e regulamentação do fluxo operacional.

Destaca-se, a seguir, os temas identificados na discussão a respeito da identificação de problemas:

- **Problemas/comentários relacionados com programas de computador**
 - a) Foram apresentadas sugestões relacionadas ao programa do SIM e do Sinasc, às quais foram anotadas pelo Coordenador da Coordenação de Sistemas Epidemiológicos de Sistemas Vitais (Cosev) para possível inclusão na versão que será desenvolvida pela FUNASA;
 - b) Sugerido: atualizar a tabela de ocupação; discutir no comitê do SIM a questão do cadastro nacional de estabelecimentos; listar óbitos em investigação; incluir novas rotinas de validação dos dados; facilitar a realização das alterações necessárias após a investigação e identificar os óbitos que tiveram a causa alterada após investigação.
- **Problemas/comentários relacionados com cobertura**
 - a) Para resgatar óbitos é importante a busca em cemitérios e necrotérios de hospitais.
 - b) A questão de óbitos em área indígena precisa de maior integração ao sistema.
 - c) O processamento de óbitos de residentes em outros municípios aumenta os custos dos municípios onde ocorrem grande número de óbitos (este ponto precisa ser resolvido no âmbito de fóruns colegiados com a Bipartite - nota do coordenador).
 - d) A integração com as Corregedorias é importante para o adequado seguimento dos fluxos de informação estabelecidos nas portarias.
 - e) É necessário buscar novas fontes de informação e mecanismos de incorporação de informações sobre óbitos, além de incluir novas metodologias para corrigir os dados sobre óbitos.
 - f) Está ocorrendo perda de Declaração de Óbito (DO) por não seguimento de fluxo operacional dos sistemas, e até nos serviços de saúde isso ocorre.
 - g) Há regiões no país em que é grande o volume de informações sobre óbitos não informados pelos fluxos regulares, mas disponíveis para serem captados por meio de informação não médica.
 - h) Discutir no comitê do SIM a questão da emissão da DO no IML de óbito ocorrido em outro município.
- **Problemas/comentários relacionados com qualidade**
 - a) As causas mal definidas, quando investigadas, podem ter distribuição diferente da distribuição de causas definidas.

- b) É necessário realizar, novamente, reuniões com os IML, buscando a melhoria da qualidade das informações por eles fornecidas, e promover a criação de Serviços de Verificação de Óbito (SVO).
 - c) É preciso normatizar a alteração de causas de óbito no banco de dados (identificando no banco quando isto ocorrer), definir a questão de incorporação ao banco de dados de óbitos notificados por fontes não previstas na atual portaria e divulgar as normas do setor na Internet.
 - d) É necessário cruzar as informações do SIM e do Sinasc.
 - e) O processo de avaliação de codificadores realizado em 2002 precisa ser divulgado.
 - f) É preciso trabalhar na formação de recursos humanos da área de saúde, por exemplo por meio da revisão de currículos dos cursos da área.
 - g) A implantação de núcleos de epidemiologia em unidades chave e a adoção de rotinas de verificação local dos dados (entrando em contato com médicos que preencheram as DO) podem melhorar a qualidade dos dados.
 - h) Foi salientada a integração entre os setores de controle/avaliação com a Epidemiologia, buscando a melhoria da qualidade das informações.
 - i) É importante a divulgação de roteiros de análise de bancos de dados para que as equipes técnicas validem seus dados localmente.
 - j) Os estudos realizados entre 2001 e 2002, relacionados à mortalidade infantil e integração com outros sistemas de informação em saúde, acabaram por validar os dados do SIM e do Sinasc.
 - k) O gerenciamento contínuo do sistema é necessário para manter e melhorar a qualidade do mesmo.
 - l) Os bancos de dados locais precisam ser validados com frequência (por exemplo: trimestral).
 - m) Os municípios silenciosos precisam ser monitorados.
- **Problemas/comentários relacionados com divulgação/utilização**
 - a) É necessário que as informações possam ser consolidadas por base territorial de utilidade para os municípios.
 - b) A questão de utilização de indicadores sobre óbitos evitáveis precisa ser esclarecida a partir de texto a ser apresentado pelo Centro Brasileiro de Codificação de Doenças (CBCD).
 - c) Há carência de campanha de mídia alertando para a importância das informações para a sociedade.
- **Outros**
 - a) Estados do Norte e do Nordeste não podem ser tratados como os demais, no que se refere ao SIM e ao Sinasc, pois as realidades são diferentes.
 - b) Há carência, perda e rotatividade de recursos humanos no setor.
 - c) Deveria haver uma oficina específica para o Sinan.
 - d) Há cartórios que ainda cobram pela certidão.
 - e) A impressão da DO precisa melhorar.
 - f) Os sistemas precisam ser percebidos como instrumentos de vigilância em saúde.

