

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Inovações e Desafios Vigilância em Saúde

Gestão 2011-2013



Brasília – DF • 2013

Inovações
e Desafios
Vigilância
em **Saúde**

Gestão 2011-2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

Inovações e Desafios Vigilância em Saúde

Gestão 2011-2013



Brasília – DF • 2013

© 2013 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – versão digital

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 134

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2889 / 3315-3382

Site: www.saude.gov.br/svs

E-mail: svs@saude.gov.br

Supervisão geral: Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Coordenação: Marta Roberta Santana Coelho e Sonia Maria Feitosa Brito

Elaboração e organização: Elcylene Leocádio

Colaboração: Daisy Maria Coelho de Mendonça e Juliana Crivelaro

Produção: Núcleo de Comunicação – Nucom/SVS

Diagramação e capa: Sabrina Lopes, Fred Lobo

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Site: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial

Normalização: Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI/SAA/SE

Revisão: Eveline de Assis e Khamila Silva – Editora MS/CGDI/SAA/SE

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Inovações e desafios : Vigilância em saúde : Gestão 2011-2013 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

80 p. : il.

ISBN 978-85-334-2056-4

1. Vigilância Epidemiológica. 2. Vigilância em Saúde. 3. Relatório de Gestão. I. Título.

CDU 616-036.22

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0618

Títulos para indexação

Em inglês: Innovations and challenges: Health Surveillance – Management 2011-2013

Em espanhol: Innovaciones y desafíos: Vigilancia de la Salud – Gestión 2011-2013

Apresentação	7
Vigilância em saúde: novos contextos, novos objetos	9
Desafios atuais... Um convite ao debate	12
Planejamento e gestão da agenda estratégica: 2011–2015	15
Definição de prioridades e gestão colegiada	17
Para uma cultura organizacional de fortalecimento do SNVS	19
Instâncias de assessoria técnica e de controle e avaliação	20
Aperfeiçoamento da gestão	23
Novos instrumentos	25
Aperfeiçoamento da informação em saúde	31
Avanços nos sistemas de informação	33
Inovações na vigilância de fatores de risco e de proteção	37
Produção de evidências	42
Fortalecimento de ações de prevenção e controle	45
Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis	46
Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora	49
Vigilância em saúde ambiental	50
Vigilância da influenza	52
Parcerias com a comunidade em ações de vigilância	54
Novas tecnologias e processos	55
Introdução de novas vacinas no calendário oficial	56
Inovações no controle de doenças transmissíveis	58
Qualificação para a vigilância em saúde	67
Respostas a emergências em saúde pública	69
Emergências em saúde pública exigem respostas compartilhadas	71
Preparação para suporte aos eventos de massa	72
Qualificação para respostas e cooperação em emergências em saúde pública	73
Referências	77
Créditos institucionais	79

A sustentabilidade do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) passa por caminhos de inovação e revisão de políticas que demandam uma cultura de planejamento, monitoramento e avaliação consolidada em todas as esferas de governo. Baseada nesse pressuposto, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), responsável pela coordenação do SNVS, a partir de 2011, vem desenvolvendo estratégias para fortalecer um modelo de gestão baseado em resultados, o que está em consonância com a gestão atual do Ministério da Saúde (MS).

Esta perspectiva exige a produção sistemática de evidências sobre as prioridades da agenda estratégica, maior grau de profissionalização da Vigilância em Saúde, assim como a ampliação de seu escopo no conjunto das políticas de saúde. Mantendo a fidelidade aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), esse caminho tem sido buscado em conjunto com estados, municípios e a participação da sociedade.

Neste documento, a SVS apresenta os principais desafios que enfrenta na atualidade; o processo de planejamento da agenda estratégica 2011 – 2015; ações para aperfeiçoamento da gestão; incorporação de novas tecnologias e preparação do país para responder as emergências em saúde pública, cada vez mais complexas e abrangentes.

Os resultados alcançados representam o trabalho coletivo desenvolvido por quem faz o SUS acontecer. A todas estas pessoas, a Secretaria de Vigilância em Saúde agradece o empenho e faz o convite para discutir as questões aqui apresentadas, acreditando que esse debate é essencial ao aperfeiçoamento do SNVS e à construção de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde que respeite as diferenças e a diversidade do Brasil.

Secretaria de Vigilância em Saúde

Vigilância
em Saúde
novos contextos,
novos objetos

Em décadas recentes, diversos fatores têm provocado a emergência de novos e mais complexos objetos que desafiam a vigilância em saúde nacional e internacional. Mudanças econômicas, políticas, de hábitos e de comportamentos, assim como a intensa urbanização e a mobilidade dos povos, contribuem ao aparecimento e à circulação de novos e mais complexos micro-organismos e à maior rapidez na propagação de doenças. A vigilância em saúde deve estar preparada para lidar com os maiores riscos inerentes ao processo de desenvolvimento e de globalização. Se as práticas existentes são incapazes de responder aos novos objetos, é preciso buscar novas tecnologias, processos e respostas.

No Brasil, em que pese o reconhecimento ao legado histórico da vigilância em saúde, que inclui a redução da carga de determinadas doenças e a eliminação de outras, ainda se está a dever respostas que produzam resultados mais rápidos e efetivos em relação a antigos problemas, como as doenças transmissíveis.

Diante dos novos e velhos problemas o Estado brasileiro precisa agir com determinação para fortalecer a estrutura e a organização dos serviços e aumentar a capacidade de resposta do SNVS. Isso exige esforços conjuntos e contínuos das três esferas gestoras e da sociedade para identificar os desafios e estratégias para enfrentá-los.

VIGILÂNCIA É INFORMAÇÃO PARA A AÇÃO

A compreensão do significado e da finalidade da vigilância em saúde evoluiu ao longo da história e nos dias atuais esta definição pode ser resumida em "vigilância é informação para a ação". Esta visão orienta o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 (RSI-2005) e a Portaria MS/GM nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que dispõe sobre responsabilidades e diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde, que nestes instrumentos é assim conceituada:

A vigilância em saúde abrange o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como a promoção da saúde.

Desafios atuais...

Detectar e responder adequadamente às emergências em saúde pública, preparando-se para o previsível e para o inusitado

Com os avanços científicos e os recursos disponíveis na atualidade, a sociedade não aceita mortes passíveis de serem evitadas. A segurança de todos depende da segurança de cada um, portanto, é preciso antecipar riscos para responder de forma apropriada e oportuna às emergências em saúde pública. Assim, é necessário que o sistema procure sair de sua zona de conforto para: descentralizar sua capacidade de resposta e atuar de forma integrada, inclusive com o setor privado; modernizar os processos de notificação e desenvolver melhores estratégias de comunicação de risco; ampliar a força de trabalho qualificada para lidar com situações de risco sazonais e com emergências; desenvolver planos flexíveis e capacidades de respostas ágeis e coordenadas.

Aperfeiçoar ações de prevenção e de controle das doenças transmissíveis para reduzir sua carga

No Brasil, as doenças transmissíveis ainda representam uma enorme carga social. É preciso acelerar a redução desta carga, ultrapassando o ritmo do processo natural dessas doenças. Isso envolve uma série de intervenções: fortalecer a coleta de dados, a produção de informações e as análises

epidemiológicas para dar suporte ao monitoramento e aos ajustes necessários às estratégias adotadas em cada esfera de gestão; investir em modelos que ofereçam respostas adequadas às doenças transmissíveis agudas e também às crônicas; e, em particular, fortalecer a articulação das ações de vigilância com a atenção em saúde, fomentando a implantação de redes integradas que envolvam a atenção primária, especializada e de alta complexidade.

Produzir evidências para gerar respostas aos novos objetos da vigilância em saúde

Neste campo destacam-se os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, os acidentes e as violências e os riscos ambientais. Para enfrentá-los é necessário desenvolver e implantar estratégias especiais para os grupos vulneráveis; pesquisar e introduzir rapidamente e de forma sustentável novas tecnologias e avaliar impacto, oportunidade e qualidade das ações de proteção, promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento. Alguns desses problemas requerem a articulação e a integração com órgãos externos ao setor saúde (segurança, justiça, trabalho, assistência social, direitos humanos), a exemplo da violência interpessoal e em particular da violência contra a mulher, de ocorrência majoritária no âmbito doméstico.

...Um convite ao debate

Para enfrentar esses desafios, questões centrais para o fortalecimento do SNVS precisam ser debatidas, cabendo aos gestores liderar este processo nos estados e nos municípios:

- abrangência da vigilância e sua articulação com as demais práticas de saúde, buscando-se o respeito às características de cada processo e sua singularidade;
- expansão e qualificação da vigilância em saúde no âmbito da atenção primária, especializada e de alta complexidade;
- responsabilização de cada gestor diante dos desafios e da busca de respostas que contribuam para superar a fragmentação dos programas de saúde;
- adoção de novos modelos de capacitação, metodologias apropriadas, inovadoras, com carga horária ajustada às necessidades de cada categoria profissional, possibilitando maior adesão aos cursos e treinamentos e melhores resultados para os serviços;
- difusão do conhecimento sobre vigilância em saúde para além dos setores especializados, incluindo nos eventos de capacitação em vigilância, profissionais da assistência da rede pública e da rede privada;
- participação da rede privada nas ações de vigilância em saúde; definição de responsabilidades, estratégias de qualificação, articulação e integração de ações;
- investimento na consolidação de processos de gestão e planejamento; na construção de agendas estratégicas, com objetivos, resultados e indicadores bem definidos; no aprimoramento de informações; e no monitoramento sistemático de resultados;
- criação de condições para a tomada de decisões rápidas e coordenadas, mantendo em constante aprimoramento o SNVS, ajustando sua capacidade de resposta aos objetos emergentes e de importância para a saúde pública.

13

Esses debates devem convergir para a construção de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde que reconheça as diversidades regionais e expresse as semelhanças e as especificidades das três esferas de governo.

Planejamento
e Gestão da
Agenda Estratégica
2011-2015

Definição de prioridades e gestão colegiada

Em janeiro de 2011, a Secretaria de Vigilância em Saúde iniciou o planejamento da Agenda Estratégica 2011–2015, definindo prioridades, resultados e indicadores. Esta iniciativa foi ao encontro do processo instituído pelo Ministério da Saúde, de gestão centrada em resultados e acompanhamento sistemático das políticas de saúde.

A Agenda do MS contém 16 objetivos estratégicos (OE), alinhados ao Plano Nacional de Saúde (PNS) e ao Plano Plurianual (PPA) 2012–2015. O alinhamento dos três instrumentos de governo resultou em diretrizes únicas, visando garantir o fortalecimento do SUS, a promoção e o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde.

Tabela 1. Instrumentos de Planejamento

Plano Nacional de Saúde	Ministério da Saúde	Plano Plurianual 2012–2015
1 objetivo	16 objetivos estratégicos	1 programa temático
16 diretrizes	131 estratégias*	16 objetivos
111 metas	582 resultados*	123 iniciativas
29 indicadores	98 prioridades*	45 indicadores

Alinhamento entre os instrumentos de planejamento

Fonte: Demas/SE/MS, 2013. *Atualizados em 2013.

A Secretaria de Vigilância em Saúde coordena as ações para “reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde (OE 02)”. Também fazem parte de sua Agenda Estratégica “garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável e fortalecendo as ações de promoção e prevenção (OE 06)” e “contribuir para erradicar a extrema pobreza no país (OE 16)”. Este último, é um objetivo transversal do governo federal.

No conjunto dos 74 resultados que a SVS acompanha, o Recorte Estratégico da Vigilância em Saúde (REVS) representa 43 resultados, entre os quais, estão incluídos 14 resultados do Recorte Estratégico do MS (REM). Os demais compromissos (31 resultados) estão relacionados ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), ao PNS, ao PPA e também a acordos internacionais, a exemplo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O acompanhamento inclui a análise do desenvolvimento das estratégias, a identificação dos pontos críticos e a definição de encaminhamentos para alcance dos resultados.

A gestão atual tem realizado ajustes na estrutura e no modelo de gestão da SVS, buscando consolidar uma cultura organizacional de planejamento estratégico, de monitoramento e de avaliação permanentes. Nas relações externas, a SVS atua no sentido de fortalecer a participação das demais esferas gestoras e de parceiros na definição e implantação das políticas. No que se refere ao fortalecimento do SNVS e das políticas de vigilância em saúde, o trabalho está organizado em torno de três eixos: o aperfeiçoamento da gestão; o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias e a preparação de respostas às emergências em saúde pública.

