LIVRO DO APRENDIZ

Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe

Saberes e tecnologias para implantação de uma política

6

Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente da Fundação Estadual de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP
Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz
FUNESA Fundação Estadual de Saúde
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DE SERGIPE TRABALHANDO PRA VOCÊ

Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe

Saberes e tecnologias para implantação de uma política

Livro do Aprendiz

Autores
Débora Souza de Carvalho
Eliane Aparecida do Nascimento
Giselda Melo Fontes Silva
Marco Aurélio Oliveira Goes

Organizadoras
Débora Souza de Carvalho
Eliane Aparecida do Nascimento

1ª Edição

Editora
Fundação Estadual de Saúde- FUNESA
Aracaju-SE
2011

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP
Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz
FUNESA Fundação Estadual de Saúde
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GOVERNO DE SERGIPE TRABALHANDO PRA VOCÊ

Copyrigth 2011 - 1ª Edição- Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e Fundação Estadual de Saúde / FUNESA

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou para fim comercial.

Tiragem: 8.300

Impresso no Brasil

EDITORA FUNESA
Elaboração, distribuição e Informações:
Av. Mamede Paes Mendonça, nº 629, Centro
CEP: 409010-620, Aracaju – SE
Tels.: (79) 3205-6425
E-mail: editora@funesa.se.gov.br

Catalogação Claudia Stocker – CRB-5 1202

F981v

Funesa – Fundação Estadual de Saúde

Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política. Livro do Aprendiz 6 / Fundação Estadual de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. – Aracaju: FUNESA, 2011.

Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente da FUNESA - Débora Souza de Carvalho (autora e org.), Eliane Aparecida do Nascimento (autora e org.), Giselda Melo Fontes Silva (autora), Marco Aurélio Oliveira Goes (autor)

152p. 28 cm

ISBN: 978-85-64617-12-4

1.Vigilância Epidemiológica 2. Educação em Saúde 3. Política em Saúde Pública

4. SUS – Sistema Único de Saúde de Sergipe

I. Funesa II.Título III. Assunto

CDU 616-036.22(813.7)

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

Governador
Marcelo Déda Chagas

Vice-Governador
Jackson Barreto de Lima

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Secretário
Antônio Carlos Guimarães Sousa Pinto

Secretário Adjunto
Jorge Viana da Silva

Diretor Financeiro
André Santos Andrade

Diretora de Contratualização
Marina Manzano Capeloza Leite

FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE/FUNESA

Diretora-Presidente
Claúdia Menezes Santos

Diretor Administrativo-Financeiro
Carlos André Roriz Silva Cruz

Diretora Operacional
Katiene da Costa Fontes

COORDENAÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Coordenadora
Andréia Maria Borges Iung

Assessora Pedagógica
Ingrid Vieira Guimarães Ferreri

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente
Paulo Ernani Gadelha Vieira

Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação
Maria do Carmo Leal

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Antônio Ivo de Carvalho

Vice-Diretor da Escola de Governo em Saúde
Marcelo Rasga Moreira

ELABORAÇÃO DO MATERIAL DIDÁTICO

Assessoria Técnica - ENSP/Fiocruz
José Inácio Jardim Motta
Pablo Dias Fortes

Autoria
Débora Souza de Carvalho
Eliane Aparecida do Nascimento
Giselda Melo Fontes Silva
Marco Aurélio Oliveira Goes

Revisão Técnica
Daniele de Araújo Travassos
Daniele Carvalho Castro
Francis Deon Kich

Revisão Ortográfica
Edvar Freire Caetano

Validadores
Adriana de Jesus Celestino Lima
Giselda Melo Fontes Silva
Lavínia Barreto Aragão
Lívia Angélica da Silva
Marcelo Henrique de Andrade
Neusita Oliveira Costa Santos
Quenaua Gouveia Nabuco

Projeto Gráfico
Imagens Publicidade & Produções Ltda.

Impressão
Centauro Soluções em Impressos Ltda.

Esta publicação é uma produção da Secretaria de Estado da Saúde e Fundação Estadual de Saúde de Sergipe com o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP.

Apresentação

"O dom da fala foi concedido aos homens não para que eles enganassem uns aos outros, mas sim para que expressassem seus pensamentos uns aos outros." (Santo Agostinho)

Este livro se propõe a falar sobre as ações de Vigilância Epidemiológica. Apresenta as competências nos diversos níveis do SUS, no entanto se aprofunda na proposta estadual para as ações dessa área.

A Política Estadual de Vigilância Epidemiológica será apresentada através de um processo reflexivo que busca a mudança de atitude para reorganização das práticas de saúde e o desenvolvimento de um novo modelo de atenção, atendendo à proposta da Política Estadual de Saúde.

Buscamos neste trabalho discutir os três grandes eixos da vigilância epidemiológica: o seu papel, seus instrumentos de intervenção e seu compromisso de provocar a autonomia dos sujeitos, o envolvimento da população nas intervenções locais para transformação das práticas de saúde.

Propomos uma visão mais ampliada e atualizada do fazer epidemiológico, com o intuito de contribuir com o conhecimento, de despertar o interesse dos diversos profissionais do SUS estadual, das diversas redes e áreas às quais temos interação.

Este livro foi escrito para você, que é curioso, que gosta de realizar coisas novas, de trabalhar em grupo, que não se intimida em dar opinião, que deseja cada vez mais aprimorar sua capacidade de interagir com sua equipe e com o ambiente em que está inserido.

Que você tenha uma agradável experiência com esse material!

Competências Esperadas

- Compreender a Política de Saúde e a Vigilância Epidemiológica;
- Compreensão da gestão na VE;
- Compreensão do Sistema de Vigilância Epidemiológica, do Sistema Estadual e Municipal de VE;
- Conhecimento das responsabilidades dos entes federados na VE;
- Conhecimento e uso das tecnologias para a produção do trabalho em saúde;
- Conhecimento e compreensão do cuidado nas ações de VE;
- Compreensão do Sistema de Informação em VE;
- Conhecimento de Emergência em Saúde Pública.

Sumário

Introdução....13
Situação-problema: E agora, José?....14

Capítulo 1 - A Política de Saúde e a Vigilância Epidemiológica....17

1.1 Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica....20
1.2 O SUS e a Vigilância Epidemiológica....22
1.3 A Reforma Sanitária Estadual e a Vigilância Epidemiológica....22

Capítulo 2 - A Gestão na Vigilância Epidemiológica....25

2.1 Sistema de Vigilância Epidemiológica....26
2.2 Funções da Vigilância Epidemiológica....27
2.3 O Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica....29
2.4 Sistemas Municipais de Vigilância Epidemiológica....34
2.5 Organização das Demais Redes de Atenção....36
2.6 Modelo Tecnológico....42
2.7 Ações Programáticas....43
2.8 Monitoramento e Avaliação....44
2.9 Análise de Situação de Saúde....49
2.10 Planejamento em Saúde....51

Capítulo 3 - Vigilância Epidemiológica e Cuidado....55

3.1 Território, espaço e cuidado....56
3.2 Risco, vulnerabilidade e resiliência....58
3.3 Participação da comunidade....60

Capítulo 4 - Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica....63

4.1 Divulgação de informações epidemiológicas....64
4.2 Principais sistemas de informações da VE....66
4.3 Medidas em Saúde Coletiva....71
4.4 Emergências em Saúde Pública....77

Referências....82

Anexos....87

Glossário....148

Introdução

"Temos de aprender a fazer das contradições uma fonte de energia para enfrentarmos os desafios postos por estas micro experiências inovadoras, passos necessários para macro-experiência revolucionárias" (Roberto Freire).

Este material tem a função de orientar as ações de Educação Permanente da Secretaria de Estado da Saúde na área da Vigilância Epidemiológica e traz um aporte teórico-conceitual coerente com o conteúdo ideológico/político da reforma sanitária.