- g) É necessário formalizar a situação dos Comitês.
- h) O Conselho Federal de Medicina (CFM) poderia compor os comitês.
- i) Sistema de informação é fundamental para orientar as políticas públicas.
- j) As universidades têm relevante papel na avaliação dos sistemas e realização de pesquisas.
- k) Divulgação por meio da página da FUNASA de todas as leis/portarias que se relacionem ao registro de óbito e nascimento, obrigatoriedade do correto preenchimento, responsabilidade médica (CFM).
- l) Abrir canal de comunicação (via e-mail) com assessoria jurídica para consultas sobre problemas "legais" relacionados a DO e a DN.

4. RECOMENDAÇÕES

Foram destacados alguns problemas levantados na discussão, a fim de refletir sobre propostas de solução.

- Com relação à **alteração de causas de óbito** no banco de dados (identificando no banco quando isto ocorrer) foi consenso que é uma medida que deve ser prevista na revisão da portaria, salientando-se que deve ficar a cargo dos responsáveis pelos sistemas e que não serão utilizadas informações leigas.
- Com relação à adoção de uma "**notificação de óbito**" para captar óbitos (sem identificação de causa de óbito), destacam-se os seguintes pontos:
 - a) A nomenclatura DO epidemiológica é confusa e não deve ser usada, poderia ser adotada a expressão "notificação de óbito".
 - b) Não se deve desprezar a importância de haver uma DO adequadamente preenchida, por questões de cidadania.
 - c) Não é recomendável incorporar dados diretamente do Sistema de Informações de Ações Básicas (Siab) – (sem avaliação e investigação por equipe do SIM).
 - d) É preciso cautela para evitar duplicação.
 - e) Seria preciso identificar claramente no banco de dados que se destinam apenas para notificação.
 - f) Não se deve incluir causa de óbito, e não se deve, de maneira nenhuma, permitir a inclusão indiscriminada de dados.
 - g) Há que se indicar procedimentos mais detalhados para os locais sem cartório (particularmente na região Norte).
 - h) É preciso garantir que tal mecanismo não se transforme em rotina e que se defina tempo e local determinados de vigência, com metas acordadas entre os gestores do sistema e avaliadas sucessivamente.
 - i) Não se pode confundir a questão de aumentar a cobertura com a de detectar a causa básica em locais sem médico. A "notificação de óbito" é adequada apenas para aumentar a cobertura.
 - j) Deve haver responsabilização clara e normatização específica a respeito da "notificação de óbito".
 - k) Seria importante investir mais intensamente no registro, poderia ser delegado ao setor saúde o registro em cartório?.

- l) É importante adequar as ações de captação de óbitos de acordo com as características locais.
- m) É preciso verificar a necessidade de ajustar fluxos de informações às distintas realidades (particularmente na região Norte).
- n) A integração com o PSF pode ajudar nesse processo.
- o) O Cenepi precisa mapear (no âmbito de município) locais que enfrentam problemas relacionados à subnotificação e disponibilidade de informação não proveniente da área médica e apresentar proposta de solução.
- Com relação à **divulgação de dados** do SIM e do Sinasc pelo Cenepi, foi consenso que o Cenepi deve produzir CD-ROM no final de cada mês de agosto e que, havendo atualizações no banco de dados, é necessário informar em nota explicativa.