Conduzem esse processo, o Colegiado Executivo de Gestão e o Colegiado Ampliado,¹ instâncias deliberativas coordenadas pelo secretário. Esses colegiados, em reuniões semanais e mensais, respectivamente, monitoram e avaliam o desenvolvimento das estratégias, ações e resultados. Esse acompanhamento é realizado com base em um instrumento desenvolvido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (Serpro) para planejamento de ações de governo, o *software* livre "Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car)", ajustado para atender às necessidades do MS e coordenado pela Secretaria-Executiva.

A Agenda Estratégica da SVS é composta por prioridades, cujo alcance dos resultados esperados não exime os gestores da responsabilidade com a manutenção permanente de ações de controle, tratamento, recuperação, prevenção e promoção da saúde. Em síntese, cabe aos gestores do SNVS, a responsabilidade de identificar e de tratar com prioridade os problemas de maior relevância e magnitude; agir diante do que não faz parte da agenda estratégica de cada momento e construir capacidades para enfrentar todo tipo de emergência, previsível, sazonal ou inusitada, nacional ou internacional.

¹ O Colegiado Executivo de Gestão da SVS é formado pelo secretário e diretores, coordenadora de Planejamento e Orçamento, coordenadora de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços e assessores. O Colegiado Ampliado da SVS é formado pelo secretário e diretores, todos os coordenadores-gerais e assessores.

Para uma cultura organizacional de fortalecimento do SNVS

A SVS tem buscado desenvolver uma cultura organizacional que consolide mecanismos para o aprimoramento constante das políticas de vigilância em saúde, em que se destaca:

- ênfase no planejamento estratégico, acompanhamento rigoroso e atualização sistemática das agendas anuais e plurianuais;
- relações interfederativas fortalecidas, com definição compartilhada de funções, responsabilidades e recursos;
- maior articulação com a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e protagonismo do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS) na discussão, na formulação e na pactuação de políticas;
- suporte aos sistemas locais de vigilância em saúde, com visitas técnicas e também gerenciais para qualificação profissional, monitoramento e avaliação;
- políticas de vigilância em saúde institucionalizadas, com forte articulação e integração no âmbito do SUS, em sintonia com o Conselho Nacional de Saúde;
- garantia de espaços de participação de entidades científicas, de especialistas e de organizações da sociedade nas políticas de vigilância em saúde;
- forte atuação de comitês técnicos assessores em áreas estratégicas, com participação de especialistas, gestores e usuários;
- submissão das políticas à crítica da Comissão de Monitoramento e Avaliação do SNVS;
- articulação com o Congresso Nacional para fortalecimento das ações e políticas prioritárias;
- articulação com outros órgãos de governo para desenvolvimento de políticas intersetoriais e parcerias para enfrentamento conjunto de problemas que extrapolam o campo da saúde (a exemplo das violências), assim como para enfrentamento de emergências em saúde pública, em âmbito nacional e internacional;
- definição de uma agenda de cooperação internacional baseada em um modelo horizontal, que respeita a autonomia de todos os países, para desenvolvimento de tecnologias, intervenções, capacidades técnicas, treinamentos e intercâmbio para organização de respostas às emergências, suporte humanitário em catástrofes; doações permanentes ou eventuais de medicamentos, sob demanda dos países apoiados.

Instâncias de assessoria técnica e de controle e avaliação

Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS)

O GTVS é um grupo paritário, vinculado à Comissão Intergestora Tripartite (CIT), composto por três representantes do MS (SVS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa) e três do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). O GTVS atua na produção de consensos nos assuntos de interesse das três esferas de governo; na qualificação de instrumentos normativos referentes aos aspectos comuns dessas esferas; na avaliação técnica de propostas e de políticas elaboradas pelas áreas técnicas do MS, Conass e Conasems, que pressupõem pactos na CIT e na proposição de pautas para a Câmara Técnica da CIT que exigem pactuação em sua Assembleia. O GTVS cumpre as orientações da CIT no aprimoramento dessas propostas e atua, como foro consultivo em relação ao planejamento, à programação e à avaliação das ações de vigilância em saúde que envolvam a descentralização para estados e municípios.

Comitês Técnicos Assessores (CTA)

A Portaria MS/SVS nº 224, de 15 de julho de 2011, regulamenta o funcionamento e os procedimentos inerentes às atividades dos Comitês Técnicos Assessores da SVS, compostos por especialistas, gestores, representantes do Conass e do Conasems. Os Comitês têm como objetivo fortalecer as políticas, assessorando a SVS nos aspectos técnicos e científicos:

- da vigilância epidemiológica, do controle e da atenção à saúde dos pacientes com malária e dengue e para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública;
- do controle e da assistência à saúde dos pacientes acometidos pelas doenças em eliminação e na vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis;
- da Política Nacional de Controle da Tuberculose (TB); nas ações do Programa Nacional de Imunizações e dos Programas de Controle de HIV, aids e hepatites virais;
- na identificação de prioridades, formulação de diretrizes nacionais para a vigilância e a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco;
- da formulação, do monitoramento e da avaliação das políticas, dos programas e das atividades pertinentes ao fortalecimento da vigilância em saúde ambiental;
- do acompanhamento e da avaliação das ações coerentes com a atual política de saúde e com o plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis 2011–2022.

Comitês técnicos assessores instituídos entre 2011 e 2012

COMITÊ TÉCNICO ASSESSOR	PORTARIA
Hepatites virais	Portaria nº 225, de 22/7/2011
Imunizações	Portaria nº 232, de 25/11/2011
Malária	Portaria nº 01, de 12/1/2012
Dengue	Portaria nº 03 de 9/2/2012
Tuberculose	Portaria nº 04 de 9/2/2012
Vigilância em saúde ambiental	Portaria nº 09, de 2/5/2012
Doenças crônicas não transmissíveis	Portaria nº 14, de 28/6/2012
Hanseníase e doenças em eliminação	Portaria nº 32, de 16/10/2012
Subsistema de Vigilância de Doenças Transmissíveis	Portaria nº 38, de 18/12/2012

Comissão de Monitoramento e Avaliação do SNVS

A Comissão de Monitoramento e Avaliação reúne, anualmente, pessoas de notório saber das áreas integrantes do SNVS. Ela foi constituída com o objetivo de contribuir com o aperfeiçoamento permanente do SNVS e para a sustentabilidade e a institucionalização dos avanços obtidos na vigilância em saúde. Suas principais atribuições são: monitorar e avaliar o desempenho do SNVS e elaborar recomendações à SVS para corrigir insuficiências detectadas e proteger os avanços obtidos. Nesta gestão, a Comissão reuniu-se em fins de 2012.

Aperfeiçoamento da Gestão

A gestão das políticas de saúde é um processo dinâmico, que exige constante aperfeiçoamento e adaptação aos novos contextos. Em 2013, o SUS completa 25 anos, a população brasileira ultrapassa 200 milhões de pessoas, a tecnologia avança e as redes sociais trazem a discussão das políticas para a ordem do dia. A SVS, atenta ao contexto atual, pactua de novos instrumentos de gestão, aprimora os sistemas de informação e adota medidas para fortalecer políticas estratégicas.

Novos instrumentos

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011

O Decreto nº 7.508 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Destaques

- Fortalece o Sistema Único de Saúde ao regular sua estrutura organizativa, o planejamento, a assistência e a vigilância em saúde.
- Garante mais segurança jurídica às relações interfederativas e maior controle social.
- Favorece o entendimento do Ministério Público e do Poder Judiciário com relação às responsabilidades dos entes federativos.
- Define um acordo de colaboração entre os entes federativos, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), para promover a integralidade da atenção em saúde.

Cenário atual

A assinatura dos contratos está em curso e a SVS tem participado do processo de planejamento, definição dos indicadores e dos meios de monitoramento.

O tema "Agenda Federativa, para implementação do Coap", foi discutido em oficinas, com compartilhamento das experiências do Mato Grosso do Sul e do Ceará, que assinaram o Coap em 2012. Ainda está em discussão, a posição do MS com relação ao processo de organização regional e governança nas regiões de fronteira; o referenciamento interestadual e a articulação do subsistema de saúde indígena e o SUS.

O Coap prevê a oferta de ações e de serviços de vigilância, de promoção, de prevenção, de proteção e de recuperação da saúde em âmbito regional e interregional, definindo responsabilidades individuais e solidárias; indicadores, metas e critérios de avaliação de desempenho e de recursos financeiros e meios de controle e de fiscalização das ações e serviços.

Portaria MS/GM nº 1.378, de 9 de julho de 2013

A Portaria MS/GM nº 1.378 regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Destaques

- Preserva a lógica da composição dos estratos para alocação dos recursos e retoma a periodicidade mensal dos repasses financeiros.
- Pactua aumentos diferenciados para reduzir desigualdades acumuladas ao longo do tempo.
- Define dois componentes financeiros de vigilância em saúde: Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária. O componente da Vigilância em Saúde subdivide-se em: Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS).
- Estabelece que as alterações de estratégias ou atribuições que causem impacto financeiro adicional ou modificações na organização dos serviços serão pactuadas na CIT.
- Vincula o repasse financeiro à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc).
- Estabelece que diretrizes, ações e metas devem estar inseridas nos Planos de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão.
- Estabelece que demonstrativos das ações e resultados alcançados da aplicação dos recursos devem compor os Relatórios de Gestão e serem aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.
- Cria o grupo tripartite para discussão e elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde, coordenado pela SVS e com participação do Conass e do Conasems.
- Cria o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde para induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no âmbito municipal e estadual.

Tabela 2. Incremento anual total no Piso da Vigilância em Saúde, 2011–2013

Ações	2011 Autorizado R\$	2012 Autorizado R\$	2013 Autorizado R\$
Incentivo Vigilância em Saúde (Piso Fixo e Piso Variável)	1.481.134.700,00	1.660.200.000,00	2.066.000.000,00

Fonte: CGPLAN/SVS/MS.

Portaria MS/GM nº 1.708, de 16 de agosto de 2013

A Portaria MS/GM nº 1.708 regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos estados, Distrito Federal e municípios.

Destaques

- O PQA-VS instaura um movimento contínuo e progressivo de melhoria das ações de vigilância em saúde, incluindo gestão, processo de trabalho e resultados alcançados.
- A gestão é baseada em compromissos, resultados, metas e indicadores pactuados.
- O Programa é composto pelas fases de adesão e de avaliação. A adesão dos estados, Distrito Federal e municípios é voluntária.
- A adesão das Secretarias de Estado da Saúde (SES) somente ocorrerá quando, pelo menos, 60% dos municípios de seu território tiverem formalizado o Termo de Adesão.

27

Etapas do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

Adesão ao PQA-VS

- Assinatura do Termo de Adesão.
- Envio do Termo de Adesão à CIR para conhecimento e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação. A CIB encaminha à SVS/MS a relação dos municípios que aderiram ao PQA-VS.
- A Secretaria de Saúde do DF, após assinatura, encaminha o Termo de Adesão ao Colegiado de Gestão para conhecimento e posterior envio à SVS/MS.
- Os estados, DF e municípios que aderirem ao PQA-VS assumirão todos os compromissos expressos nas metas definidas no Programa. Os valores das metas definidas não poderão ser alterados pelo ente federativo que aderir ao Programa.

Avaliação do PQA-VS

- Extração dos dados existentes no banco nacional do sistema de informação correspondente a cada indicador pactuado.
- Comparação entre os resultados obtidos e as metas estabelecidas.
- Quantificação do número de metas alcançadas de acordo com a estratificação estabelecida pelo PQA-VS com base na população residente em cada município.

Para adesão ao PQA-VS, o Distrito Federal e os municípios devem assumir o compromisso de cumprir as metas acordadas. Na adesão, os entes federativos recebem um incentivo único. No desenvolvimento do programa, o volume de recursos a ser transferido para o Distrito Federal e para os municípios será definido pelo número de metas alcançadas. Quanto aos estados, os recursos serão repassados de acordo com a proporção de metas alcançadas pelo conjunto dos municípios.