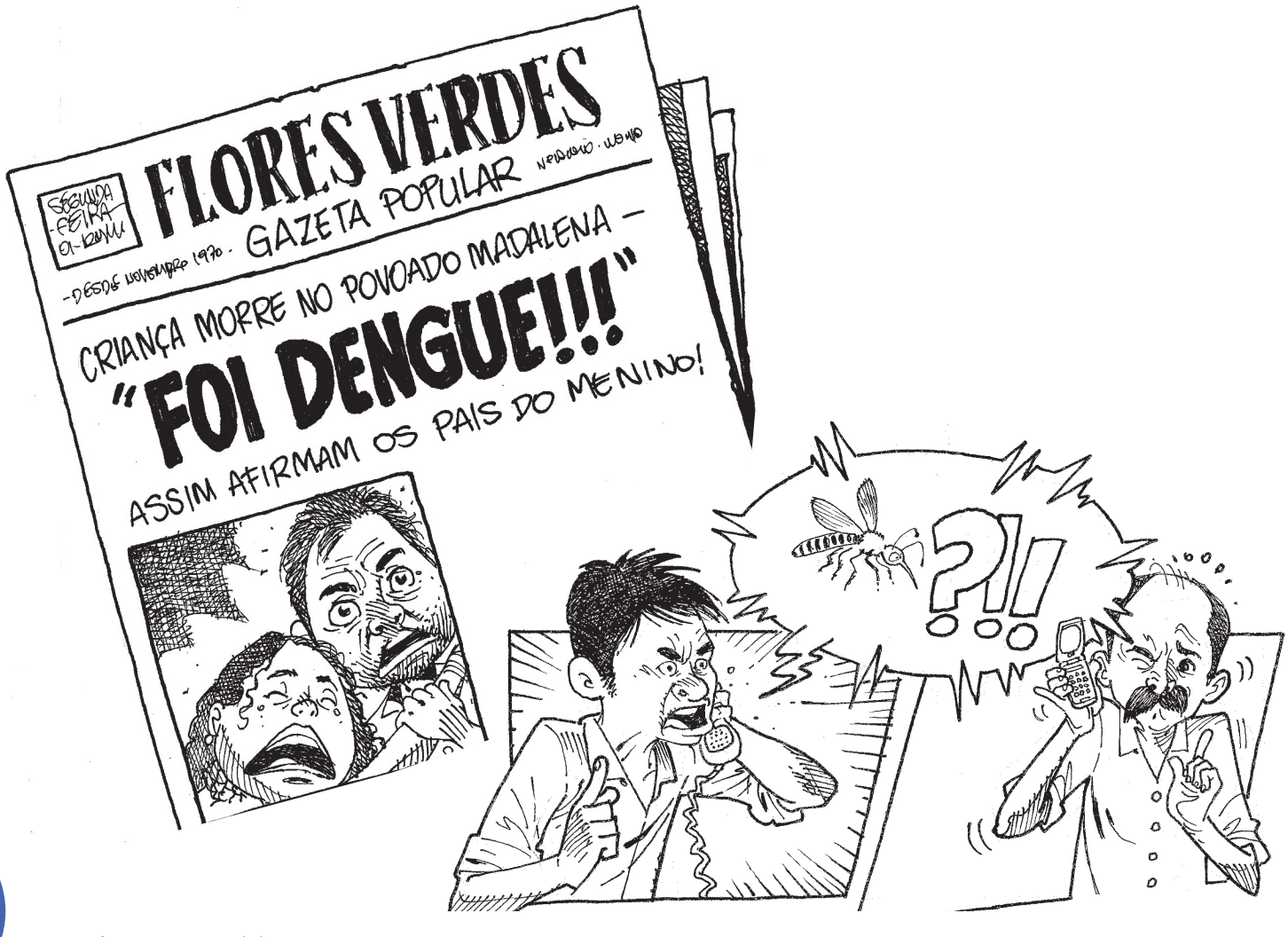
A proposta pedagógica para a elaboração do livro foi definida coletivamente em diversas reuniões entre a equipe da FIOCRUZ, equipe pedagógica da FUNESA e técnicos da Vigilância Epidemiológica. Optou-se pela pedagogia da problematização por ser dinâmica, participativa, propiciar a reflexão, ressignificando conhecimentos a partir da construção coletiva, tendo como resultado esperado a mudança de práticas.

Portanto, todo o material foi produzido utilizando um caráter dialógico e se destina a ser um material para consulta pelos profissionais na sua rotina diária de trabalho, como também para ser utilizado nas capacitações da educação permanente.

As capacitações terão como disparadora a situação-problema apresentada no livro e uma modalidade de ensino que conjuga a realização de atividades individuais, momentos de discussão em pequenos grupos e momentos de reflexão em plenária. Assim, a abordagem pedagógica deve proporcionar um processo de discussão participativo e reflexivo, articulando com outros livros da coleção e com a prática dos profissionais.

Nesse tipo de capacitação há necessidade de um clima propício ao aprendizado, quebrando as formalidades das capacitações tradicionais. Para isso é importante a utilização de dinâmicas que poderão ser utilizadas para apresentação, para descontração durante a capacitação e como dispositivo para discussão dos temas trabalhados.

A dinâmica constitui um dos valiosos instrumentos educacionais que pode ser utilizado para trabalhar o ensino-aprendizagem, quando escolhemos por uma concepção de educação que valoriza tanto a teoria como a prática e que considera todos os envolvidos neste processo como sujeitos.



Situação-problema

E agora, José?

O Prefeito de Flores Verdes, município com 20.549 habitantes liga aos berros para o Secretário de Saúde, querendo saber maiores informações sobre a notícia que acabou de ouvir na rádio da região sobre a morte de uma criança do povoado Madalena que os pais afirmavam ser dengue.

Dr. José Teixeira, Secretário Municipal de Saúde, informa desconhecer o fato, mas que irá entrar em contato com o responsável pelas endemias.

Adriano, supervisor de endemias, ao ser contatado informa que desconhece o caso, mas que há alguns meses vem se preocupando com os índices de infestação no município.

Diante da situação Dr. Teixeira decide convocar alguns profissionais de saúde do município para uma reunião.

Na reunião estavam presentes, coordenadora da atenção básica e vigilância epidemiológica, equipe de saúde do povoado, supervisor de endemias e o médico do pronto atendimento.

Josefa, coordenadora da atenção básica e da vigilância epidemiológica, informa:

- Os casos notificados por dengue têm aumentado um pouco em relação ao ano anterior, mas nada que justifique pânico.

A médica e o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família discordam visto que a demanda de pessoas com sintomas de dengue na UBS tem aumentado muito.

O Agente Comunitário Zezinho diz que na sua microárea realmente muita gente tem ficado doente.

- Então vocês não estão notificando estes casos. – retruca Josefa.

Dr. Tito, médico do pronto atendimento refere que nos seus últimos plantões o número de pacientes tem triplicado e que a maioria apresenta sintomas de dengue. Refere também que na, noite anterior, atendeu uma criança muito grave, com suspeita de dengue hemorrágica, que foi transferida para o hospital regional.

- E as notificações destes casos, onde estão? - questiona Josefa, indignada.

- Realmente, os índices de infestação continuam aumentando nos últimos meses. A minha equipe tem se esforçado muito, apesar da falta de materiais e equipamentos. - reforça seu Adriano.

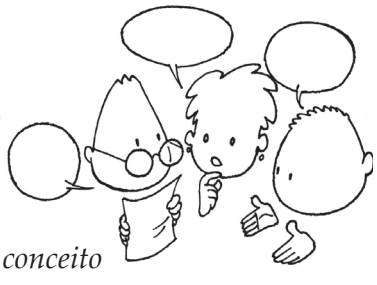
O Secretário questiona:

- Que tipo de ação tem sido feito que envolva a comunidade?