Antes de encerrar os trabalhos, o coordenador resumiu os principais temas discutidos, indicou que o relatório da oficina será amplamente divulgado e que as sugestões apresentadas serão consideradas pelo Cenepi, com apoio dos Comitês do SIM e do Sinasc, no planejamento de ações futuras.

PARTICIPANTES

Coordenador: Fábio de Barros Pereira Gomes - CGAIS/Cenepi

Apresentadores:

Ruy Laurenti - CBCD/USP: Aperfeiçoamento do SIM e Sinasc - situação atual.

Maria Helena Prado Mello Jorge - FSP/USP: SIM - Situação atual e problemas.

Márcia Furquim de Almeida - FSP/USP: Sinasc - Situação atual e problemas.

Debatedores:

Hélio de Oliveira	Cenepi
Ivana Poncioni de Almeida Pereira	Cenepi
Maria Helian Maranhão	Cenepi
Roberto Men Fernandes	Cenepi
Hélio Tadashi	Core/MG
Paulo Germano Frias	IMIP/PE
Silvana Granado	Fiocruz/RJ
Otaliba Libânio Morais Neto	SMS/Goiânia
Diana Nunes da Silva	SMS/Nova Olinda do Norte
Vera Lídia Alves de Oliveira	SMS/Curitiba
Sônia Gesteira e Matos	SMS/Belo Horizonte
Maria José Bezerra Guimarães	SMS/Recife
Paulo Recena Grassi	SES/RS
Jorgineide Costa de Souza	SES/RR
Jória Viana Guerreiro	SES/PB
Angela Maria Cascão	SES/RJ
Elisa Maria Nunes P. de Azevedo	SES/SP
João Baptista Risi Júnior	Opas/DF

HOMOGENEIDADE DE COBERTURAS VACINAIS

1. INTRODUÇÃO

A Oficina teve como principal objetivo analisar e redefinir estratégias para o alcance da homogeneidade das coberturas vacinais no país. Este momento proporcionou uma importante discussão da academia com o serviço, no que diz respeito às dificuldades de análise dos dados administrativos. É fundamental salientar a importância que o Programa Nacional de Imunizações tem investido no desenvolvimento de um programa de informação fidedigno que possibilite respostas às suas necessidades, além do tratamento adequado do registro de dados.

A análise dos indicadores tem demonstrado índices administrativos insatisfatórios em alguns municípios, muito embora a situação epidemiológica vivenciada no momento, seja indicativa de melhora significativa na redução da morbimortalidade infantil por doenças imunopreveníveis.

2. AVANÇOS E PROBLEMAS

Alguns problemas foram identificados no que diz respeito ao alcance da homogeneidade das coberturas vacinais, entretanto, foi consenso a necessidade de ser trabalhada a importância da informação gerada em cada sala de vacina. O papel do vacinador deve ser fortalecido, sua atuação deve ser analisada e revista, uma vez que a complexidade de sua rotina de trabalho impõe uma sistemática apropriação de conhecimento que permite a qualificação de sua prática e o entendimento de que as ações de vacinação são analisadas a partir da coleta dos dados registrados na sala de vacina.

Os sistemas de informação da saúde têm sua funcionalidade fundamentalmente determinada pela lógica administrativa, pagamento por produção, herança do ex-Inamps. Nesse aspecto, tem se investido na reversão do modelo, por meio da Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças Transmissíveis, que avalia o impacto pelos indicadores. É importante mudar a forma de olhar pela lógica epidemiológica - "se vacino, conquisto, teoricamente, a imunidade das pessoas e portanto alcanço o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis. É preciso entender que o registro do dado é uma informação que tem uma utilidade essencial, é um instrumento que avalia o meu fazer". É necessário fazer as pessoas entenderem que a vacina não deve ser administrada como outro medicamento que atende a uma prescrição, que o registro não é somente administrativo e burocrático, mais principalmente um instrumento que avalia o impacto das ações de imunização.