Tabela 3. Indicadores e metas do PQA-VS

Indicador	Meta
Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em até 60 dias do final do mês de ocorrência.	90% de registros de óbitos alimentados no SIM em até 60 dias do final do mês de ocorrência.
Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no Sinasc em até 60 dias do final do mês de ocorrência.	Alimentar 90% de registros de nascidos vivos no Sinasc em até 60 dias do final do mês de ocorrência.
Proporção de salas de vacina do município alimentando mensalmente o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).	Pelo menos, 80% das salas de vacina do município com SI-PNI implantado, alimentando mensalmente o Sistema.
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas.	Alcançar cobertura vacinal preconizada em 100% das vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança.
Proporção de análises realizadas para o parâmetro coliformes totais em água para consumo humano.	Realizar, pelo menos, 90% do número de análises obrigatórias para o parâmetro coliformes totais.
Proporção de semanas com lotes do Sinan enviados.	Enviar, pelo menos, um lote do Sinan, semanalmente, totalizando um mínimo de 92% de semanas com lotes enviados no ano.
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação.	Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação.
Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento adequado até 48h a partir do início dos sintomas.	Iniciar, em 70% dos casos de malária, tratamento até 48h a partir do início dos sintomas.
Proporção de imóveis visitados em, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.	Realizar, pelo menos, quatro ciclos de visitas domiciliares com, no mínimo, 80% de cobertura em cada ciclo.
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	Realizar o exame em, pelo menos, 80% dos contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase.
Proporção de contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados.	Pelo menos 80% dos contatos de casos novos de tuberculose pulmonar bacilíferos positivos examinados.
Número de testes de sífilis por gestante.	Realizar, pelo menos, dois testes de sífilis por gestante.
Número de testes de HIV realizados.	Aumentar em 15% o número de testes de HIV realizados.
Proporção de preenchimento do campo "Ocupação" nas notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.	Preencher o campo "Ocupação" em, pelo menos, 90% das notificações de agravos e doenças relacionados ao trabalho.

Aperfeiçoamento
da **Informação**
em **Saúde**

As estratégias de melhoria das informações em saúde buscam responder à necessidade do SNVS de alcançar a excelência na captação de dados, a produção sistemática de Análises da Situação de Saúde (Asis) e maior agilidade na devolução de informações para os gestores e para a sociedade em geral. As ações realizadas incluem investimentos constantes para melhoria dos sistemas nacionais de informação; realização sistemática de inquéritos populacionais; e estímulo, por meio de editais públicos, à ampliação de parcerias para realização de pesquisas em áreas específicas, de interesse para a saúde pública.

Avanços nos sistemas de informação

Sistema de Informação sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Investimentos contínuos no SIM e no Sinasc têm apresentado resultados importantes nos últimos anos. Os dados captados passaram a ter cada vez mais consistência e os avanços situam o Brasil em um patamar de qualidade internacional.

Tabela 4. Avanços nos sistemas de informação de estatísticas vitais

SIM	Sinasc
Ampla cobertura no território nacional: 94%, em 2011, contra 91%, em 2000	
Redução de causas maldefinidas, passando de 13,5%, em 2004, para 6,9%, em 2011	Ampla cobertura no território nacional: 96%, em 2011, contra 93%, em 2010
Redução no tempo para consolidação final do banco de dados de 18 para 13 meses, em 2012	
Informação mais qualificada: variáveis importantes preenchidas na declaração de óbitos e na declaração de nascidos vivos	

Fonte: CGIAE/DANTPS/SVS/MS.

33

Investigação de óbitos infantis, fetais e maternos

A investigação dos óbitos infantis, fetais e maternos, prioridade de governo, registra avanços importantes nos estados e municípios. Com a descentralização, em 2008, a área de vigilância do município de residência é responsável pela coordenação da investigação domiciliar, ambulatorial e hospitalar, assim como a análise dos eventos ocorridos. Um grupo técnico de vigilância discute o caso com as equipes que participaram da assistência à gestante e os responsáveis têm 120 dias para concluir a investigação.

A SVS mantém o monitoramento *online* da investigação de óbitos, identificando necessidades de intervenção rápida e oportuna para evitar novos casos. E, a partir de 2010, em situações como a mortalidade infantil, os gestores podem acompanhar o banco de dados do SIM, utilizando o sistema como alerta para intervenções imediatas, caso o número de óbitos em dado momento supere o ocorrido no mesmo período do ano anterior.

Brasil registra aumento na investigação de óbitos de mulheres e crianças.

Os óbitos maternos e de mulheres em idade fértil investigados passaram de 55% (2009) a 83% (2011).

Os óbitos infantis e fetais investigados passaram de 13% (2009) a 63% (2011).

Novas ações

- Videoconferências mensais, realizadas desde maio de 2012, com a participação do ministro, secretários de Estado e das capitais. Discute-se a vigilância do óbito materno e infantil e o Programa Rede Cegonha, com vistas à implantação de políticas corretivas que corrijam os problemas identificados.
- Visitas gerenciais e de capacitação aos estados e aos municípios, realizadas com o objetivo de fortalecer os sistemas locais e de desenvolver a capacidade das equipes para produzirem análises que agilizem a tomada de decisões. Usa-se um roteiro criado em 2012 para análise de dados e estudos de casos clínicos. Em conjunto, vigilância e assistência, discutem e identificam as causas dos óbitos, os determinantes, os fatores que a originam e as medidas de prevenção de novos casos.
- Foram retomados os cursos de codificação de causa básica de óbito, direcionados a multiplicadores e a codificadores de estados e de municípios, com o objetivo de atualizar e de qualificar o SIM, assim como de ampliar o número de profissionais com essa formação no país.

Desafios do SIM e do Sinasc

- As desigualdades existentes no país indicam a necessidade de fortalecimento do SIM e do Sinasc, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. É importante garantir que todas as unidades da Federação concluam o processo de investigação até o fim de cada ano.
- Alcançar maior integração entre a vigilância e a atenção em saúde; maior profissionalização da vigilância; e maior qualificação das equipes para análise e uso das informações.
- Encontrar soluções para definir os indicadores dos municípios pequenos. Em torno de 3.900 municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, o que pode distorcer os resultados de alguns indicadores e, assim, a análise da situação de saúde local.

- Atingir uma boa cobertura SIM e Sinasc nas comunidades indígenas.
- Ampliar e fortalecer a vigilância do óbito infantil, fetal e materno entre as comunidades indígenas, por meio dos distritos sanitários especiais indígenas (Dseis), visando identificar os problemas locais, atendendo às particularidades da situação de saúde em todo o país.

Reestruturação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sinan, um dos mais importantes componentes do Sistema de Vigilância Epidemiológica, está em processo de reestruturação. O Sistema possui três interfaces – Sinan NET, Sinan *online* Dengue e Sinan Influenza – que coletam dados produzidos pelas três esferas gestoras do SUS. Os dados são constantemente atualizados, buscando-se um padrão de excelência em características como oportunidade, atualidade, disponibilidade e cobertura, essenciais a um sistema de informação em saúde. Em que pese suas qualidades, o sistema não disponibiliza as informações em tempo adequado para a tomada de decisão pelos gestores.

O novo Sinan está sendo construído com o intuito de unificar todos esses instrumentos e albergar, em um mesmo ambiente, o registro das notificações de doenças e agravos de notificação compulsória no país, inclusive com a possibilidade de notificação de casos por meio de dispositivos móveis, como *smartphones e tablets*. As mudanças estão em consonância com a reformulação do processo de vigilância em saúde executado pelas áreas técnicas da SVS, responsáveis pelas doenças e agravos, como a simplificação dos instrumentos de coleta, por exemplo. Em conjunto, as alterações visam à melhoria da qualidade dos dados gerados, assim como da oportunidade de notificação e de encerramento dos casos. Assim, amplia-se a capacidade de informação do sistema, condição necessária ao gestor para desencadear o processo “informação-decisão-ação”, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. Este trabalho está sendo acompanhado por um grupo técnico tripartite, com participação do MS, Conass e Conasems.

Implementação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

*2013 – Brasil comemora
40 anos do Programa Nacional
de Imunizações*

O PNI foi formulado em 1973 e regulamentado em 1975 pela Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). Ao longo de 40 anos, o PNI cumpre com sucesso a missão, sendo um dos programas de saúde mais bem avaliados pela população e reconhecido internacionalmente. Em 1994, foi implantado no país o Sistema de Informação sobre doses aplicadas de imunobiológicos, que fornece dados de coberturas vacinais por esferas gestoras. Em 2009, foi desenvolvido e está em processo de implantação o SI-PNI, caracterizado pela inovação no mecanismo de coleta de dados sobre vacinação, sobretudo do registro da situação vacinal do indivíduo e sua procedência, possibilitando avaliar a situação vacinal por grupos populacionais específicos, o agendamento de doses subsequentes, a busca ativa dos faltosos, entre outras situações individuais. O SI-PNI congrega, ainda, em uma única base de dados, informações sobre usuários de imunobiológicos especiais atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), o monitoramento dos eventos adversos pós-vacinação, além da movimentação usos e perdas de vacinas em cada sala de vacina do país. Em relação às campanhas, o registro da vacinação é realizado *online* permitindo monitorar o avanço das coberturas em tempo real.

36

Incentivo à implantação do SI-PNI

A Portaria MS/GM nº 2.363, de 18 de outubro de 2012, instituiu repasses financeiros, de R\$ 1.500,00, por sala de vacina, para a compra de equipamentos e a informatização das salas de vacina. O total de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi de R\$ 50.344.500,00.

Do total de 33.837 salas de vacina existentes no Brasil, em aproximadamente 60 dias, 33.563 (99,2%) aderiram ao SI-PNI.

Em 26 de agosto de 2013, 2.223 salas estavam utilizando o SI-PNI, o que correspondia a 822 municípios.

O SI-PNI representa um salto qualitativo em relação ao sistema anterior. Mas persiste o desafio de alcançar a efetiva utilização do sistema em todo o país. Sua importância reside no fato de que, com a informação individualizada, se pode obter informações mais precisas sobre a cobertura vacinal da população e gerenciar as salas de vacinas de modo a alcançar os resultados desejados.

*100 mil crianças vacinadas
no monitoramento rápido
pós-campanha de 2013*

Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal

Como estratégia complementar ao SI-PNI foi implantado o Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal, que já mostra resultados importantes. Essa metodologia, desenvolvida pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), consiste na realização de visitas domiciliares pós-campanha para a identificação e a vacinação de pessoas não vacinadas. Em 2011, pós-campanha de seguimento para manter a eliminação do sarampo e da rubéola, cerca de 100 mil doses da vacina tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba) foram administradas em crianças encontradas, não adequadamente vacinadas.

37

Inovações na vigilância de fatores de risco e de proteção

Os sistemas de informação do SUS são importantes fontes de dados sobre doenças e agravos não transmissíveis. Entretanto, são necessárias informações complementares para caracterizar o perfil de morbidade das doenças crônicas não transmissíveis, das violências e dos acidentes (causas externas). Para lidar com o crescente desafio dessas doenças e agravos, o MS realiza sistematicamente inquéritos específicos, com o objetivo de monitorar sua distribuição, magnitude e tendências, bem como fatores de risco e proteção. Os resultados fornecem subsídios para ações de promoção da saúde, da cultura de paz, de prevenção, de assistência e de enfrentamento de condições não saudáveis. Eles são realizados com o apoio de diversos parceiros, entre os quais: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério da Educação (MEC), a Universidade de São Paulo (USP).

Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, por Inquérito Telefônico (Vigitel)

51% da população brasileira, com 18 anos e mais, está acima do peso ideal. Porém, pratica mais atividade física, come mais legumes e hortaliças e fuma menos. Em seis anos, a parcela de fumantes caiu 20% no Brasil.

O Vigitel é realizado anualmente, desde 2006. Nas 26 capitais e no Distrito Federal, são realizadas entrevistas telefônicas com amostras probabilísticas da população adulta, com 18 anos e mais, residente em domicílios com telefone fixo. O inquérito tem como objetivos medir a prevalência de fatores de risco e de proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira e subsidiar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

Com relação à morbidade referida, aumentaram os índices de hipertensão e diabetes. Em 2006 e em 2012, respectivamente, 22,5% e 24,3% da população declarou diagnóstico prévio de hipertensão e 5,7% e 7,4%, diagnóstico de diabetes. A obesidade também aumentou, passando de 43%, em 2006, para 51%, em 2012. Nos três casos, os índices são maiores entre as mulheres, assim como nas populações com menos anos de estudo. A desagregação dos indicadores mostram desigualdades e especificidades que, em cumprimento aos princípios do SUS, merecem tratamento diferenciado pelas políticas públicas de saúde.

38

Desafios atuais

Encontrar estratégias para enfrentar o crescimento contínuo do excesso de peso, da obesidade, do consumo abusivo de bebidas alcoólicas e da diabetes, assim como os elevados índices de hipertensão. E, nesse contexto, buscar estratégias diferenciadas que alcancem os grupos mais vulneráveis.