- A comunidade é muito resistente, a gente faz palestra na UBS e quase ninguém aparece, fora os panfletos que a gente encontra jogado pela rua. É muito difícil envolver a comunidade – diz a enfermeira da equipe.

O Secretário percebe que a situação pode ter fugido do controle e questiona-se por que a situação não foi identificada antes e quais seriam as formas mais adequadas para modificá-la.

ATIVIDADE 1



Reúnam-se em grupo e discutam sobre as questões a seguir. Formulem o consenso do grupo para apresentação em plenária. Anotem em seus cadernos as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final.

1. *O que você entende por Sistema de Vigilância Epidemiológica? (Um conceito único será construído coletivamente na plenária).*

2. *Refletindo sobre o ocorrido em Flores Verdes, pontue as possíveis falhas que você identifica no Sistema de Vigilância Epidemiológica do município.*

Capítulo 1

A Política de Saúde e a Vigilância Epidemiológica

"Eu acredito que preciso mudar, e de pensar em mudar, eu já estou mudando... E descubro que eu, realmente não mudo, eu apenas me descubro mais!" (Rodrigo Ferreira Santos)

> O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública, inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 2007, p. 33).

O atual modelo de Atenção à Saúde do SUS se explicita na incoerência entre uma situação epidemiológica de **dupla carga de doenças**, em que 75% das causas dessa carga estão compostas por condições crônicas, e um modelo de atenção à saúde voltado para as condições agudas.

O que significa dupla carga de doenças?

Dupla carga de doenças pode ser entendida quando de um lado persistem as doenças agudas e, de outro, há uma forte predominância relativa das condições crônicas, e os serviços de saúde precisam estar preparados para esse enfrentamento.

Estudos epidemiológicos historicamente apresentaram:

> as doenças e agravos de saúde divididos em doenças transmissíveis e doenças não-transmissíveis. Ainda que essa tipologia seja útil do ponto de vista dos estudos epidemiológicos, ela é insuficiente para dar conta da organização dos sistemas de saúde, pois há doenças transmissíveis que, por sua natureza, comportam-se, na resposta social que exigem dos serviços de saúde, como as doenças crônicas (CONASS, 2009, p. 11).

A Organização Mundial da Saúde explica a crise dos sistemas de saúde numa frase-síntese: "Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de atenção às condições agudas não funciona. Devem ser desenvolvidos os cuidados inovadores para as condições crônicas" (CONASS, 2009, p.13)

× ***1ª Tarefa individual***

Responda em seu caderno para posterior discussão:

- *Para você, o que significam condições agudas e crônicas de saúde? Dê exemplos:*

Você sabia?

Você sabia que em 2003 a Organização Mundial da Saúde propôs uma nova tipologia de doenças, dirigida à organização dos sistemas de atenção à saúde?

Essa tipologia trata das condições agudas e crônicas. Veja como diferenciar condições agudas de condições crônicas no quadro seguinte e compare com o que você escreveu na **1ª tarefa** individual:

Condições agudas	Condições crônicas
1. Duração curta;	1. Duração longa ou indefinida;
2. A manifestação é abrupta;	2. O início da manifestação é usualmente gradual;
3. A causa é usualmente simples;	3. As causas são múltiplas e mudam ao longo do tempo;
4. Diagnóstico e prognóstico usualmente precisos;	4. Diagnóstico e prognóstico usualmente incertos;
5. As intervenções tecnológicas são usualmente efetivas;	5. As intervenções tecnológicas são usualmente não decisivas e, muitas vezes, com efeitos adversos;
6. O resultado das intervenções leva normalmente à cura;	6. O resultado não é a cura, mas o cuidado;
7. Centradas no cuidado profissional;	7. Centradas no autocuidado orientado;
8. Cuidado centrado no médico;	8. Cuidado multiprofissional;
9. Conhecimento e ação clínica concentrados no profissional.	9. Conhecimento e ação clínica compartilhados pelos profissionais e usuários.

FONTE: adaptado de VON KORFF (1997); HOLMAN & LORIG (2000); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2003), apud MENDES (2007).

A atual **proposta do modelo de atenção** está voltada para a organização desse modelo sob a forma de redes de Atenção à Saúde que dê conta da atual situação de saúde da população.

No livro que trata da Reforma Sanitária Estadual desta coleção, você pôde verificar a atual proposta do governo.

ATIVIDADE 2

Reúnam-se em grupo e, baseados na situação-problema e nas reflexões sobre o texto que vocês acabaram de ler, respondam às seguintes questões elaborando consenso para apresentação em plenária:

Anotem em seus cadernos as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final.

1. *Identifiquem o modelo de atenção utilizado na situação-problema e justifiquem sua resposta.*
2. *A situação de saúde apresentada se caracteriza como crônica ou aguda? Por quê?*
3. *Qual sua análise para o desempenho dos serviços de saúde do Município de Flores Verdes frente à situação vivenciada?*
4. *Quais as ações de vigilância epidemiológica que você identificaria?*
5. *Você acha que houve articulação intersetorial e interinstitucional? Justifique sua resposta.*
6. *Na sua UBS como está organizada a rotina do serviço para dar conta das situações crônicas e agudas de saúde?*

1.1 Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica

Desde épocas mais remotas as diversas comunidades têm o interesse de conhecer, acompanhar e prevenir a disseminação das doenças. Nesse longo caminho o conceito de vigilância epidemiológica tem sofrido importantes modificações. Algumas vezes confundimos conceitos que são importantes para organização e gestão da vigilância epidemiológica.

Como entender Epidemiologia e Vigilância Epidemiológica?

Rouquayrol (1988) define epidemiologia como:

> Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (ROUQUAYROL, 1988).

Maria Zélia Rouquayrol é autora, juntamente com Naomar de Almeida Filho, de Epidemiologia & Saúde, o qual é considerado um dos livros-texto de Saúde Pública mais adotado no Brasil para o ensino de tópicos relevantes da Saúde Coletiva, ao nível da graduação em ciências da saúde, bem como na formação de sanitaristas.

A Epidemiologia, portanto, é um instrumento importante para fortalecimento do processo de reorganização dos serviços de saúde que responda não apenas às demandas de atenção, mas também, fundamentalmente, às necessidades de saúde não atendidas.

> A epidemiologia é o eixo da saúde pública. Proporciona as bases para avaliação das medidas de profilaxia, fornece pistas para diagnose de doenças transmissíveis e não transmissíveis e enseja a verificação da consistência de hipóteses de causalidade. Além disso, estuda a distribuição da morbidade a fim de traçar o perfil de saúde-doença nas coletividades humanas; realiza testes de eficácia e de inocuidade de vacinas, desenvolve a vigilância epidemiológica; analisa os fatores ambientais e sócio-econômicos que possam ter alguma influência na eclosão de doenças e nas condições de saúde; constitui um dos elos de ligação comunidade/governo, estimulando a prática da cidadania através do controle, pela sociedade, dos serviços de saúde (ROUQUAYROL et al, 2003, p.17).

E como podemos definir a Vigilância Epidemiológica?

Muitas vezes, quando pensamos ou falamos sobre **vigilância epidemiológica**, várias dúvidas e confusões sobre conceitos, ações e responsabilidades surgem. No Brasil, do ponto de vista conceitual, as definições para *vigilância epidemiológica* têm-se situado, na maior parte das vezes, no campo das que pressupõem os componentes da *inteligência* e da *ação* como integrantes do seu âmbito.

A Lei 8080/90, traz a seguinte definição para a Vigilância Epidemiológica:

> um conjunto de ações que proporciona o conhecimento a detecção ou prevenção de qualquer mudança de fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos (BRASIL, 1990, art. 6º, § 2º).

Podemos observar que o referido conceito segue uma direção para a necessidade de construir uma saúde pública dirigida também a promover a saúde, e não somente com o foco do cuidar da doença, e que seja capaz de enfrentar as contradições entre interesses individuais e coletivos.