Os sistemas de informação do Programa Nacional de Imunizações foram ampliados e aperfeiçoados ao longo dos anos, com o objetivo de propiciar análise mais apurada dos dados e conhecer melhor a situação de cobertura vacinal e utilização de imunobiológicos por município. O PNI busca continuamente o aprimoramento da geração e análise dos dados captados nas salas de vacina, visando ampliar os indicadores de coberturas homogêneas a fim de reduzir bolsões de suscetíveis.

Com a finalidade de analisar de forma mais sistemática todos os aspectos inerentes à homogeneidade das coberturas vacinais, três grupos de trabalho concentraram o foco de discussão nos seguintes temas:

- Desenvolvimento/validação de novos instrumentos/indicadores/medidas de cobertura vacinal e homogeneidade de cobertura vacinal no país.
- Proposta para aperfeiçoar a qualidade de dados do numerador e denominador do indicador de cobertura vacinal.
- Estratégias operacionais para atingir homogeneidade de cobertura vacinal no país.

3. DESENVOLVIMENTO/VALIDAÇÃO DE NOVOS INSTRUMENTOS/ INDICADORES/ MEDIDAS DE COBERTURA VACINAL E HOMOGENEIDADE DE COBERTURA VACINAL NO PAÍS

- **Propostas para a instância municipal**

- a) Uso de informação de distritos censitários para avaliação de coberturas vacinais em níveis locais (intramunicipais).
- b) Cálculo de coberturas vacinais estratificados por faixa etária, estratos socioeconômicos, e outros.
- c) Padronizar o envio sistemático e periódico de dados de cobertura vacinal/ monitoramento e outros, da esfera municipal para a esfera estadual (elaborar formato padronizado e definir periodicidade).
- d) Uso de inquérito rápido de coberturas vacinais rotineiramente (de acordo com critérios locais) para identificar bolsões de baixa cobertura.
- e) Cálculo e análise periódica de taxa de abandono (DTP1-3 ou outros).
- f) Identificação de áreas de risco, pela avaliação local de cobertura vacinal (coberturas administrativas), taxas de abandono e inquérito rápido de coberturas vacinais.
- g) Orientar as ações de imunizações para as áreas de risco, priorizando problemas.
- h) Identificar/elaborar estratégias, contando com participação da comunidade e outras instituições, que sejam aplicáveis na instância municipal/local e que sejam direcionadas para os problemas priorizados (p.ex. melhorar acesso, diminuir abandono, diminuir perdas, minimizar oportunidades perdidas, outros).
- i) Reforçar a utilização de cartão espelho nas salas de vacinação.
- j) Programar busca de faltosos, principalmente nas áreas de atuação do Pacs/PSF.

- **Propostas para a instância estadual**

- a) Cálculo de coberturas vacinais em diferentes níveis de cobertura global, proporção de municípios com cobertura >95% e percentual de crianças <1 ano vivendo em municípios com cobertura <95%, para identificar bolsões de suscetíveis.
- b) Retroinformação mensal para o município de forma sistemática e padronizada (elaborar formato padronizado e criar uma análise padrão).
- c) Apresentação sistemática da análise dos dados para Bipartite, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde.
- d) Capacitação da esfera municipal quanto à análise e acompanhamento de indicadores nas diversas instâncias municipais.

- **Propostas para a instância federal**

- a) Apresentação sistemática da análise dos dados para a Tripartite, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.
- b) Elaboração de uma cartilha instrutiva contendo informações básicas, necessárias e importantes para o desenvolvimento, validação de indicadores e análise da homogeneidade de cobertura vacinal.
- c) Definição do fluxo e utilização da informação de cobertura vacinal (incluindo instrumentos padronizados).
- d) Avaliação dos indicadores de cobertura.