Tabela 5. Destaques do Vigitel nas edições 2011 e 2012

2011	2012
54.144 entrevistas realizadas	45.400 entrevistas realizadas
14,8% dos adultos eram fumantes (18,1% homens e 12% mulheres)	12,1% dos adultos eram fumantes (15,5% homens e 9,2% mulheres)
48,5% estavam acima do peso	51% estavam acima do peso (54,5% homens e 48,1% mulheres)
15,8% obesos	17,4% obesos (16,5% homens e 18,2% mulheres)
34,6% consumiam carnes com gordura	31,5% consumiam carnes com gordura
20% dos adultos consumiam 5 ou mais porções diárias de frutas e hortaliças.	22,7% dos adultos consumiam 5 ou mais porções diárias de frutas e hortaliças (17,6 % homens e 27,2% mulheres)
14% dos adultos eram fisicamente inativos	14,9% dos adultos eram fisicamente inativos
30,3% praticam atividade física suficiente no tempo livre (150 minutos)	33,5% praticam atividade física no tempo livre (41,5% homens e 26,5 mulheres)
26,2% dos homens e 9,1% das mulheres (população adulta) havia feito uso abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias	27,9% dos homens e 10,3 das mulheres (população adulta) havia feito uso abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias
11,4% dos homens e 1,4% das mulheres relataram a condução de veículo motorizado após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica	12,6 % homens e 2,3% mulheres relataram a condução de veículo motorizado, após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólica
74,4% das mulheres de 50 a 69 anos realizaram mamografia	77,4% das mulheres de 50 a 69 anos realizaram mamografia (este percentual vem crescendo ano a ano e, em 2007, era de 71,1%)
81,8% de mulheres (25 a 64 anos) realizaram citologia oncológica	82,3% de mulheres (25 a 64 anos) realizaram citologia oncológica. Em 2007, este percentual foi de 82% e manteve-se praticamente estável

Fonte: Relatórios do Vigitel/SVS/MS 2011 e 2012.

Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)

As violências e os acidentes têm grande impacto socioeconômico sobre a vida de mulheres e homens e sobre as políticas de saúde. A vigilância destes eventos é essencial à formulação de estratégias para seu enfrentamento. Por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, com dois componentes: i) vigilância da violência interpessoal e autoprovocada, atrelado ao Sinan, o Viva contínuo e, ii) vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência, o Viva inquérito. A notificação é compulsória nos casos de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, conforme o Estatuto da Criança e Adolescente, o Estatuto do Idoso e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, sobre a Notificação de Violência contra a Mulher.

O Viva contínuo registra as notificações de violência doméstica, sexual, psicológica, moral, financeira, institucional, casos de tortura, tráfico de pessoas, trabalho infantil, negligência, abandono, contra homens e mulheres de todas as idades, com exceção de homens entre 20 e 59 anos. Entre janeiro e julho de 2013, 2.479 unidades notificadoras registraram, 61.829 casos de violência doméstica, sexual e outras violências.

Tabela 6. Viva contínuo – notificações 2009 a 2012

Desafio	Ano	Unidades notificadoras	Número de casos
Alcançar a meta de 9.000 unidades notificadoras no país, até o fechamento da base de dados do Sinan para 2013, que ocorrerá em setembro de 2014.	2009	2.079	39.976
	2010	4.196	73.794
	2011	5.898	107.530
	2012	8.425	162.885

Fonte: Viva/SVS/MS.

O Viva inquérito tem como objeto a análise de tendência das violências e acidentes, descrever o perfil das vítimas de violências dos acidentes atendidas em unidades selecionadas de urgência e emergência (unidades sentinela).

Em 2011, a pesquisa foi realizada em 25 capitais e 11 municípios. Durante 30 dias, em 105 serviços foram registrados 48.258 atendimentos por acidentes e violências, cuja grande maioria ocorreu na população negra (preta e parda). Quanto ao tipo de violência, 90% foram agressões e maus tratos e 10% lesões autoprovocadas. Os homens representaram 64,2% dos atendimentos por acidentes e 70,3% por violências. Nos atendimentos por violências, predominam as tentativas de homicídio com 90% dos casos. Estes dados não devem obscurecer a gravidade da violência contra as mulheres, que ocorre principalmente no espaço doméstico e são causadas pelos parceiros íntimos. Dos atendimentos por tentativa de suicídio (449) a maior parte, 54,8%, envolveu as mulheres.

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

*Destaques da PeNSE 2012 em saúde sexual e reprodutiva
28,7% dos jovens (18,3% das meninas e 40,1% dos meninos)
havia iniciado a vida sexual*

*69,7% dos entrevistados sabiam que era possível adquirir
preservativos no SUS*

89,1% dos adolescentes receberam orientação sobre DST e aids

82,9% receberam informações de como evitar a gravidez

75,3% usaram o preservativo na última relação sexual

A PeNSE é coordenada pelo MS, realizada em parceria com o IBGE, e conta com o apoio do Ministério da Educação (MEC). A pesquisa tem como objetivos, determinar a prevalência de fatores de risco comportamentais entre adolescentes; acompanhar as tendências dessas prevalências ao longo do tempo; criar evidências para orientar e avaliar o impacto de intervenções para a redução da prevalência destes fatores de risco e a promoção da saúde. A pesquisa é um importante instrumento para o desenvolvimento de políticas públicas na área da educação e de saúde para os jovens. A exposição a diversos fatores de risco comportamentais, com frequência, tem início na adolescência, como tabagismo, violência, consumo de álcool e outras drogas. É importante, portanto, conhecer o perfil dessa população para protegê-la, promover hábitos mais saudáveis e evitar doenças crônicas.

41

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

*Ministério da Saúde investe
R\$ 21 milhões na mais completa
pesquisa sobre as condições de saúde
da população brasileira*

A PNS, iniciada em agosto de 2013, é parte do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são responsáveis por 72% dos óbitos no Brasil. A iniciativa dá continuidade à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), realizada em 1998, 2003 e 2008. A meta é produzir novas informações sobre os hábitos alimentares, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, atividade física e fatores associados a comportamentos não saudáveis.

O estudo, iniciado em agosto de 2013, em parceria com o IBGE, deverá ser repetido a cada cinco anos. A amostra é composta de 80 mil domicílios localizados em 1.600 municípios. Serão feitas medidas antropométricas e da pressão arterial e

colhidas amostras de sangue e de urina de 20 mil pessoas. Os exames estão sendo analisados no Hospital Sírio-Libanês e vão diagnosticar diabetes, anemia falciforme, aumento do colesterol, alteração nos percentuais de creatinina, potássio e sódio. Se os resultados indicarem algum problema de saúde, a pessoa será encaminhada a uma unidade de saúde para receber acompanhamento médico. Com relação à dengue, a pesquisa mostrará o percentual da população brasileira que já entrou em contato com o vírus. Esta sorologia é importante para subsidiar, no futuro, a implantação da vacina no país. O material coletado vai compor um banco de soro humano para monitorar a doença no país, ficando disponível para universidades e institutos de pesquisas.

Do montante de R\$ 21 milhões (custo total da pesquisa), R\$ 15 milhões são destinados ao IBGE e R\$ 6 milhões, ao hospital encarregado pelos exames laboratoriais. Os primeiros resultados devem ser divulgados em 2014.

Produção de evidências

A produção sistemática e contínua de evidências é uma das estratégias para enfrentamento dos desafios atuais da vigilância em saúde, na qual a SVS tem investido com a publicação de editais de pesquisa em 2012 e 2013. Este chamado à comunidade científica é também uma oportunidade de fortalecer a pesquisa nacional e formalizar parcerias, com vistas ao uso efetivo das evidências científicas na resolução de problemas, assim como no planejamento e na gestão das ações de vigilância em saúde. Com esta ação, a SVS fomenta a realização de projetos diferenciados, de abrangência nacional ou multicêntrica, que contribuam de modo efetivo para o avanço do conhecimento, para a criação de produtos na vigilância em saúde e para o fortalecimento do SUS.

Edital Público nº 1, de 10 de abril de 2012

Resultado final: 53 projetos aprovados, totalizando R\$ 26 milhões de recursos investidos em pesquisas estratégicas

Em 2012, este edital de chamamento público para projetos de pesquisa contemplou seis áreas temáticas: vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis (com 18 subtemas); vigilância, prevenção e controle de doenças crônicas e agravos não transmissíveis (um subtema); vigilância ambiental (quatro subtemas); vigilância em saúde do trabalhador (três subtemas); análise da situação de saúde (dois subtemas); promoção da saúde (um subtema).

Edital Público nº 20, de 2 de julho de 2013

Foram aprovados 72 projetos em um conjunto de 251 submissões recebidas. Apresentaram propostas 146 instituições federais e 105 instituições estaduais privadas e sem fins lucrativos. Os recursos financeiros investidos são de aproximadamente 15 milhões.

Em 2013, foi ampliado o escopo dos projetos de pesquisa, sendo definidas como prioridade deste ano, as seguintes linhas temáticas:

hanseníase: efetividade do uso da quimioprofilaxia para prevenção; análise da transmissibilidade entre contatos;

malária: aceitação e adesão ao uso de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração; efetividade da distribuição desses mosquiteiros sobre a incidência da malária na Amazônia brasileira;

tuberculose: qualidade dos serviços de referência; efetividade das medidas de proteção social na melhoria dos indicadores programáticos;

dengue: análise dos fatores associados à subnotificação dos casos; identificação de métodos estatísticos para predição e detecção de epidemias;

vacinas: avaliação da qualidade dos registros de coberturas vacinais; avaliação da efetividade da vacina de coqueluche;

raiva: estudo da dinâmica da população canina no Brasil;

febre amarela: inquérito soropidemiológico em primatas não humanos mantidos em Centros de Triagem de Animais Silvestres em áreas de recente expansão da circulação do vírus da febre amarela no Brasil;

saúde ambiental: análise da associação existente entre indicadores de poluição atmosférica e desfechos na saúde humana;

trabalho: avaliação de experiências e ações em vigilância em saúde do trabalhador(a) desenvolvidas na APS para subsidiar linhas de cuidado e protocolos; magnitude da morbimortalidade relacionada ao trabalho no Brasil;

HIV/TB: efetividade de ações inovadoras para a prevenção da infecção do HIV, da coinfeção HIV/TB e das hepatites virais (B e C) em populações selecionadas;

doenças transmissíveis (DT): efetividade de ações inovadoras para vigilância, prevenção e controle das DT de importância para a Saúde Pública;

leishmaniose: fatores associados à urbanização da leishmaniose no Brasil;

custos: estimativa dos custos das ações implementadas pelo MS para vigilância, prevenção e controle da dengue, tuberculose, malária e da infecção por HIV/aids.

Foram apresentadas propostas em todas as áreas temáticas. Aproximadamente 70% foram relacionadas a doenças transmissíveis, saúde do trabalhador, dengue, leishmaniose, poluição e saúde, tuberculose e hanseníase e estimativa de custos de ações de vigilância.

Fortalecimento
de Ações
de Prevenção
e Controle

Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis

Plano de Ações Estratégicas 2011–2022

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo. Em setembro de 2011, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou uma reunião com a participação dos chefes de Estado para debater compromissos globais com o tema. Foram definidos pelos países e OMS 25 indicadores e nove metas globais.

No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de óbitos e atingem principalmente as populações mais pobres, com menor acesso à informação e serviços de saúde, ampliando as desigualdades sociais. Com vistas à ampliação do compromisso do Brasil com o tema, após amplo processo de consulta a diversos setores sociais, foi construído o Plano de Ação para o enfrentamento das DCNT no período de 2011 – 2022, que contempla os indicadores e metas globais, permitindo avaliações comparáveis da situação e das tendências nos países.

O objetivo do Plano de Ação brasileiro é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências, para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

Metas nacionais

- Reduzir a mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano.
- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes e deter o crescimento em adultos.
- Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool e do consumo médio de sal.
- Reduzir a prevalência de tabagismo em adultos.
- Aumentar a prevalência de atividade física no lazer e o consumo de frutas e de hortaliças.
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos e do exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos.
- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer.

Resultados do monitoramento

- Quatro metas do Plano são factíveis de serem alcançadas, haja vista os seguintes resultados: redução da taxa de mortalidade prematura de DCNT; redução da prevalência de tabagismo; aumento da cobertura de mamografia, nos últimos dois anos, na faixa de 50 a 69 anos e aumento da cobertura de Papanicolaou, nos últimos três anos, na faixa de 25 a 64 anos. Mas, a meta de deter o crescimento da obesidade em adultos parece ambiciosa: em 2011, atingiu apenas 15,8%.
- Houve avanços na vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco, no que destaca-se a importância da Pesquisa Nacional de Saúde no monitoramento das metas nacionais e globais.
- Em 2011, o MS assinou um termo de compromisso com representantes da indústria alimentícia, com a finalidade de estabelecer metas nacionais a serem alcançadas pelas empresas para a redução do teor de sódio em alimentos industrializados.
- Foram ampliados o Programa Academia da Saúde e do Programa Saúde na Escola.