O Método Epidemiológico

Para se conhecer melhor a saúde de uma população, os fatores que a determinam, a evolução do processo da doença e o impacto das ações propostas para alterar o seu curso, a ciência desenvolveu várias maneiras de investigação e abordagem, entre eles os estudos epidemiológicos.

O método é um artefato, um modelo a partir do qual observamos, medimos, valoramos e tomamos conhecimento dos fatos e dos acontecimentos da vida. O método constitui-se de elementos palpáveis, visíveis ou imaginados, elaborados intelectualmente, como, por exemplo: a matemática e o método epidemiológico.

A Epidemiologia, assim como acontece com outras áreas do conhecimento, tem o seu método próprio ***para reconhecer, medir e avaliar*** *o seu objeto de trabalho (CBVE, 2005, p. 14).*

1.2 O SUS e a Vigilância Epidemiológica

Como você sabe, o SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Federais nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde -LOS e nº 8.142/90 , que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, respectivamente (BRASIL, 1990).

A nossa Constituição Federal define saúde como:

> direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196, Seção II).

Já a Lei 8080/90, traz um conceito mais ampliado sobre a saúde, onde os critérios de desenvolvimento humano são valorizados:

> A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990, art. 3º).

A execução das ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador são citadas na Constituição Federal como atribuições do Sistema Único de Saúde. Em 1975, através da Lei Federal nº 6.259/75, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. A lei explicita a organização das ações de Vigilância Epidemiológica no país. (Anexo 1). Em 2009 foi instituída a Portaria nº 3.252 que traz as atribuições das esferas de governo para o desenvolvimento dos sistemas de vigilância a nível nacional, estadual e municipal (Anexo 2).

1.3 A Reforma Sanitária Estadual e a Vigilância Epidemiológica

Como você viu no livro sobre a Política Estadual de Saúde, o projeto de Lei nº. 6345/2008 dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde do Estado de Sergipe – SUS/SE e reafirma o conceito de Vigilância Epidemiológica promulgada na Lei 8080/90, tratando entre outras coisas:

> da organização das atividades de **Vigilância Epidemiológica, controle de endemias, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador no SUS**, descrevendo que suas atividades são públicas e exercidas em articulação e integração com outros setores, dentre os quais os de saneamento básico, energia, planejamento urbano, obras públicas e meio ambiente (BRASIL, 2008, art. 14, § 3).

- *Realização de dinâmica de grupo*

Se algum termo da nova política do SUS Sergipe for citado e lhe for desconhecido você pode consultar o livro "Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe", desta coleção.

Capítulo 2

A Gestão na Vigilância Epidemiológica

"É melhor tentar e falhar, que preocupar-se a ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que sentir-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver." (Martin Luther King)

2.1 Sistema de Vigilância Epidemiológica

Para se falar em vigilância epidemiológica é necessário compreendê-la como **sistema**.

Mas como podemos definir sistema?

Sistema pode ser entendido como *"um conjunto de elementos, de tal forma relacionados, que uma mudança no estado de qualquer elemento provoca mudança no estado dos demais elementos"* (ROBERTS, 1978 apud ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002).

O termo sistema é utilizado em uma ampla área de conhecimento. Vários conceitos são descritos, mas na essência todos indicam **um conjunto integrado de partes que se articulam para uma finalidade comum.** Dessa forma a ideia de sistemas é um princípio organizador do conhecimento. E torna-se evidente que para o seu completo funcionamento é necessário que todas as partes funcionem de forma adequada e articulada.

Na **atividade 1**, foi elaborado através de consenso o entendimento do grupo sobre Sistema de Vigilância Epidemiológica, vamos retomá-lo?

Veja a seguir uma forma de entender o que é Sistema de Vigilância Epidemiológica:

Sistema de Vigilância Epidemiológica pode ser entendido como um "conjunto articulado de instituições do setor público e privado, componente do SUS, que direta ou indiretamente, notifica doenças e agravos, presta serviços a grupos populacionais ou orienta a conduta a ser tomada para o controle dos mesmos". (Guia de Vigilância Epidemiológica/SVS/MS – 2005, p.34)

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica é um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), sua base é a informação-decisão-controle de doenças e agravos específicos. Tem como principais objetivos: elaborar, recomendar e avaliar as medidas de controle e o planejamento.

Conforme Silva Junior (2004), a V Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1975, propôs a criação de um sistema de vigilância epidemiológica em nosso país. Três importantes circunstâncias contribuíram para colocar no topo da agenda do setor saúde, e do próprio Estado brasileiro, a criação do sistema de vigilância:

No início da década de 70, o país viveu uma epidemia de meningite meningocócica de grande magnitude e que produziu um relevante impacto social e político:

- A necessidade de aplicação, no âmbito nacional, da resolução adotada na Assembleia Mundial de Saúde (AMS) de 1968, que recomendava aos estados membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) a estruturação de sistemas de vigilância epidemiológica;

- O prestígio associado aos relevantes êxitos alcançados pela aplicação da estratégia proposta por **Langmuir** no programa global pela erradicação da varíola (SILVA JUNIOR, 2004).

Alexander Langmuir, epidemiologista norte-americano, é considerado um dos principais mentores do desenvolvimento da vigilância como instrumento de saúde pública.

Ainda em 1975 o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi criado, através da promulgação da Lei n° 6.259/1975, regulamentada pelo Decreto Presidencial N° 78.231/1976.

A partir dessa legislação o Ministério da Saúde institui a "notificação compulsória de casos e/ou óbitos de 14 doenças para todo o território nacional", no ano de 1976.

No início de sua criação o SNVE só estabelecia responsabilidades para o Ministério da Saúde e para as Secretarias Estaduais de Saúde, os municípios foram excluídos das ações do sistema. Ainda como característica do SNVE a sua atuação era exclusivamente dirigida às doenças transmissíveis e, entre estas, principalmente as doenças contagiosas agudas, com alto poder de disseminação e, consequentemente, capacidade de produzir epidemias (SILVA JUNIOR, 2004) .

Entre as décadas de 70 e 80, deixando a visão de Programas de Controle específicos e voltando-se para grupos populacionais específicos expostos a riscos de adoecimento, os sistemas municipais de VE foram sendo organizados e se fortaleceram com o SUS e suas ações de descentralização.

Desde o início da organização dos sistemas de vigilância epidemiológica, tanto na América Latina como no Brasil, se caracterizaram por incluir em suas ações a prevenção e o controle de doenças.

Em 1973, no I Seminário Regional sobre Sistemas de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis e Zoonoses, já se admitia que "em determinadas circunstâncias", provavelmente na ocorrência de surtos, a "unidade de vigilância" poderia assumir a responsabilidade pelas ações de controle de doenças (SILVA JUNIOR, 2004).

2.2 Funções da Vigilância Epidemiológica

A partir do conceito da Lei 8.080/90 a Vigilância Epidemiológica assume ações de observação, estudos epidemiológicos, avaliação e planejamento, relacionados ao combate das doenças transmissíveis e não transmissíveis; além das atividades relacionadas às ações de controle, coleta de informações atualizadas, processamento, análise, interpretação, recomendações e disseminação das informações.

Podemos observar que o conceito aborda importantes funções da Vigilância Epidemiológica, no entanto para sua plena execução é necessário articulação entre todas as áreas envolvidas na promoção e cuidado da saúde.

FUNÇÕES DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA:

- coleta e consolidação de dados;
- processamento dos dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação e adoção de medidas de controle;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- retroalimentação e divulgação de informações;
- subsidiar o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde e a normatização das atividades técnicas correlatas.

Para cumprir suas funções a vigilância epidemiológica necessita de dados disponíveis que são a base para o processo de produção de informação para a ação. A qualidade de informação depende de uma coleta de dados eficiente realizada no local onde se dá o evento.