- e) Análise básica dos dados de cobertura.
- f) Elaborar uma instrução metodológica passo a passo de inquérito de cobertura vacinal, com sugestões de quando utilizar e a metodologia de análise.
- g) Inquérito rápido de coberturas - definir como e quando usar, quais os critérios para identificar as áreas, como estimar o número de monitoramentos a serem realizados por área/região e como utilizar os resultados para direcionar as ações.
- h) Avaliação dos dados para tomada de decisões.
- i) Retroinformação bimestral do registro de dados para as instâncias estaduais de forma sistemática e padronizada (elaborar formato padronizado e criar uma análise padrão).
- j) Cálculo de coberturas vacinais em diferentes níveis - cobertura global, proporção de municípios com cobertura >95% e percentual de crianças <1 ano vivendo em municípios com cobertura <95% para identificar bolsões de suscetíveis.
- k) Verificar, pela supervisão, se todos os estados/municípios estão fazendo uso correto dos instrumentos de registro de doses.
- l) Discutir/integrar com SPS/MS sobre como uniformizar os sistemas de informação de imunização (ex. Siab/SIA-SUS/Sigab/Sipni), assim como outras instituições.
- m) Implantar o uso dos sistemas de informação do PNI nas clínicas privadas de vacinação, como forma de sistematizar a entrada de dados, análise e relatórios, utilizando informação de base individual, garantindo a incorporação da informação destas clínicas.

4. PROPOSTA PARA APERFEIÇOAR A QUALIDADE DE DADOS DO NUMERADOR E DO DENOMINADOR DO INDICADOR DE COBERTURA VACINAL

- **Numerador**

- a) Implementar o instrumento padronizado.
- b) Manter permanentemente atualizado o instrumento que contenha todos os dados necessários para alimentar o SI-API.
- c) Validar novos instrumentos sempre que se fizer necessário.
- d) Estabelecer um padrão mínimo qualitativo e quantitativo de recursos humanos com capacitação para o sistema de informação.
- e) Estruturar a sala de vacina com recursos humanos adequados para o registro da informação e análise dos dados.
- f) Definir cronograma para capacitação, educação continuada e supervisão das salas de vacina em todas as atividades do PNI, principalmente no que diz respeito ao sistema de informação para garantir a qualidade do registro de dados.
- g) Programar supervisão sistemática e continuada na sala de vacina com revisão dos registros e análise dos dados, utilização do cartão espelho, fazendo monitoramento rápido para comparação com os dados disponíveis.
- h) Abolir registros paralelos.
- i) Adequar carga horária de recursos humanos de acordo com a demanda das salas de vacinação.
- j) Otimizar o tempo disponível para a busca de faltosos/atividades extramuros,

redução das oportunidades perdidas e investimento na utilização da comunicação social em todas as instâncias.

- k) Criar uma ferramenta no SI-API que possibilite o registro de dose de vacina administrada por local de procedência.
 - l) Compatibilizar doses distribuídas com registro de doses aplicadas, considerando as perdas técnicas.
 - m) Revisar registro de dados e comparar com número de doses aplicadas em diferentes fontes de informação.
 - n) Monitoramento rápido de cobertura vacinal para identificar áreas prioritárias.
 - o) Validar informação pelos inquéritos vacinais em áreas prioritárias.
 - p) Monitorar tendência dos dados e doses aplicadas.
 - q) Adequar tecnicamente recursos humanos da sala de vacina para reconhecimento da importância do registro, metodologia de análise local e do entendimento mais amplo sobre imunização.
- **Denominador**
 - a) Trabalhar com estimativa populacional do IBGE.
 - b) Ajustar o denominador pelo Pacs/PSF, nas áreas onde os programas têm 100% de cobertura.
 - c) Qualificar o denominador em relação a população, definindo uma referência territorial.
 - d) Estabelecer grau de confiança do denominador para o cálculo de cobertura vacinal.
 - e) Utilizar outros dados demográficos para fazer estudos comparativos.
 - f) Analisar 1ª dose de DPT para análise comparativa com outros imunobiológicos para mesma faixa etária.
 - g) Utilizar dado de campanha para avaliar cobertura vacinal no mesmo grupo etário, comparada a outras vacinas do calendário vacinal.
 - h) Melhorar a qualidade e ampliar a cobertura do Sinasc como dado demográfico para utilização em análise de cobertura vacinal.
 - i) Realizar inquérito de cobertura vacinal nacional, de base populacional e amostra representativa e com precisão para macrorregiões geográficas.