Programa Academia da Saúde

Adotado pelo MS em 2011, o Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e redução dos fatores de risco para as doenças e condições crônicas, que ampliam o acesso da população à atividade física, especialmente dos grupos mais vulneráveis. O financiamento desta ação é compartilhado entre a SVS e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Cenário atual

Estágios da construção das Academias da Saúde, em 2013: 2.868 habilitados; 1.849 com obras em ação preparatória; 794 com obras iniciadas; 163 aptos a receberem recursos de custeio; 225 com obras concluídas.

Polos em funcionamento no país: 155, dos quais, 59 são custeados pela SVS.

Programa Saúde na Escola (PSE)

Uma articulação entre escola e unidade de saúde, com 50 mil escolas cadastradas e 17 milhões de escolares envolvidos nas ações de 2013

48

O PSE, instituído em 2007 pelo governo federal, é uma ação integrada do MS com o Ministério da Educação, voltada à assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Cenário atual

Como incentivo ao Programa foi publicada a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, que redefine regras e critérios para adesão ao PSE por estados, DF e municípios e dispõe sobre o incentivo financeiro para custeio de ações.

Em 2013, a campanha “Saúde e Educação Juntas no Mesmo Ritmo” levou 17 milhões de escolares a participarem da Semana de Mobilização Saúde na Escola, cujo foco estava voltado à prevenção da obesidade, ao problema crescente entre os jovens, e ao cuidado com a saúde ocular.

Em 2012, a Semana de Mobilização Saúde na Escola (1ª edição), foi dirigida à realização de avaliações nutricionais e orientação dos alunos das escolas públicas que aderiram à campanha.

Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora

O Conselho Nacional de Saúde aprovou, em maio de 2013, a realização da IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador

A Política de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, instituída pela Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, é um instrumento legal para fortalecer a vigilância, a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, assim como as ações para a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Os sujeitos desta política são todos os trabalhadores, homens e mulheres, de áreas urbanas ou rurais, independente de sua forma de inserção no mercado de trabalho: formal ou informal; de seu vínculo empregatício: público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado. São prioritários os grupos e pessoas em situação de maior vulnerabilidade, como os que estão em situações precárias de trabalho, de discriminação ou de maior risco para a saúde.

49

Ações priorizadas na implementação da Política

- Assessoria técnica aos estados e municípios e acompanhamento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), incluindo os dez voltados prioritariamente à população do campo e da floresta, com enfoque nas ações de vigilância.
- Articulação com o Departamento de Atenção Básica (DAB) para a incorporação do conhecimento da relação saúde-trabalho nas práticas de atenção primária.
- Aperfeiçoamento da articulação intersetorial, em especial, com os ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social; e do diálogo com os representantes dos trabalhadores nas instâncias do controle social do SUS, com as centrais sindicais e com as categorias de trabalhadores, como os trabalhadores rurais, para melhor tratamento e encaminhamento das suas demandas.
- Qualificação profissional por meio de cursos de Especialização e Mestrado, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Cenário atual da atenção à saúde do trabalhador

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) inclui 210 Cerest e uma rede sentinela com mais de 7.500 serviços para diagnóstico de acidentes e de doenças relacionados ao trabalho e notificação ao Sinan.

Desafios atuais

Integrar as ações voltadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora à atenção primária; incluir procedimentos de vigilância em saúde do trabalhador no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); aprimorar os mecanismos de monitoramento dos Cerest e fortalecer a gestão da Renast.

Vigilância em saúde ambiental

Portaria MS/GM nº 2.938, de 20 de dezembro de 2012, destina R\$ 22.700.000,00 à estruturação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

50

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) é definida como um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e de controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

Principais estratégias

- Fortalecimento da vigilância da qualidade da água para consumo humano, visando à ampliação da oferta da água em conformidade com o padrão de potabilidade estabelecido pela Portaria MS/GM nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011.
- Fortalecimento da vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos, com repasse financeiro (parcela única) para sua estruturação em todas as UF, estabelecidos por meio da Portaria MS/GM nº 2.938/2012.
- Fortalecimento da vigilância em saúde de populações expostas a poluentes atmosféricos, com definição de indicadores de exposição, efeito e processo para a estruturação do painel da Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade do Ar (Vigiar).

- Fortalecimento da vigilância em saúde dos riscos associados a desastres, com a construção dos Planos de Contingência de Resposta às Emergências por Inundação e por Seca, que estão sendo alinhados ao Plano Nacional de Resposta a Emergências em Saúde Pública.
- Fortalecimento das ações de qualificação profissional, com ênfase na modalidade de educação à distância.

Cenário atual

- 3.076 municípios (55%) realizam a vigilância da qualidade da água para consumo humano (cadastro, controle e vigilância).
- 18 secretarias de Estado da Saúde elaboraram a Proposta Estadual de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos.
- Em 25 UF, 100% dos municípios preencheram o Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco.

Desafios

- Elaborar novo plano de vigilância da qualidade da água para consumo humano.
- Fortalecer a vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos por meio da notificação, investigação e monitoramento dos casos.
- Aprimorar a articulação com os Serviços de Informações Toxicológicas.
- Apoiar as UF na elaboração dos Planos Estaduais de Emergência em Saúde Pública e assessorar a elaboração dos Planos Municipais de Contingência de Resposta às Emergências por Inundação.

Vigilância da influenza

*“Quem lembra da vacina se protege da gripe”
Campanha Nacional de Vacinação contra a gripe,
em abril de 2013, alcança 91,39% de cobertura
vacinal nos grupos elegíveis e ultrapassa a meta
de 80% (dados parciais, 1º/8/2013).*

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela, que conta com uma rede de unidades de Síndrome Gripal (SG) e de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) distribuídas em todas as regiões do país e pela vigilância universal de SRAG. Os dados são coletados por meio de formulários padronizados e inseridos nos sistemas de informação *online*: Sivep-Gripe (Registro Sentinela) e Sinan Influenza Web (Notificação Universal).

Em 2011, considerando-se necessidade de se ter um Sistema de Vigilância de Influenza mais robusto, foram realizadas mudanças com os seguintes objetivos: identificar vírus respiratórios circulantes no Brasil para adequar a Vacina de Influenza Sazonal no Hemisfério Sul; garantir representatividade mínima da circulação viral em todos os estados; garantir maior oportunidade para o diagnóstico precoce da introdução de novos subtipos virais; identificar diferenças na etiologia viral em casos graves, moderados e leves; realizar isolamento de espécimes virais e caracterizá-los fenotipicamente de maneira oportuna; identificar possíveis diferenças na patogenicidade e virulência dos vírus respiratórios em cada período sazonal, visando a orientação terapêutica de acordo com o agente, de forma a reduzir a morbimortalidade; verificar eficácia vacinal e definir grupos prioritários para vacinação.

A Portaria nº 2.693, de 2011, republicada em 26 de abril de 2012, definiu critérios e incentivos financeiros da ordem de R\$ 12.5000,00 para implantação do novo modelo.

A meta é ter em funcionamento 359 unidades de Vigilância Sentinela até o final de 2013. Sendo 109 unidades novas para Vigilância de SG, que se somam às 59 pré-existentes, e 150 unidades de Vigilâncias Sentinelas em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Atualmente conta-se com 208 unidades sentinelas em funcionamento, distribuídas nas regiões: 30 (Norte), 41 (Nordeste), 44 (Sudeste), 81 (Sul) e 12 (Centro-Oeste). Estas são medidas inovadoras para a detecção de SARG, que garantem sua vigilância universal.

Cenário atual

- Aumento da coleta de amostras para vigilância de SG e SARG. Até outubro de 2013 foram colhidas 14 mil amostras, quase o dobro do realizado em 2011.
- Ampliação e modernização da capacidade laboratorial. O número de laboratórios aptos a realizarem o diagnóstico da Influenza por biologia molecular passou de sete em 2010 a 17 em 2013, sendo 14 Lacen e os três Laboratórios de Referência Nacional. Sendo prevista a expansão da vigilância da influenza, foram adquiridos 100 mil testes de RT-PCR para influenza e 40 mil testes para os demais vírus respiratórios.
- O antiviral fosfato de oseltamivir foi incluído no componente estratégico, integrando o elenco dos medicamentos a serem fornecidos continuamente pelo MS aos estados e municípios. A distribuição de tratamentos passou de aproximadamente 1,1 milhão em 2009 a 2,2 milhões em 2013. O medicamento está disponível na rede pública e privada.
- O Protocolo de tratamento de influenza foi revisado em 2011 e em 2013. Foi ampliada a indicação do antiviral para indivíduos com fator de risco para complicações; destacou-se a importância do tratamento oportuno da SG e da SRAG; foram redefinidas condutas, indicações de quimioprofilaxia e medidas de controle.
- Realização de curso em modalidade EAD para médicos e outros profissionais de saúde que atuam na rede de assistência, com objetivo de reforçar o manejo correto de pacientes com influenza de acordo com protocolos atualizados, que capacitou cerca de 3.800 profissionais.
- Para lidar com a sazonalidade da influenza em 2013, foram realizadas videoconferências semanais com os estados mais atingidos.
- Em reunião com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento foram definidos pontos focais para a rotina de fluxos de troca de informações sobre rumores ou casos de influenza.
- O MS disponibiliza semanalmente no Portal da Saúde boletins atualizados sobre influenza.

53

Desafios atuais

- Garantir a continuidade dos investimentos para aperfeiçoar a rede assistencial, aumentar a detecção de casos suspeitos; divulgar amplamente e ampliar a indicação do fosfato de oseltamivir de acordo com o protocolo de tratamento para casos de influenza.
- Intervir na cultura da população em geral, assim como dos profissionais de saúde, de modo que o risco de influenza seja devidamente valorizado.

Parcerias com a comunidade

Edital nº 19, de 10 de junho de 2013

Ministério da Saúde amplia a participação da sociedade em ações de vigilância, prevenção e controle das DST, HIV/aids, hepatites virais, tuberculose, hanseníase, malária e dengue.

A participação da comunidade é essencial em programas de saúde cujo desempenho tem forte influência de comportamentos, crenças, atitudes. Esta seleção inova pela abrangência da proposta, cujo objetivo é ampliar o alcance das ações de prevenção, estímulo ao diagnóstico precoce e redução do estigma e da discriminação de populações vulneráveis. O Edital destina-se a organizações privadas, sem fins lucrativos e deve contribuir para a vigilância, prevenção e controle das DST, HIV/aids, hepatites virais, TB, hanseníase, malária e dengue. As intervenções podem ser em âmbito municipal, estadual, regional ou nacional e devem estar de acordo com os objetivos da Agenda Estratégica da SVS/MS. As ações devem ser realizadas em articulação com os serviços públicos de saúde.

54

Eixos temáticos

Ações de base comunitária e educação em saúde que visem resultados no campo da vigilância em saúde, da prevenção e da promoção da saúde, com ênfase na ampliação do diagnóstico; articulação com as redes de atenção em saúde e proteção social; redução do estigma e da discriminação de populações mais vulneráveis, relacionados com a condição de saúde, desigualdade de gênero, orientação sexual e raça.

Ações de incentivo à participação e à mobilização comunitária nas políticas de saúde, contribuindo para a melhoria da organização dos serviços públicos, da vigilância em saúde e do controle social, com ênfase na divulgação de informes à sociedade, aos profissionais de saúde e às populações vulneráveis relativas à vigilância, à prevenção e ao controle das doenças indicadas neste edital; ampliação da atuação dos Conselhos de Saúde no monitoramento e na avaliação dos Relatórios Anuais de Gestão, com foco nas doenças indicadas neste edital.

Os projetos financiados poderão concorrer à premiação de melhor execução das ações e serem apresentados na Mostra de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi).

Novas
Tecnologias
e Processos

Introdução de novas vacinas no calendário oficial

A introdução de novas vacinas aos calendários de vacinação do Programa Nacional de Imunização (PNI) é pautada por critérios epidemiológicos (prevalência e incidência da doença e o impacto sobre a morbimortalidade), imunológicos (duração da proteção e a eficácia da vacina), operacionais (capacidade e adequação da Rede de Frio das três esferas de governo); socioeconômicos (relação entre os benefícios da vacina à saúde e os custos da doença, e garantia dos recursos financeiros, humanos e materiais), tecnológicos e legais. Todas as estratégias de implantação são discutidas nos diversos fóruns de gestão e pactuação do SUS.

O PNI distribui aos usuários do SUS, 42 tipos de imunobiológicos usados na prevenção e no tratamento de doenças, sendo 25 vacinas, 13 soros heterólogos (imunoglobulinas animais) e 4 soros homólogos (imunoglobulinas humanas).