Na instância local, os dados necessitam ser tratados e estruturados para que se transformem em **informação,** que será útil no planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações.

Para que essa informação seja produzida com qualidade é necessário que a instância local seja bem capacitada e permanentemente acompanhada , pois essas informações servirão também para subsidiar as medidas de controle.

Pode-se propor como elementos essenciais da atividade de *vigilância*, que servem para caracterizá-la e diferencia-la de outras práticas de saúde pública, os seguintes:

1. **O caráter de atividade contínua, permanente e sistemática,** o que a diferencia de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional;
2. **O foco dirigido para determinados resultados específicos,** procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançadas;
3. **A utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública,** particularmente os referentes à morbidade e à mortalidade, ainda que outras informações possam subsidiar a análise da situação de determinadas doenças e seus fatores de risco;

4. **O sentido utilitário, pragmático da atividade que, em última análise, visa a estabelecer o controle de doenças** e não apenas ampliar o conhecimento sobre a mesma. (TACHKER; STROUP, 1997; FOEGE et al., 1976; SILVA JÚNIOR, 2004).

2.3 O Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica

Não tento dançar melhor do que ninguém. Tento apenas dançar melhor do que eu mesmo. (MIKHAIL BARYSHNIKOV)

No Estado de Sergipe o processo de descentralização das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças desencadeou-se a partir das publicações das Portarias do MS nº 1.399/99 e 950/99. Respeitando a determinação da legislação federal, foi pactuado, junto à Comissão Intergestores Bipartite – CIB/SE, através da Resolução nº 03/2000, a certificação do Estado e dos 75 municípios, habilitando-os a receber os recursos do **Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças – TFECD**. Com a Portaria do MS nº. 1.172/2004 o TFECD passou a denominar-se Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e os recursos continuaram sendo repassados para os 75 municípios, na categoria fundo a fundo de forma regular e automática. Esse processo vem se repetindo anualmente através de uma **Programação de Vigilância em Saúde – PAVS**, bem como do **Pacto pela Saúde**, que prevê uma série de ações, parâmetros e metas que servem de base para a programação da saúde, a qual deve refletir o compromisso do gestor com a estruturação do sistema de vigilância em saúde.

Para detalhes sobre o Pacto pela Saúde você pode consultar o livro "Atenção Básica no Estado de Sergipe", desta coleção.
No anexo 5 você poderá verificar a lista de ações da PAVS/2009

Ao estabelecer no **Contrato de Ação Pública** uma programação de vigilância epidemiológica com metas anuais de melhoria dos indicadores de saúde pactuados, o gestor estará reafirmando seu compromisso com a integralidade das ações de saúde, investindo também na área de promoção e prevenção. Cada ente federado deverá ter como objeto na sua estrutura gerencial o sistema de vigilância epidemiológica e contar com uma equipe capacitada em saúde pública para elaboração e execução desta programação com as responsabilidades definidas para cada esfera de gestão.

Como você viu no livro da Reforma Sanitária Estadual desta coleção, o contrato de ação pública consolida todos os acordos interfederativos, base para o planejamento sanitário e estabelece as responsabilidades dos três entes federados no financiamento, no cumprimento de metas de produção, de indicadores sanitários, de capacitação de pessoal e de garantia de acesso.

A eficiência do sistema de vigilância epidemiológica depende da contínua e regular avaliação de seu funcionamento para correção de rumos e demonstração de resultados obtidos com as ações desenvolvidas, que justifiquem os recursos investidos na sua manutenção.

Em 2007, após sete anos de Certificação dos municípios, a SES, através da Diretoria Estadual de Vigilância Epidemiológica – DVE realizou diagnóstico situacional "in loco" dos sistemas municipais de vigilância em saúde nos 75 municípios, utilizando como ferramenta um questionário que avaliou estrutura e ações do ponto de vista tecnológico e operacional. Foram detectados problemas como: insuficiência de recursos humanos, materiais, problemas gerenciais e de organização dos serviços. O que pode ter ocasionado a inefetividade do sistema e, consequentemente, inadequação das respostas às necessidades sociais e de saúde que afetam indivíduos e grupos.

A partir dessa aproximação, a SES propôs estratégias de mudança no processo de implementação do SEVE, objetivando o desenvolvimento de uma nova prática sanitária na gestão do SUS estadual, através da integração com a rede de atenção básica, psicossocial, especializada, hospitalar e articulação com as áreas de saneamento básico, energia, planejamento urbano, obras públicas e meio ambiente. Essa proposta transcende os espaços institucionalizados do sistema de serviço de saúde, expandindo-se a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental.

Para que possamos ter êxito na implementação do sistema estadual de vigilância epidemiológica é preciso que os municípios avancem na organização dos sistemas locais no que diz respeito à infraestrutura, financiamento, gestão, organização e prestação de serviços, garantindo autonomia de gestão e resolutividade de forma satisfatória.

Para tanto, a SES propõe, a partir do modelo de organização das ações e serviços da Vigilância Epidemiológica na Rede Interfederativa de Saúde Estadual (RIS), que cada nível assistencial público e privado, incluindo os laboratórios e consultórios particulares, deverá vigiar e notificar doenças e eventos de notificação compulsória do Regulamento Sanitário Internacional e as vigentes no país e no Estado, para as autoridades competentes de seu território de atuação.

A proposta é que as redes de Atenção Primária à Saúde (RAPS), Ambulatorial Especializada (REAE), Hospitalar e Urgência (RAHU) e Psicossocial (RAPS) vigiem e notifiquem a informação para as Vigilâncias Epidemiológicas das SMS. As Vigilâncias municipais devem processar as informações e enviar, nos prazos estabelecidos, para a Vigilância Epidemiológica Estadual que repassará para a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, também dentro dos prazos estabelecidos. Todas as redes de Atenção à Saúde da RIS devem vigiar quem nasce, quem adoece e quem morre no Estado de Sergipe.

Caberá a cada rede o seguinte papel:

A Rede de Atenção Primária à Saúde (RAPS): vigiará quem nasce, adoece e morre em sua área de abrangência e realizará a notificação, investigação, busca ativa, diagnos-

tico, tratamento e medidas de controle incluindo a vacinação adotadas pela rede de Vigilância Epidemiológica definidos em seus programas e protocolos. Os agentes de combate às endemias deverão desenvolver as ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros, bem como do controle da população de animais que represente risco à saúde humana integrado com as ações territoriais dos agentes comunitários de saúde supervisionados pelos demais membros das ESF. Deverá comunicar e referenciar as outras redes de atenção à saúde para assegurar a resolubilidade de atenção e o enfrentamento da situação de saúde-doença.

As Redes Hospitalar e de Urgência, Ambulatorial Especializada e Psicossocial: vigiarão quem nasce, adoece e morre no território. Deverão notificar, diagnosticar e tratar os usuários suspeitos e confirmados dos eventos de Saúde Pública. Os Núcleos de Epidemiologia Hospitalar (NHE) realizarão a notificação, investigação e desenvolverão medidas de controle com os contatos dos pacientes no ambiente hospitalar. Ambas as redes deverão informar à vigilância municipal, que, integrada com a Atenção Básica, adotará as medidas de controle.

A Rede de Vigilância Sanitária (RVS): deverá agir de forma integrada na avaliação dos riscos sanitários, no planejamento e execução das ações de promoção, prevenção e controle.

A Rede de Assistência Farmacêutica (RAF): deverá cooperar tecnicamente com os programas da RVE que envolvem medicamentos, imunobiológiocos e outros insumos estratégicos na aquisição, armazenamento, distribuição, uso e descarte. Disponibilização de protocolos para padronização, utilização e acesso nas redes de atenção à saúde.