5. ESTRATÉGIAS OPERACIONAIS PARA ATINGIR HOMOGENEIDADE DE COBERTURA VACINAL NO PAÍS

- Realizar análise situacional do Programa de Imunizações no município quanto a:
 - a) Situação atual e suas necessidades.
 - b) Definição de metas e estratégias para o seu alcance.
 - c) Elaboração do projeto de trabalho, elegendo prioridades e estabelecendo um cronograma de atividades.
 - d) Análise do desempenho das ações.
- Apresentar projeto das funções, ações e atividades de imunizações ao gestor municipal, a fim de que a estruturação e o desempenho do programa seja inserido

na agenda política do município conforme recomendação pactuada entre Conasems e PNI, em dezembro de 1998.

- Instrumentalizar sistematicamente os gestores municipais, assegurando a análise das coberturas vacinais, acompanhando a situação, a fim de que possam contribuir, determinar e participar das decisões e intervenções necessárias.
- Realizar análise contínua e sistematizada, com monitoramento das coberturas vacinais por área de abrangência.
- Garantir o acesso da população em geral à sala de vacinação, sem restringir a abertura de frascos de vacina e ampliando horário de funcionamento: contínuo em dia útil sem intervalo para almoço e com a abertura de algumas unidades de vacinação em locais estratégicos nos dias de sábado.
- Mobilizar Pacs, PSF, Agentes de Saúde Pública por meio dos módulos de capacitação com informações técnicas e operacionais sobre o Programa Nacional de Imunizações.
- Promover oficinas internas nos serviços de saúde com a finalidade de que todos se responsabilizem pela saúde daquela população da área de abrangência da unidade de saúde, como estratégia para estimular o resgate da auto-estima dos profissionais de saúde.
- Capacitar os vacinadores para atender tanto às demandas técnicas como operacionais do programa de imunizações.
- Envolver a interdisciplinalidade e a intersetorialidade no conhecimento do programa de imunizações, incluindo-os nos cursos de capacitação técnica e articulando um programa de divulgação dos benefícios das suas ações na promoção da saúde e prevenção das doenças.
- Articular integração com outros setores dos serviços de saúde.
- Identificar, buscar e efetuar parcerias com formadores de opiniões que possam contribuir no processo.
- Socializar conhecimento no que diz respeito aos benefícios dos imunobiológicos e seus eventos adversos pós-vacinação.
- Envolver entidades de classe e estabelecer referências municipais para responder às demandas dos eventos adversos pós-vacinação.
- Elaborar um programa de comunicação para induzir e seduzir a população em todas as instâncias como parceiros nesse processo.
- Apresentar resultados para os poderes públicos dos municípios: Câmaras de vereadores, Conasems, Cosems, CIB, Câmaras Técnicas, Conselhos Municipais e Locais de Saúde, Associações de Moradores e outras organizações políticas e sociais, analisando a situação e discutindo estratégias.
- Firmar parceria com as secretarias estaduais e municipais de educação, inserindo informações sobre imunizações e seus benefícios no processo educativo da população - a criança apreende a informação e constrói o conhecimento de forma lúdica e passa a ser um ator de transformação no domicílio contribuindo para a educação da família.
- Discutir e propor ao sistema educacional do país a inserção de um conteúdo técnico sobre ações de prevenção nas escolas, focalizando a imunização como importante medida preventiva.

- Articular com as clínicas privadas para estabelecer fluxo de informações do registro de imunobiológicos administrados.
- Facilitar a flexibilização no tratamento diferenciado para situações especiais, por exemplo, populações indígenas e áreas de fronteira.
- Humanizar o atendimento dos serviços de saúde, especialmente nas salas de vacinação.

PARTICIPANTES

Coordenadora: Rosa Castália França Ribeiro Soares - Cgpn/Cenepi

Apresentadores:

Rosa Castália França Ribeiro Soares - Cgpn/Cenepi: Dados de Cobertura Vacinal e Análise de Homogeneidade no País.

Eduardo Luiz Motta - UFBA: Como Trabalhar Dados Demográficos para Cálculo de Coberturas Vacinais.