Tabela 7. Atualizações do calendário vacinal entre 2011 e 2013

Introdução de novas vacinas	
2012 Pentavalente	Para crianças menores de 5 anos de idade Difteria, tétano e pertussis, hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae B</i> (conjugada)
2012 VIP	Para crianças menores de 5 anos de idade Vacina poliomielite inativada 1, 2 e 3
2013 Tetraviral	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela – 9 meses de idade
2013 Varicela	Substitui a segunda dose da vacina tríplice viral para as crianças de 15 meses de idade
Ampliação de faixa etária ou grupo prioritário	
2011 Hepatite B	Ampliação faixa etária – pessoas entre 20 e 24 anos de idade
2011 Influenza	Ampliação do grupo prioritário – inclusão dos trabalhadores de saúde das Unidades Básicas que fazem atendimento para influenza; população privada de liberdade
2012 Hepatite B	Ampliação da faixa etária para 25 e 29 anos de idade
2012 Rotavírus	Ampliação da faixa etária para a administração da segunda dose – 7 meses e 29 dias
2013 Hepatite B	Ampliação da faixa etária para 30 e 49 anos de idade
2013 Tríplice viral	Ampliação da faixa etária até 49 anos de idade
2013 Influenza	Ampliação do grupo prioritário: puérperas e grupo com comorbidades

Fonte: CGPNI/Devit/SVS/MS.

Inovações no controle de doenças transmissíveis

Teste rápido e novos processos terapêuticos

A incorporação de testes rápidos para diagnóstico na rotina dos serviços atende ao direito das pessoas de conhecerem o seu estado de saúde; amplia o acesso da população às ações de saúde e, reduz o intervalo entre a detecção de um dado problema e os encaminhamentos adequados de orientação, apoio ou tratamento. Uma vantagem desses testes é a facilidade de manejo. Todavia, eles exigem que o gestor organize a rede de saúde e qualifique os profissionais para a resposta oportuna aos usuários. Por sua vez, os novos processos terapêuticos respondem à necessidade de se acompanhar os avanços tecnológicos, de reduzir o tempo dos tratamentos e de aumentar sua efetividade, o que representa vantagens para quem adoece e para o sistema de saúde.

Inovações no controle do HIV/aids, sífilis e hepatites B e C

A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, integra o conjunto de estratégias do MS para qualificar e ampliar o acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis. Esta estratégia também faz parte do projeto "Rede Cegonha", visando à redução da transmissão vertical.

58

Diagnóstico e tratamento da sífilis

Normatização do teste rápido e tratamento da sífilis foi objeto da Portaria MS/GM nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o fluxograma laboratorial e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais. Em 2012, o MS massificou a distribuição do TR/sífilis na rede assistencial, mas a realização do teste e o tratamento imediato com penicilina, na rede básica, ainda não estão consolidados, o que é fundamental para a eliminação da sífilis congênita.

Desafios atuais

Ampliar o diagnóstico oportuno e o tratamento da sífilis no período gestacional, a testagem do parceiro e o tratamento para evitar a reinfeção da gestante e do bebê. A grávida com sífilis deve ser tratada com penicilina, único medicamento capaz de tratar a mulher e o bebê. Mas os profissionais de saúde têm dificuldade de assumir a aplicação da penicilina em postos de saúde.

Ações de reforço à eliminação da sífilis congênita

- Está em curso a elaboração da estratégia para ampliar o uso da penicilina na Atenção Básica, a partir de experiências bem-sucedidas.
- Foi realizada a seleção dos cem municípios prioritários que apresentaram as maiores taxas de incidência de sífilis congênita, em 2011.
- Foi criado, pela Secretaria-Executiva, um grupo de trabalho para que as ações relacionadas à testagem de sífilis sejam ampliadas na Atenção Básica.

Teste Rápido para HIV/aids

O TR para diagnóstico do HIV/aids pode ter o resultado em até 30 minutos, o que permite sua realização no momento da consulta e que a pessoa receba aconselhamento pré e pós-teste, no mesmo momento do exame. Este teste é preferencial em locais de difícil acesso, em gestantes que não fizeram acompanhamento pré-natal e em acidentes no trabalho.

O TR HIV/aids é de fácil execução, não necessitando de estrutura laboratorial e apresenta desempenho igual aos testes tradicionais, utilizados na rotina do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV. O TR define o diagnóstico, portanto, os gestores devem avaliar a capacidade da rede local instalada e prepará-la para responder de modo oportuno em caso de diagnóstico positivo. O teste ainda precisa de regulamentação para que profissionais da Atenção Básica possam realizá-lo em toda a rede. Nesse sentido, está sendo elaborada uma portaria com a finalidade de flexibilizar a utilização do teste rápido nos serviços de saúde e também em organizações da sociedade civil.

Entre 2010 a 2012, o diagnóstico tardio de HIV caiu de 30,5%, para 28,6% e até maio de 2013, essa proporção estava em 26,2%. A infecção pelo HIV está sendo diagnosticada mais precocemente, porém, persiste o desafio de se levar a população a compreender a importância de conhecer precocemente o estado sorológico com relação ao HIV.

A implantação dos testes rápidos para HIV/aids e dos tratamentos oportunos somente serão possíveis por meio da cooperação, da sensibilização e do trabalho interfederativo de gestores, de profissionais de saúde e de usuários do SUS.

Tabela 8. Testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites distribuídos entre 2005 – 2013

Ano	HIV ¹	Sífilis	HBsAg	Anti-HCV
2005	509.180	–	–	–
2006	579.640	–	–	–
2007	1.225.175	–	–	–
2008	1.754.335	–	–	–
2009	2.446.380	–	–	–
2010	1.680.940	–	–	–
2011	2.307.615	31.500	15.000	15.000
2012 ²	3.750.400	1.126.235	759.200	755.900
2013 ^{3,4}	1.559.030	723.110	402.600	315.180

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

¹Inclui a plataforma DPP, que substitui o Stat Pack; ²Início do Projeto Cegonha. Os totais de 2012 foram ajustados em 7/2/2013; ³Distribuições de jan. a jun./13; ⁴Considera as mobilizações.

Teste Rápido para Hepatites B e C

Os testes rápidos para hepatites B e C foram incorporados ao SUS em 2011, sendo oferecidos inicialmente nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) das capitais do país. No mesmo ano foi publicado pelo MS o *Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)*.

As hepatites virais têm grande impacto sobre a saúde pública em todo mundo. A perda da qualidade de vida do paciente e os gastos no SUS requerem esforços para desenvolver medidas eficazes de promoção à saúde, na vigilância, na prevenção e no controle desses agravos. Nesse sentido, uma estratégia eficaz é a implantação dos testes rápidos para triagem das hepatites virais (B e C). Eles são práticos, de simples execução e não necessitam de equipamentos para leitura.

Tratamento de hepatite crônica C com Inibidores de protease (IP)

A infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) é uma das maiores causas das hepatites crônicas, cirrose e hepatocarcinomas. A hepatite C é a primeira causa de transplante hepático no mundo. Este vírus apresenta seis genótipos diferentes, sendo majoritária (mais de 60%) a infecção pelo genótipo 1, no Brasil e no mundo. A prevenção de complicações e eliminação do vírus no sangue é o objetivo primário do tratamento.

Nos últimos anos, ensaios clínicos utilizando agentes antivirais de ação direta sobre o HCV, têm mostrado que os inibidores de protease são uma estratégia eficaz para o tratamento do genótipo 1. Os primeiros IP para tratamento do HCV,

Boceprevir e Telaprevir foram recentemente registrados na Anvisa, permitindo sua introdução no arsenal terapêutico nacional. Essas duas medicações bloqueiam a replicação do vírus. Para a prescrição e o uso adequados destes medicamentos, no entanto, é necessário a preparação da rede e qualificação das equipes de saúde, responsabilidade de todos os gestores.

Em 2013, o MS definiu o fluxo de dispensação dos inibidores da protease para tratamento da hepatite crônica C, com a Nota Técnica Conjunta nº 01/2013, emitida pela SVS e pela SCTIE. Estes medicamentos foram incorporados ao SUS com a Portaria SCTIE/MS nº 20 de 25/7/2012.

Inovações no controle da tuberculose

Em 2012, no Brasil, foram notificados 70.047 casos novos de tuberculose ao Sinan (coeficiente de incidência de 36,1/100 mil habitantes). Segundo a OMS, o Brasil ocupa a 17ª posição em relação ao número de casos e a 111ª, em relação ao coeficiente de incidência.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem investido em estratégias e ações inovadoras, com o objetivo de identificar pessoas infectadas, de realizar o diagnóstico precoce e o tratamento até a cura, interrompendo assim a cadeia de transmissão.

Principais estratégias e ações do PNCT

- Incorporação de novos métodos de diagnóstico (teste rápido) e tratamento (inclusão do etambutol no esquema terapêutico).
- Publicação de recomendações para desenvolvimento de políticas de controle do tratamento diretamente observado (TDO).
- Descentralização das ações para a Atenção Básica.
- Estruturação de equipe de monitoramento e avaliação para a melhoria da gestão nas esferas estaduais e municipais.
- Inclusão da TB em todos os pactos de gestão.
- Maior articulação intra e interinstitucional.
- Prioridade para as populações mais vulneráveis.
- Fortalecimento da mobilização social: criação de fóruns de organizações não governamentais e comitês metropolitanos de controle da TB.
- Articulação com os movimentos sociais e com o Congresso Nacional: em 2012, foi criada a Frente Parlamentar da Tuberculose e, em 2013, a Subcomissão de Doenças Determinadas pela Pobreza. Essas frentes têm papel importante na captação de recursos para desenvolvimento das ações do PNCT.

Teste Rápido para Tuberculose

Há 120 anos não se registravam mudanças no diagnóstico da tuberculose. Além de inovador, o teste rápido incorporado pelo SUS oferece inúmeras vantagens, técnicas (ver tabela a seguir) e gerenciais. Os resultados do estudo de implementação do teste rápido no Rio de Janeiro e em Manaus, em 2012, mostraram que sua utilização promoveu um incremento de mais de 40% no número de casos diagnosticados laboratorialmente nesses municípios. Está prevista a implantação do TR/TB em 32 municípios até dezembro de 2013 e mais 37 até dezembro de 2014, totalizando 69 municípios. Um dos desafios atuais é agilizar a aquisição de equipamentos e insumos.

Tabela 9. Diagnóstico Laboratorial da Tuberculose

Teste rápido	Baciloscopia
Utiliza uma metodologia de biologia molecular (PCR em tempo real) que pode liberar o resultado do exame em duas horas.	Por ser uma técnica realizada manualmente, tem seu resultado liberado em 24 horas.
É de execução simples, automatizado e totalmente realizado dentro de um único cartucho, o que reduz a possibilidade de contaminação dos profissionais de saúde.	É fortemente dependente da capacidade do técnico que a realiza e que faz a leitura da lâmina.
A técnica detecta o DNA do <i>Micobacterium tuberculosis</i> , por isso apresenta sensibilidade elevada, de 95%.	A sensibilidade da baciloscopia é de aproximadamente 60%.
Permite que o diagnóstico seja feito com apenas uma amostra de escarro.	Exige duas amostras de escarro.
Além de detectar a presença do <i>M. tuberculosis</i> na amostra examinada, indica se há resistência à rifampicina, uma das principais drogas para tratamento da tuberculose.	

Fonte: CGPNCT/Devit/SVS/MS.

Introdução do etambutol no esquema terapêutico da tuberculose

Em 2011, o MS introduziu o etambutol como quarto medicamento na fase intensiva do tratamento da tuberculose (dois primeiros meses), para adultos e adolescentes, acima de 10 anos. A medida justifica-se pelo aumento da resistência primária à isoniazida e também à isoniazida associada à rifampicina. A segunda mudança foi a apresentação em dose fixa combinada, dos quatro medicamentos em um só comprimido, o que propicia maior conforto ao paciente, melhorando muito a adesão ao tratamento, impede a tomada isolada de medicamentos e simplifica a gestão farmacêutica em todas as esferas do SUS. O esquema básico com quatro medicamentos é mundialmente utilizado. Espera-se que sua introdução no Brasil aumente o sucesso terapêutico e evite o crescimento da multirresistência.

O PNCT, pelos resultados obtidos em anos recentes, alcançou o reconhecimento internacional e atua com protagonismo na formulação da nova estratégia global de enfrentamento da tuberculose. O ano de 2015 foi estabelecido como o marco para o alcance das metas dos objetivos do milênio (*Developing the Post-2015 TB Strategy and Targets*).

Inovações no controle da dengue

“Dengue é fácil combater, só não pode esquecer”

A Campanha de 2013 incentiva a população a praticar medidas simples de prevenção contra o Aedes aegypti, alerta sobre os sinais e os sintomas da doença e informa as medidas a serem adotadas em caso de suspeita.