As Fundações Estatais de Saúde (FUNESA, FPH E FHS): são pontos sistêmicos do SUS/SE que integram a rede de vigilância epidemiológica através de várias ações.

A Fundação Estadual de Saúde (FUNESA): deverá prover educação permanente dos profissionais envolvidos nas ações de VE; prover o curso técnico de vigilância em saúde; qualificar o nível de especialização e mestrado os profissionais responsáveis diretamente pela gestão da VE; certificar as capacitações de vigilância epidemiológica.

A Fundação Parreiras Horta (FPH): deverá garantir os exames para investigação e diagnóstico das DNC. Capacitar e controlar a qualidade da rede laboratorial do SUS/SE para os exames de interesse para a saúde pública. Manter fluxo articulado de envio de resultados de exames para as VE municipais e estadual. Enviar as amostras de interesse da VE para os laboratórios de referência regional e nacional conforme necessidade. Manter reuniões regulares com os gestores da VE estadual. Possuir estrutura para funcionamento contínuo nas emergências epidemiológicas que necessitam de apoio laboratorial. Manter o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) e esclarecimento de *causa mortis* funcionando de modo ininterrupto, nas 24 horas, diariamente, para recepção de corpos e realizando necropsias de pessoas falecidas de morte natural sem assistência médica ou com assistência sem elucidação diagnóstica, e proceder as devidas notificações e investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de DNC. O HEMOSE deverá notificar à VE estadual os doadores e receptores de sangue com suspeita de DNC.

A Fundação Hospitalar de Saúde (FHS): deverá garantir leitos hospitalares para tratamento das DNC que necessitem internamento. Deverá constituir NHE (Núcleo Hospitalares de Epidemiologia) em todos os hospitais. Constituir comissão de óbito e prontuários ativa integrada com os NHE para avaliar as principais causas de óbitos e investigar a nível hospitalar os óbitos mal definidos, infantis, de mulheres em idade fértil. Notificar o óbito materno em até 24 horas para o CIEVS – Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (plantão 24 horas da VE) e realizar a investigação no âmbito hospitalar. Definir junto as VE estadual e municipais as unidades sentinelas para agravos de interesse para a saúde pública. Ter programa de atendimento a acidentes com material biológico em toda unidade hospitalar.

Para executar as ações que dizem respeito à rede de Vigilância Epidemiológica, a proposta do padrão de serviços a serem prestados segue o modelo abaixo:

Carteira de Serviços

Notificação, investigação epidemiológica, consultas, busca ativa, visitas domiciliares, vacinas, atividades educativas, exames laboratoriais e especializados, recursos terapêuticos (medicamentos, imunobiológicos), ofertas de insumos estratégicos (inseticidas, larvicidas, seringas, agulhas, termômetros, caixas térmicas, geladeiras, ar condicionados, bobinas de gelo, preservativos, EPI), atividades de controle químico e biológico de combate ao vetor, leitos de isolamento. Informação analisada (boletins, informes e notas técnicas). Recomendações e medidas de prevenção e controle das doenças e eventos de interesse da saúde pública. Impressos padronizados e capacitações.

Padrão de organização de serviços (ambiência, insumos, equipamentos, equipes de saúde)

- Organização:

A rede de Vigilância Epidemiológica na RIS comporta os profissionais de saúde, a rede de serviços de saúde, as tecnologias, colegiados e agentes políticos que decidem de comum acordo sobre o sistema (União, Estado e municípios). A Vigilância é uma atividade de Saúde Pública e deve cobrir toda a população para assegurar a eficácia de suas ações, deve ser integral no vigiar, nas recomendações e nas intervenções.

Em todos os níveis deve estar organizada com uma estrutura básica (organograma, espaço físico, recursos materiais e humanos) que permita exercer com qualidade todas as atividades necessárias de promoção, vigilância, proteção, prevenção e controle de doenças ou agravos.

A Vigilância Epidemiológica Estadual deve estar inserida no organograma da SES e instalada em área física que contenha computadores com impressoras e acesso à internet; telefone, fax e e-mail, arquivos, almoxarifado e depósito específico para guarda de inseticidas.

Deverá ser constituída por equipe multidisciplinar, sendo um profissional de nível superior responsável pela gestão estadual da VE (DIRETORIA); 01 profissional de nível superior responsável pela gestão da Vigilância das Doenças Transmissíveis; 01 profissio-

nal de nível superior responsável pela gestão da Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e Imunização; 01 profissional de nível superior responsável pela gestão da Vigilância das Endemias e 01 profissional de nível superior responsável pela gestão dos Sistemas de Informação da VE. Cada programa da VE deverá ter um responsável técnico de nível superior e equipe de informática e operacional (nível médio e superior).

Equipamentos de informática compatíveis com as necessidades dos serviços a serem executados.

Transporte suficiente para a realização das ações dentro de todo o território.

Na VE estadual deve estar localizado o ponto focal para as emergências em saúde pública, devendo ser constituído através de portaria o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância e Saúde (CIEVS), com plantão 24 horas presencial nos dias úteis e sobreaviso à noite, feriados e fins de semana. A equipe do CIEVS deverá ser composta por profissionais de nível superior multidisciplinar e equipe de apoio. O serviço deverá possuir telefone 0800 e e-mail para notificação das emergências em saúde pública. Deverá ocupar área física específica com sala para vídeo-conferência e possuir transporte próprio.

Regras e condições de acessibilidade

Na RIS são portas de entrada para o sistema de VE as Clínicas de Saúde da família, Hospitais Públicos e Privados, Núcleos de Vigilância Hospitalar, Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Comissões de Investigação de Óbitos e Prontuários, Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais, Centro de Informação Toxicológica, Centros de Informações Estratégicas e Respostas de vigilância em saúde, Consultórios Privados, Ambulatórios Especializados, SAMU, CAPS, Laboratórios de Saúde Pública, HEMOSE, IML, SVO, cemitérios, cartórios de registro de óbitos e nascimentos, ANVISA, vigilância sanitária, vigilância ambiental e saúde do trabalhador.

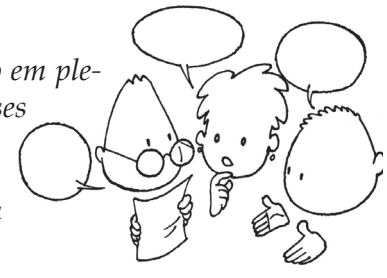
Nos Programas e Protocolos da Vigilância Epidemiológica (Tuberculose, Hanseníase, Doenças Imunopreveníveis e Imunização, Doenças de Veiculação Hídrica, Alimentar e Sanguínea, DST/AIDS, Dengue, Doenças Endêmicas Transmitidas por Vetores e Raiva) estão definidos fluxos, clínica, diagnóstico, tratamento, medidas de controle com papéis de cada profissional em todas as redes de atenção à saúde.

Veja no anexo 4 a atual estrutura da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.

2.4 Sistemas Municipais de Vigilância Epidemiológica

Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver (DALAI LAMA).

ATIVIDADE 3



Reunam-se em grupo e respondam às seguintes questões para apresentação em plenária, conforme orientação do facilitador. Anotem em seus cadernos as sínteses do trabalho de grupo e da plenária final.

1. *Como está organizado o sistema de vigilância epidemiológica em seu município?*

2. *Você se sente integrando esse sistema? Justifique.*

A área de VE tem como prioridade o fortalecimento de sistemas municipais de saúde, que devem ser dotados de autonomia técnico-gerencial para dar respostas adequadas aos problemas de saúde na sua área de abrangência, contribuindo, assim, para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Cabe ao Município o papel executor das ações de saúde e a gestão do Sistema Municipal de Vigilância Epidemiológica.

Qual a estrutura básica que o município deve ter para poder organizar de maneira adequada o seu serviço de VE?