Marta Casagrande Kocher - SES/ES: Estratégias do Espírito Santo para atingir Maior Homogeneidade de Cobertura.

Rita de Cássia Barradas Barata - SES/SP: Inquérito de Cobertura Vacinal X Dados Administrativos - Experiência em Municípios de São Paulo.

Cristiana Toscano - OPAS: Superando a Limitação de Indicadores - A Experiência de Outros Países.

Relatoras:

Maria Tereza Schermann - SES/RS

Ana Maria Helfer - SMS/Belém/PA

Rosane Will - FUNASA/Core/BA

Debatedores:

Marília Ferraro Rocha

Maria Isabel do Nascimento

Jandira Aparecida Campos Lemos

Nilda Lucia Nunes Ivo

Simone Florentino Dinis Vitor

Barbara Cristina Marinho Sousa

Eugenio de Oliveira Barros Ms

Candida Maria Abrão de Oliveira

Clelia Maria S.Aranda

Samia Abdul Samad

Janete Belline de Oliveira

Regina Helena Peixoto

Cristina Lemos

Cgpn/Cenepi

SES/AM

SES/MG

SES/BA

FUNASA/Core/PE

DESAI/FUNASA

SMS/ Campo Grande/MS

IEC/FUNASA

SES/SP

Cgpn/Cenepi

Corems

SMS Fortaleza

SMS Rio de Janeiro

ORGANIZAÇÃO

DIRETOR

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

COMISSÃO ORGANIZADORA

Regina Lourdes de Souza Nascimento
Maria Clara Rillos Mendes
Lavínia Matos Dubanhevit
Aide de Souza Campagna
Ana Maria Johnson de Assis
Elza Helena Krawiec
Fabiano Camilo e Silva
Geraldo da Silva Ferreira
Ivenise Leal Braga
José Wellington de Oliveira Lima
Luciana de Carvalho Penna
Márcia Beatriz Dieckmann Turcato
Marcia Leite de Sousa
Márcia Moisés
Maria Dolores Duarte Fernandes
Maria Margarita Urdaneta Gutierrez
Maria Regina Fernandes de Oliveira
Osiris Benedito Mendes Batista
Oswaldo Freire de Farias Filho
Vilma Gomes de Medeiros Sobral

COMISSÃO CIENTÍFICA FUNASA

Maria Regina Fernandes de Oliveira
Carla Magda Allan Domingues
Eduardo Hage Carmo
Fabiano Geraldo Pimenta Junior
Fábio de Barros Correia Gomes
Fernando Ferreira Carneiro
Fernando Ribeiro Barros
Guilherme Franco Netto
Maria de Lourdes Sousa Maia
Regina Lourdes de Souza Nascimento
Rejane Maria de Sousa Alves
Rosa Castália França Soares
Walter Massa Ramalho

ORGANIZAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA CONVIDADOS

Antônio Carlos Silveira
Carlos Catão Prates Loiola
Eliseu Alves Waldman
Exedito José Albuquerque Luna
Jacira Azevedo Cancio
João Baptista Risi Júnior
José Olímpio Moura de Albuquerque
Lia Giraldo
Lorene Louise Silva Pinto
Luis Jacintho da Silva
Márcia Furquim de Almeida
Margarida Lira
Maria da Gloria Lima Cruz Teixeira
Maria Helena Prado de Mello Jorge
Paulo Chagastelles Sabroza
Pedro Luiz Tauil
Zulmira Hartz

COMISSÃO DE APOIO

Adriana Astorino
Ariedna Azevedo de Jesus
Claudia Lima Neves
Erivaldo Oliveira Nascimento
Francisco Claudenor Araújo da Silva
José Evaldo Correia
José Luis Mendes Jardim
José Paulo Nascimento Cruz
Maria de Fátima Faria Nunes
Mônica Damásio da Silva
Myrthes Pedrosa Almeida
Raphael Frazão
Rina Márcia Leite Dias
Rose Mary de Oliveira Barroso Magno
Simone Sacramento
Wagner de Castro Sena