Investimentos suplementares

Além dos investimentos aplicados nas ações de vigilância que incluem o controle da dengue, são repassados recursos adicionais para prevenção e controle da dengue no verão, período de maior transmissão: em 2011, foram R\$ 92,8 milhões, para 1.159 municípios e, em dezembro de 2013, R\$ 173,3 milhões, para todos os municípios.

63

Testes rápidos para diagnóstico

Para diagnóstico da dengue, dois novos exames deverão fazer parte da rotina dos serviços. O primeiro, que já está em processo de descentralização, é o teste RT-PCR – reação de transcriptase reversa, que permite a identificação do sorotipo viral em 24 horas, melhorando a oportunidade de resposta em relação ao isolamento viral, que demora, no mínimo, 15 dias após a inoculação. O segundo, que deverá ser normatizado pelo MS, ainda em 2013, faz parte dos chamados testes rápidos (imunocromatográficos), que permitem o diagnóstico em 15 minutos, pela detecção do IgA, IgM-IgG, NS1. Esses testes ainda não são utilizados pelo MS, porque sua especificidade e sensibilidade estão em estudos para utilização no território nacional, conforme o padrão imunológico da população, com mais de um sorotipo circulando simultaneamente.

Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* – LIRAA

Entre as diversas ações realizadas, no âmbito da vigilância, destaca-se o aprimoramento da capacidade de alerta e resposta à dengue, por meio dos sistemas de vigilância para detecção precoce de surtos e identificação das áreas de maior risco. Nesse contexto situa-se o fortalecimento do LIRAA, que apresenta, de maneira rápida e segura, estimativas aceitáveis dos índices de infestação larvária e identifica os tipos de criadouros nos estratos estudados. Os índices de infestação dos estratos estudados são classificados em: <1%, satisfatório; 1 – 3,9%, alerta; >4%, risco de surto. Estas informações permitem o direcionamento das ações de controle, assim como o monitoramento do município, avaliando se houve aumento do risco, diminuição ou estabilidade da situação. Pela rapidez dos resultados, o LIRAA pode substituir com vantagem o levantamento tradicional.

Resultados LIRAA 2012

Principais depósitos identificados nas regiões brasileiras:

- Norte: **72%** de depósitos de água e recolhimento de lixo.
- Nordeste: **73,6%** de depósitos de armazenamento de água.
- Sudeste: **59,2%** de depósitos domésticos.
- Centro-Oeste: **36,1%** de depósitos relacionados ao lixo.
- Sul: **46,5%** de depósitos relacionados ao lixo.

Dengue em 15 minutos

O curso “Dengue em 15 minutos” foi amplamente divulgado pelo MS. É uma metodologia nova de treinamento a distância, autoaplicável, destinado aos profissionais de saúde, tendo os médicos como público prioritário. O curso, promovido pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), incide sobre um dos pontos críticos do programa, dificuldades no diagnóstico e uso dos critérios de risco na avaliação dos pacientes. O foco centrado no manejo clínico do paciente, de curta duração, favorece a adesão de profissionais, podendo ser realizado em horário de maior conveniência e sem interferir no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde.

Pesquisas sobre vacina e controle do vetor

O Brasil participa do *Dengue Vaccine Initiative* e do estudo relativo à infecção do vetor pela Wolbachia, bactéria que o torna imune à dengue, coordenado pela Fiocruz.

Desafios atuais

- Aprimorar a qualificação dos profissionais de saúde para o manejo adequado do paciente com dengue e para a utilização da classificação de risco na rotina dos serviços.
- Melhorar as estratégias para lidar com o maior risco de morte no grupo de pessoas com idade acima de 60 anos, considerando que as investigações de óbitos apontam a presença de comorbidade nesse grupo etário.

Inovações em hanseníase e geo-helmintíases

*“Hanseníase e verminoses têm cura.
É hora de prevenir e tratar”*

Em uma semana de campanha, em 843 municípios:

- **2.794.384** crianças e adolescentes foram tratados preventivamente com albendazol 400 mg.
- **237.208** alunos foram encaminhados para a rede básica de saúde e unidades de referência.
- **279** casos novos de hanseníase foram confirmados em menores de 15 anos, o que corresponde a aproximadamente 12,4% dos casos notificados em 2012 na mesma faixa etária.

65

A Campanha “Hanseníase e verminoses têm cura. É hora de prevenir e tratar”, pelo caráter inovador de suas estratégias e pelos resultados alcançados em curto espaço de tempo, teve grande repercussão internacional, sendo vista como modelo para a realização de ações integradas em outros países.

Os principais objetivos da campanha foram a busca ativa de casos novos de hanseníase e o tratamento quimioprofilático das geo-helmintíases. O alvo eram os escolares de 5 a 14 anos da rede pública de ensino, de 706 municípios localizados em áreas endêmicas para os dois agravos. A meta era atingir 70% dos alunos que frequentavam as escolas, um total de 3.380.225.

Profissionais da Atenção Primária em Saúde, de 765 municípios em campanha, visitaram as escolas com o propósito de envolver toda a comunidade escolar e as famílias na identificação precoce de casos, repassando informações sobre as doenças e as formas de tratamento. Foi criado um formulário *online* especificamente para a coleta dos dados da campanha, o FormSUS.

“Método do Espelho” para diagnóstico precoce da hanseníase

- Professores distribuíram aos alunos um formulário com perguntas sobre sinais e sintomas da hanseníase, ocorrência de algum caso na família e um desenho do corpo humano, para que fossem assinalados os locais onde havia alguma mancha.
- O formulário foi preenchido pelos alunos com ajuda dos pais ou responsáveis.
- As fichas foram enviadas às Secretarias Municipais de Saúde, que ficaram responsáveis pelo encaminhamento dos alunos com manchas sugestivas de hanseníase às Unidades Básicas de Saúde, para confirmação e tratamento da doença nos casos confirmados.
- De um total de 3.611.393 escolares que receberam a ficha de autoimagem, 2.370.024 (65,62%) a responderam e 237.208 alunos foram encaminhados para a Rede Básica de Saúde e unidades de referência conforme agendamento local.

Tratamento preventivo de verminoses realizado em massa

- Foi administrado albendazol 400 mg aos escolares, com o principal intuito de reduzir a carga parasitária da população-alvo. Esse tipo de tratamento preventivo em escolares está em conformidade com as recomendações da OMS, que preconiza o tratamento periódico como uma medida de redução de incidência e de suas complicações. Receberam o tratamento 2.794.38 crianças e adolescentes.

66

Essas ações fazem parte do Plano Integrado de Ações Estratégicas 2011 – 2015 para a Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose, Oncocercose, Tracoma, Geo-helminthíases, publicado pelo MS em 2011.

Inovações no controle da malária

43 municípios da Região Amazônica receberam R\$ 15.633.810,00 em 2011, como incentivo para instalação de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração (Mild)

No âmbito do Projeto de Expansão do Acesso às Medidas de Prevenção e Controle da Malária, para atingir alta cobertura de prevenção da doença na Região Amazônica, uma das principais intervenções é a distribuição de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração nos municípios integrantes do projeto. Como apoio a esta estratégia, por meio da Portaria MS/GM nº 2.850, de 2 de dezembro de 2011, o MS destinou R\$ 15.633.810,00 a 43 municípios da Região Amazônica,

repassados para os respectivos Fundos Estaduais de Saúde. Os resultados estão sendo analisados e a expectativa é positiva, tendo em vista que a medida foi usada com sucesso em outros países. Além disso, é inovadora a experiência com o inseticida de longa duração. Os usuários estão sendo orientados com relação ao uso e higiene dos mosquiteiros, de modo que o efeito do produto se mantenha pelo tempo previsto.

Avaliação de impacto sobre a transmissão da malária em grandes empreendimentos

A partir de 2011, o licenciamento no caso de atividade ou empreendimento localizado em áreas endêmicas de malária inclui a avaliação e a recomendação do MS acerca dos impactos sobre os fatores de risco para a ocorrência de casos de malária. As empresas envolvidas deverão adotar medidas para evitar possíveis impactos negativos na região, cujo acompanhamento é realizado pelos sistemas de vigilância locais e nacional. Esta medida foi estabelecida pela Portaria Interministerial nº 419, de 26 de outubro de 2011, que envolve os ministérios do Meio Ambiente, da Justiça, da Cultura e da Saúde.

Qualificação para a vigilância em saúde

67

16.874 profissionais de saúde participaram – entre 2012 e 2013 – de cursos sobre manejo clínico da dengue, da influenza e controle da tuberculose na atenção básica, realizados em parceria com a UNA-SUS

Os processos de qualificação estão sendo redirecionados. Busca-se intervir de modo mais efetivo na prática em serviço, melhorar a atenção ao paciente e obter maior controle sobre as doenças. Assim, com ênfase no enfrentamento de problemas prioritários, novas metodologias de ensino à distância estão sendo usadas para alcançar profissionais cuja dinâmica de trabalho exige a oferta de cursos rápidos, horários flexíveis e conteúdos apropriados ao público alvo.

Tabela 10. Principais iniciativas educacionais apoiadas e desenvolvidas pela SVS

Cursos	Instituição	Ano	Modo	Partic.
Programa Certificado em Epidemiologia (PCE)	Johns Hopkins University	2012 e 2013	EAD	30
Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (Episus)	SVS/MS	2011 e 2012	Pres.	18
Capacitação em Doenças e Agravos Não Transmissíveis	UFRGS/UERJ	2011	EAD	520
Influenza para profissionais de Vigilância em Saúde	UFC/UNA-SUS	2012	EAD	624
Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano	UFRJ/UNA-SUS	2012	EAD	220
Ações para o Controle da TB na Atenção Básica	UNA-SUS	2012	EAD	1.615
Avaliação de Risco à saúde humana por exposição a substâncias perigosas	UFRJ/UNA-SUS	2011	EAD	471
Saúde, desastres e desenvolvimento	UFRJ/UNA-SUS	2012	EAD	227
Geoprocessamento em Saúde	UFG/UNA-SUS	2012	EAD	306
Atualização no Manejo Clínico da Dengue	UNA-SUS	2012	EAD	11.452
Gestão da Política de DST/Aids e HV	UFRN	2012	EAD	200
Atualização no Manejo Clínico da Influenza	UNA-SUS	2013	EAD	3.807
Especialização				
Avaliação em Saúde	ENSP/Fiocruz	2013-2014	EAD	300
Epidemiologia	UFG/UNA-SUS	2011	EAD	131
Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana	ENSP/Fiocruz	2010-2012	EAD	120
Gestão de Programas para o Controle da TB	CRPHF-ENSP/Fiocruz	2011	Pres.	40
Pneumologia Sanitária	CRPHF-ENSP/Fiocruz	2013	Pres.	40
Vigilância em Saúde Ambiental	UFRJ/UNA-SUS	2013	EAD	500
Mestrado profissional				
Vigilância em Saúde na Amazônia – Porto Velho	ENSP/Fiocruz	2009-2011	Pres.	17
Vigilância em Saúde na Amazônia – Belém	ENSP/Fiocruz	2009-2011	Pres.	17
Avaliação em Saúde – 3ª turma	ENSP/Fiocruz	2009-2011	Pres.	13
Avaliação em Saúde – 4ª turma	ENSP/Fiocruz	2010-2012	Pres.	18
Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde	ENSP/Fiocruz	2010-2012	Pres.	17
Vigilância em Saúde nas Fronteiras do Brasil	ENSP/Fiocruz	2010-2012	Pres.	20
Vigilância em Saúde do Trabalhador	ENSP/Fiocruz	2013-2014	Pres.	18
Epidemiologia das Doenças Transmissíveis, com ênfase nas relacionadas à pobreza – Teresina	ENSP/Fiocruz	2013-2014	Pres.	30

Fonte: CGDEP/SVS/MS.

Respostas
a Emergências em
Saúde Pública

Em 2012, o Brasil alcançou as capacidades básicas de alerta e resposta diante de algum evento inusitado que possa se constituir em emergência de saúde pública internacional, conforme preconiza o Regulamento Sanitário Internacional – 2005

Durante a 65ª Assembleia Mundial de Saúde (Genebra, 2012) o Brasil, como Estado-Parte, comunicou o cumprimento, dentro dos prazos preestabelecidos, das condições exigidas pelo RSI-2005 para garantia das capacidades básicas de alerta e resposta diante de algum evento inusitado que possa se constituir em emergência de saúde pública internacional.

A publicação do Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, foi uma ação relevante nesse processo. O Decreto define as condições para a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), que poderá ser feita em situações epidemiológicas, de desastres ou desassistência à população, assim como a instituição da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), seus componentes, responsabilidades e funcionamento.