Para implementação do sistema local de vigilância epidemiológica, as Secretarias Municipais de Saúde devem estar organizadas com uma estrutura básica (organograma, espaço físico, recursos materiais e humanos) que permita exercer com qualidade todas as atividades necessárias de promoção, prevenção e controle de doenças ou agravos.

No anexo 6, você poderá verificar no documento que trata da "Certificação dos municípios à gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças" (SES/2000), a estrutura básica necessária, referente a recursos humanos para compor o serviço de Vigilância Epidemiológica de acordo com a população dos municípios sergipanos, proposta à época.

Esta estrutura básica foi reestratificada tomando como base a realidade atual. Assim, a estrutura mínima necessária, referente a recursos humanos e infraestrutura, proposta atualmente pode ser verificada abaixo:

Recursos Humanos Recomendados

Verifique a classificação do seu município quanto aos recursos humanos:

Municípios até 20.000 habitantes	• 1 profissional de nível superior da área da saúde responsável pelo sistema de vigilância epidemiológica; • 1 a 2 profissionais de nível médio treinados (setor operacional); • 1 profissional de nível médio (informação e informática).
Municípios de 20.001 até 50.000	• 1 a 2 profissionais de nível superior da área da saúde e 1 responsável pelo sistema de vigilância epidemiológica; • 2 a 4 profissionais de nível médio treinados (setor operacional); • 1 profissional de nível médio (informação e informática).
Municípios acima de 50.000 habitantes:	• 2 a 6 profissionais de nível superior da área da saúde, sendo um responsável pelo sistema de vigilância epidemiológica; • 5 a 10 profissionais de nível médio treinados (setor operacional); • 1 a 2 profissionais de nível médio (informação i informática).

• Para as ações de campo dos fatores de riscos biológicos recomenda-se 1 agente de campo com carga horária de 40 horas para cada 800 a 1.000 imóveis para uma visita bimestral.

Infraestrutura Necessária

A equipe de vigilância epidemiológica deve estar instalada em área física da SMS que contenha computador (es) com impressora e acesso à internet; telefone, fax e e-mail, arquivo(s) e almoxarifado específico para guarda de inseticidas. Deverá funcionar todos os dias úteis da semana nos dois turnos e garantir transporte para o apoio e execução das ações de VE no território.

A vigilância epidemiológica da SMS da Capital deverá ter o ponto focal para as Emergências em Saúde Pública, devendo constituir através de portaria o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), com plantão 24 horas presencial nos dias úteis e sobreaviso à noite, feriados e fins de semana. A equipe do CIEVS deverá ser composta por profissionais de nível superior multidisciplinar e equipe de apoio. O serviço deverá possuir telefone e e-mail para notificação das emergências em saúde pública.

Conheça aqui as configurações mínimas dos equipamentos de informática para gerenciamento dos sistemas de informações:

- Microcomputadores com configuração compatível ao processamento dos sistemas de informação;
- Sistema Operacional com configuração compatível ao processamento dos sistemas de informação;
- Browser (navegador de internet);
- Memória: no mínimo 1GB.

× ***2ª Tarefa individual***

Responda em seu caderno para posterior discussão:

- *Depois da leitura e discussão sobre a organização do sistema local, qual sua opinião sobre o que aconteceu no município de Flores Verdes? Justifique.*

2.5 Organização das demais redes de atenção

A Vigilância na rede hospitalar deve estar organizada para garantir a notificação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e eventos de interesse da saúde pública através dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE), que devem atuar de forma integrada com os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e Comissão de Óbitos e Prontuários. Na RIS os NHE são classificados de acordo com a complexidade de cada unidade hospitalar, em nível I, II e III. Todo NHE deve ter sala própria, computador e impressora, telefone/FAX e acesso à internet.

Composição mínima das equipes de NHE:

1. Nível I (HOSPITAIS DE PEQUENA COMPLEXIDADE)= 01 profissional de nível superior e 02 profissionais de nível médio (01 função de VE e 01 função administrativa);
2. Nível II (HOSPITAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE) = 02 profissionais de nível superior; 3 profissionais de nível médio (02 funções VE e 01 função administrativa);
3. Nível III (HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE) = 03 profissionais de nível superior e 06 profissionais de nível médio (04 funções VE e 02 funções administrativa).

A rede especializada e psicossocial deverá estar organizada para a suspeita e detecção de casos de DNC e eventos de interesse da saúde pública e sua notificação para a VE municipal. Deverá ser responsável pelo atendimento e acompanhamento dos casos de DNC que necessitem dos ambulatórios especializados. Realizar exames de média e alta complexidade para garantia do diagnóstico, tratamento e reabilitação dos casos indicados.

Na rede de vigilância na atenção primária à saúde as ações de VE devem estar inseridas no cotidiano das equipes, com atribuições e responsabilidades definidas no território

de atuação, integrando os processos de trabalho no planejamento, programação, monitoramento e avaliação das ações. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate a endemias desempenharão as atividades de VE de forma integrada e complementar.

Padrão de depósito e transporte de praguicidas

Os *depósitos* onde são guardados praguicidas devem ser construídos ou adaptados obedecendo a algumas regras básicas. O prédio ou o local de armazenamento deverá ficar isolado do corpo principal de qualquer outro edifício, sempre em piso térreo, em local apropriado e longe de residências e cursos de água. Esses depósitos deverão ser construídos de alvenaria, com boa ventilação e iluminação, piso de cimento com resistência para suportar grandes pesos. Nunca armazenar o material em contato direto com o piso. O local deve ser seguro, com fechaduras apropriadas, telhado resistente e sem goteiras, sinalizando-se em locais visíveis com placas indicativas de proibido fumar e perigo. A exposição ao sol não é recomendado, pois temperaturas elevadas podem colaborar para a deterioração do produto. O local de armazenamento de produto não deve ser utilizado para alojamento ou preparação e guarda de alimentos. No caso especifico dos pontos de abastecimento no campo, onde pequenas quantidades de produtos são guardados para distribuição nas frentes de trabalho, as instruções de segurança, acima relatadas, devem sempre ser observadas com muita atenção.

Para o *transporte de praguicidas* é indispensável o uso de equipamentos de proteção individual, como avental impermeável, luvas nitrílicas e peças faciais. O veículo transportador deve estar equipado com esses materiais para uso do motorista e seu auxiliar. O transporte de inseticidas feito pela própria Instituição deve obedecer à legislação sobre transporte de produtos perigosos. Caso se façam contratos para prestação de serviços de transporte, as empresas escolhidas devem obedecer, também, aos regulamentos vigentes sobre a movimentação desses produtos. No veículo que está transportando inseticida e larvicida fica vedado o transporte de servidores, assim como o de alimentos ou medicamentos junto com os inseticidas. O piso do compartimento de carga do veículo deve estar livre de pregos ou parafusos salientes, evitando-se danos às embalagens. Quando essas forem frágeis ou passíveis de rupturas, recomenda-se que sejam protegidas por materiais e estruturas apropriadas. O rótulo é importante fonte de informação. São exigidos cuidados no sentido de evitar que o mesmo seja danificado ou rasgado; fechos e tampas serão individualmente inspecionados antes de serem colocados no veículo.