Nesse contexto, o desafio atual é alcançar plenamente, em cada estado, em cada município, as capacidades básicas para enfrentar emergências em saúde pública. Para se chegar a este patamar de desenvolvimento são necessários esforços conjuntos de todas as esferas gestoras do SNVS.

Emergências em saúde pública exigem respostas compartilhadas

As emergências em saúde pública podem colocar em risco habitantes de diversos países, exigindo respostas adequadas, oportunas e coordenadas da comunidade sanitária internacional. O RSI-2005, é um instrumento-chave para a estruturação e organização de respostas e antecipação de riscos, estimulando os países a desenvolver, a fortalecer e a manter suas capacidades; a mobilizar recursos e a colaborar entre si, e, sempre que solicitados, apoiar sua implantação nos países em desenvolvimento e com economias em transição. A vigilância internacional é feita por meio de pontos focais estabelecidos pelos estados, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs) nacional é o ponto focal do RSI-2005. O MS, por meio da SVS, coordena as respostas em todo o território nacional, articula o apoio de outros órgãos de governo, dá suporte técnico aos estados, municípios e serviços, com comunicação direta, ágil e desburocratizada.

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs)

Ponto Focal do Brasil/RSI-2005

O Cievs nacional atua nos processos de alerta, detecção, monitoramento e avaliação das situações de riscos e emergências em saúde pública, de importância nacional e internacional. Equipes especializadas trabalham 24 horas por dia, todos os dias da semana, garantindo o recebimento contínuo de notificações de agravos de saúde pública. Dessa forma, as autoridades de saúde podem ser comunicadas imediatamente em caso de emergências. O Cievs foi criado em 2005. A Rede Cievs é composta por Centros implantados em 26 estados, DF e 25 capitais, desde 2010. Mas ainda persiste o desafio de garantir o pleno funcionamento dos Centros em todas as capitais e estados brasileiros.

Comitê de Monitoramento de Eventos (CME)

O CME é um mecanismo permanente, coordenado pela SVS, que tem a participação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Anvisa e parceiros. Em reuniões semanais, o CME acompanha os eventos de relevância para a saúde pública, visando à avaliação de risco, à identificação de possíveis problemas e à tomada de decisões para a resposta. A experiência deste mecanismo de monitoramento deverá ser normatizada ainda em 2013, favorecendo sua descentralização.

Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (Sime)

Para o monitoramento de eventos, a SVS construiu o Sime, uma versão *web* do Event Management System, desenvolvido pela OMS. Criado em linguagem de instalação, é de fácil utilização nos serviços de saúde. O MS doou seu código fonte para a Opas e fez a tradução para o inglês e para o espanhol, permitindo o uso pela Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e países da América Latina.

Rede de Captação de Rumores

O Brasil está atuando em parceria com a Global Public Health Information Network (GPHIN), rede de captura de informações, rumores e emergências do Canadá, que condensa informações de 11 mil fontes no mundo. A captação de rumores tem se mostrado uma estratégia de grande relevância na identificação de possíveis problemas. Fala a favor de sua importância o fato de que, nos Estados Unidos e no Canadá, cerca de 40% das emergências respondidas foram captadas por meio de rumores.

Eventos monitorados

Entre 2011 e 2013 foram monitorados 220 eventos potencialmente relevantes para a saúde pública: 18% foram relacionados ao sarampo, 8% à raiva humana, 7% ao botulismo; 7% a enchentes e 6,5% à influenza humana. Desde sua criação, o Cievs nacional monitorou 965 eventos.

72

Preparação para suporte aos eventos de massa

A Portaria nº 1.139, de 10 de junho de 2013, define, no âmbito do SUS, as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as diretrizes nacionais para planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância e assistência à saúde em eventos de massa.

Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (Ciocs)

O deslocamento e a concentração de grande contingente de pessoas em eventos de massa representam risco de importação ou propagação de doenças transmissíveis. Esses eventos podem ultrapassar a capacidade de resposta da rotina dos serviços de vigilância e assistência à saúde dos sistemas locais, na área de influência do evento. O Ciocs foi pensado para operar nesses eventos.

O Ciocs, em âmbito nacional, funciona como uma sala de situação onde atuam técnicos da SVS, da SAS e da Anvisa, que se comunicam com Ciocs regionais, implantados nas cidade envolvidas nos eventos. Os centros regionais, com apoio de técnicos do MS, reúnem informações de saúde relativas a surtos, desastres, reações adversas, intoxicações etc. A equipe de trabalho consolida, monitora, analisa e emite relatórios com as informações necessárias para apoiar a gestão na tomada de decisão.

Em 2013, o Ciocs deu suporte à Copa das Confederações e à Jornada da Juventude. Está em curso a preparação para a Copa do Mundo de 2014.

Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII)

O GEI-ESPII tem a finalidade de acompanhar e propor medidas para lidar com emergências em saúde pública, de importância nacional e internacional. Além do MS, responsável por sua coordenação, participam do GEI outros 13 ministérios e mais cinco órgãos do governo federal. O grupo, criado em 2010, é acionado sempre que necessário e atua com base no RSI-2005, em conjunto com os estados, DF e municípios. A experiência dos últimos anos mostrou a necessidade de ampliar o debate sobre os desafios atuais da vigilância em saúde no território nacional, preparando o Brasil para responder a qualquer tipo de emergência, avaliando e renovando constantemente os planos de emergência em saúde pública.

73

Qualificação para respostas e cooperação em emergências em saúde pública

O EpiSUS completa o treinamento de 105 profissionais de saúde, em 11 turmas, de sua criação até o final de 2013.

O Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EpiSUS) é voltado à bioestatística e epidemiologia aplicada no campo e nos serviços de saúde. Com duração de dois anos (3.600 horas), o programa forma profissionais com elevado padrão técnico para colaborar na resolução de problemas de saúde pública nas diversas regiões do Brasil e com o desenvolvimento de capacidades técnicas em outros países.

Cenário atual

- Sustentabilidade do Programa. Profissionais formados pelo Programa são responsáveis pela capacitação de novas turmas.
- A qualidade da formação é assegurada por avaliações externas, feitas a cada três anos.
- Seleções anuais e turmas regulares, desde sua criação, formaram 105 profissionais de diversas áreas da saúde até 2013.
- Profissionais treinados pelo EpiSUS atuando nas mais diversas regiões brasileiras, o que representa um ganho enorme para os sistemas de vigilância locais.

Em 2013, será realizada uma seleção exclusiva de técnicos da SVS, com perfil adequado ao treinamento, para a realização do EpiSUS. A medida atende à necessidade da SVS de ter profissionais com este nível de especialização para compor as equipes de vigilância.

Tabela 11. Capacidades Básicas de Alerta e Resposta

Atividades de vigilância, informes, notificação, verificação, resposta e colaboração.	
Atividades referentes a portos, aeroportos e passagens de fronteira terrestre designadas.	
Nível da comunidade local e/ou nível primário de resposta em saúde pública	<p>a) detectar eventos que apresentem níveis de doença ou óbito acima dos esperados para aquele dado tempo e local, em todo território.</p> <p>b) repassar imediatamente todas as informações essenciais disponíveis ao nível apropriado de resposta de atenção à saúde.</p>
Níveis intermediários de resposta em saúde pública	<p>a) confirmar a situação dos eventos notificados e apoiar ou implementar medidas adicionais de controle.</p> <p>b) avaliar imediatamente o evento notificado e, se considerado urgente, repassar todas as informações essenciais ao nível nacional.</p>
Nível nacional – Avaliação e notificação	<p>a) avaliar todas as informações de eventos urgentes no prazo máximo de 48 horas.</p> <p>b) notificar imediatamente à OMS, por meio do Ponto Focal Nacional para o RSI.</p>
Nível nacional de resposta em saúde pública	<p>a) determinar rapidamente as medidas de controle necessárias para evitar a propagação nacional e internacional.</p> <p>b) prestar apoio, por meio de pessoal especializado, análise laboratorial de amostras e assistência logística.</p> <p>c) prestar assistência no local, conforme necessário, para complementar as investigações locais.</p> <p>d) fornecer um elo operacional direto com as autoridades superiores de saúde e de outras áreas, a fim de aprovar rapidamente e de implementar medidas de contenção e de controle.</p> <p>e) fornecer ligação direta com outros ministérios relevantes.</p> <p>f) fornecer, pelos meios de comunicação mais eficientes disponíveis, ligações com hospitais, clínicas, portos, aeroportos, passagens de fronteiras terrestres, laboratórios e outras áreas operacionais-chave para a disseminação de informações e recomendações recebidas da OMS referentes a eventos no território do Estado-Parte e nos territórios de outros Estados-Partes.</p> <p>g) estabelecer, operar e manter um plano nacional de resposta a emergências de saúde pública, incluindo a criação de equipes multidisciplinares e multissetoriais para responder a eventos que possam constituir emergências de saúde pública de importância internacional.</p> <p>h) fornecer todas as capacidades acima durante 24 horas por dia.</p>

Referências

Este documento foi elaborado com base em um roteiro previamente definido com o Secretário da SVS, que estabeleceu os eixos estruturadores. Foram realizadas entrevistas com os diretores de departamento, coordenadores, técnicos e com o chefe de gabinete, que nortearam a consulta a documentos técnicos, relatórios internos, portarias e publicações. Também foram realizadas reuniões com a equipe da CGPLAN, DEGEVS e Nucon para acompanhamento e suporte ao processo de trabalho. As referências das portarias consultadas estão indicadas no corpo do documento. As principais publicações consultadas estão elencadas a seguir.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Organização Mundial da Saúde. *Regulamento Sanitário Internacional*. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 395/2009. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 jul. 2009, p. 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, 2011. 148 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. *Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle de geohelmintíases: plano de ação 2011-2015*. Brasília, 2012. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. *Influenza 2013. Semana Epidemiológica 19 – 2013*. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=11235&codModuloArea=783&chamada=influenza:-semanaepidemiologica-19-_-2013>. Acesso em: 8 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. *6º Encontro Científico do Epibus. Caderno de Resumos*. Brasília – Brasil/4 a 6 de junho de 2012. Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes 2008 –2009*. Brasília, 2010. 138 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2012: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 136 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Avaliação do SUS. *Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011 – 2015: resultados e perspectivas*. Brasília, 2013. 160 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2013. 259 p.

MALTA, D. C.; DIMECH, C. P. N.; MOURA, L. et al. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n. 1, p.171-178, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2013.

_____; SILVA Jr, J. B. Brazilian Strategic Action Plan to Combat Chronic Noncommunicable Diseases and the global targets set to confront these diseases by 2025: a review. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 22, n. 1, p.151-164, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2013.

Créditos institucionais

Ministro da Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Vigilância em Saúde

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Chefe de Gabinete

Marcus Vinicius Quito

Núcleo de Comunicação – NUCOM

Carlos Estênio Freire Brasilino

Núcleo de Eventos e Cerimonial – NEC

Eunice de Lima

Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento – CGPLAN

Marta Roberta Santana Coelho

Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde – DEGEVS

Sônia Maria Feitosa Brito

Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB

Mariana Pastorello Verotti

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP

Elisete Duarte

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques

Coordenação-Geral de Vigilância em Resposta às Emergências em Saúde Pública – CGVR

Wanderson Kleber de Oliveira

Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis – CGDT

José Ricardo Pio Marins

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI

Carla Magda S. Domingues

Coordenação-Geral de Doenças do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – CGPNCT

Draurio Barreira Cravo Neto

Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE

Rosa Castália França Ribeiro Soares

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue – CGPNCD
Giovanini Evelim Coelho

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária – CGPNCM
Ana Carolina Faria e Silva Santelli

Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS
Deborah Carvalho Malta

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – CGDANT
Marta Maria Alves da Silva

Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas – CGIAE
Juan José Cortez Escalante

Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais – DDAHV
Fábio Caldas Mesquita

Coordenação-Geral de Assistência e Tratamento em DST e Aids – CAT
Marcelo Araujo de Freitas

Coordenação-Geral de Prevenção e Articulação Social – CGPAS
Denise Serafim

Coordenação-Geral de Hepatites Virais – CHV
Jorge Eurico Ribeiro

Coordenação-Geral de Laboratórios – CGLAB
Miriam Franchini

Coordenação-Geral de Gestão e Governança – CGG
Fábio O'Brien de Carvalho

Coordenação-Geral de Informações Estratégicas – CIE
Gerson Fernando Mendes Pereira

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST
Guilherme Franco Netto

Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM
Thenille Faria Machado do Carmo

Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador – CGSAT
Carlos Augusto Vaz



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