ATIVIDADE	EPI DA ATIVIDADE
Grupo 1 – Aplicação de Praguicida 1. Aplicação de larvicida químico(Dengue, Malária)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga curta Boné de Brim Calçado de segurança Luvas nitrílicas Peça semifacial 1resp
2. Aplicação residual de inseticidas(malária, chagas, dengue, calazar)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga longa Capacete de aba total Calçado de segurança Luvas nitrílicas Peça facial completa c/ 2 respiradores
3. Aplicação espacial(UBV) (Dengue, Malária, Calazar)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga longa Capacete de aba total Calçado de segurança Luvas nitrílicas Peça facial completa c/ 2 respiradores Protetor auricular de inserção
Grupo 2 – Atividades em criadouros 2.1- Aplicação de moluscicida(esquistossomose)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga longa Capacete de aba total Calçado de segurança Luvas nitrílicas Peça facial completa c/ 2 respiradores Protetor auricular de inserção Botas de borracha
2.2- Eliminação de criadouros artificiais(Dengue)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga curta Boné de Brim Calçado de segurança Luvas nitrílicas
• Coleta de Material de laboratório no campo 3.1 Coleta de sangue hum./animal em lâmina ou papel de filtro(malária, calazar, filariose)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga curta Boné de Brim Calçado de segurança Luvas látex(procedimentos)

3.2 – Coleta de sangue ou tecido animal(calazar)	Jaleco de manga curta Luvas de látex Óculos de segurança Máscara de tecido descartável
3.3 – Coleta de gotas de UBV(Dengue)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga longa Capacete de aba total Calçado de segurança Luvas nitrílicas Peça facial completa c/ 2 respiradores Protetor auricular de inserção
4 – Captura/Coleta de animais 4.1 – Captura de animais e animais silvestres para exame/sacrifício (raiva, febre amarela)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga longa Capacete de aba total Calçado de segurança Luvas de raspa de couro
4.2 – Coleta de caramujo(esquistossomose)	Calça de brim ou jeans Camisa de manga longa Capacete de aba total Calçado de segurança Luvas nitrílicas
4.3- Captura de triatomíneos(chagas)	Peça facial completa c/ 2 respiradores Óculos de segurança Luvas nitrílicas
5 – Transporte e manuseio de praguicida 5.1 – Transporte de praguicidas	Calça de brim ou jeans Camisa de manga longa Capacete de aba total Calçado de segurança Luvas nitrílicas Peça semifacial

Padrão da Central Estadual da Rede de Frio

- Área física suficiente para o setor administrativo;
- Sala para recebimento e distribuição dos imunobilológicos com proteção da incidência de luz solar direta, teto com forro térmico, bancada com superfície de dupla altura (uma de 45 cm e outra de 70 cm), pia com bancada e armário;
- Espaço físico para câmara positiva, freezer e geladeiras destinado ao armazenamento dos imunobiológicos;
- Ambiente climatizado;
- Paredes cor clara, impermeável e fácil higienização;
- Piso impermeável e de fácil higienização e antiderrapante;
- Aparelhos de ar condicionado;
- Computadores, impressoras, fax e linha telefônica;
- Vigilância patrimonial 24 horas;
- Gerador;
- Manutenção preventiva mensalmente e corretiva dos equipamentos de refrigeração, gerador e caminhão refrigerado;
- Caixas térmicas, termômetros de máxima e mínima e bobinas de gelo para o transporte dos imunobiológicos para as regionais e municípios;
- Almoxarifado para guardar material.

Padrão Rede de Frio Regional

- Área física suficiente para a localização dos equipamentos da Rede de Frio e armazenagem de seringas, agulhas, caixas térmicas, bobinas de gelo reciclável, vacinas e soros (mínimo duas salas);
- Sala de preparo com proteção da incidência da luz solar direta, teto com forro térmico, bancada com superfície de dupla altura: uma de 45 cm e outra de 70 cm;
- Pia com bancada;
- Ambiente climatizado;
- Boa localização para facilitar o acesso de veículos de carga;

- Para cada 20m² de área, deve-se colocar um aparelho de ar-condicionado de 12.000 BTUs, em ambientes com temperatura de até 38ºC, para ambientes mais quentes, deve-se considerar 15 m²;
- Deve dispor de geladeiras comerciais com capacidade entre 600 a 1.200 litros com quatro a seis portas e freezers horizontais;
- Paredes cor clara, impermeável e fácil higienização;
- Piso impermeável e de fácil higienização e antiderrapante;
- Termômetros digitais com cabo extensor para temperatura max e min;
- Gerador;
- Manutenção preventiva mensalmente e corretiva dos equipamentos de refrigeração e gerador.

Padrão da Sala de Vacina:

- Tamanho mínimo de 6m²;
- Paredes cor clara, impermeável e fácil higienização;
- Piso impermeável de fácil higienização e antiderrapante;
- Proteção adequada contra a luz solar direta e arejada;
- Ar condicionado;
- Mesa tipo escrivaninha;
- Cadeiras e maca;
- Armário;
- Pia com bancada para preparo de vacinas;
- Geladeira com capacidade de 280 litros;
- Termômetros digitais com cabo extensor para temperatura max e min;
- Caixas térmicas e bobinas de gelo.

2.6 Modelo Tecnológico

× **3ª Tarefa individual**

Responda em seu caderno para posterior discussão:

1. *O que é tecnologia?*
2. *Quais tecnologias você usaria se estivesse envolvido na situação vivenciada pela equipe do município de Flores Verdes?*
3. *Como anda seu trabalho cotidiano no uso das tecnologias em saúde?*

Conforme você viu no capítulo 1, a epidemiologia é a principal ferramenta para a definição e identificação dos problemas prioritários de uma população, para a articulação das ações e práticas de saúde. Pode contribuir com uma nova consciência coletiva de produção do cuidado em saúde e humanização da assistência.

Para tanto a epidemiologia utiliza-se de diversas tecnologias, tais como: Sistemas de Informação, Programas e protocolos, **Geoprocessamento,** Educação em Saúde, Medicamentos, Insumos, Monitoramento e Avaliação, Análise de Situação de Saúde, Divulgação de Informações, construção de indicadores, estudos epidemiológicos, planejamento, supervisão e pesquisa.

Geoprocessamento é um conjunto de tecnologias de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de informações espaciais voltado pra um objetivo específico. (RODRIGUES, 1993, apud BRAGA, 2008, p. 389).

Por tecnologia, entende-se o "conjunto de conhecimentos científicos e empíricos, de habilidades, experiências e organização requeridos para produzir, distribuir, comercializar e utilizar bens e serviços inclui tanto conhecimentos teóricos como práticos meios físicos "Know how", métodos e procedimentos produtivos, gerenciais e organizacionais, entre outros e, como atividade, a tecnologia é entendida como a aplicação para os conhecimentos já existentes". (SÁENZ; CAPOTE, 2002, p. 47 apud CONASS, 2007, p.1).

Merhy (1997) estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde:

- A das máquinas e instrumentos, denominada por ele de "tecnologias duras";
- A do conhecimento técnico, denominada por ele de "leve-duras";
- E a das relações, denominada por ele de "tecnologias leves".

A partir desses referenciais é importante refletir como a organização do trabalho interfere no modo de organização do cuidado aos usuários e que tecnologia prevalece no momento da assistência. O que se deseja como resultado da ação do cuidado é reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e criar autonomia nas pessoas para viverem a vida, enfim humanizar a assistência.

No livro da "Atenção Básica no Estado de Sergipe" desta coleção, você pode aprofundar conceitos e usos sobre tecnologias em saúde.

2.7 Ações Programáticas

É importante ver a Ação Programática como uma tecnologia de cuidado e de vigilância à saúde e não como uma ação burocratizada, pois esta ação assume papel importante no cuidado às pessoas com doenças crônicas e situações especiais de vulnerabilidade.

As ações prioritárias de vigilância estabelecem um conjunto de atividades e metas, discutidas e acordadas entre a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), relativas à área de vigilância, prevenção e controle de doenças. Essas ações estão agrupadas da seguinte forma:

- Notificação de doenças e agravos;
- Investigação epidemiológica;
- Diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública;
- Vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses;
- Controle de doenças;
- Imunizações;
- Monitorização de agravos de relevância epidemiológica;
- Divulgação de informações epidemiológicas;
- Elaboração de estudos e pesquisas em epidemiologia;
- Alimentação e manutenção de sistemas de informação;
- Acompanhamento das atividades programadas;

- Assessorias;
- Planejamento.

× ***4ª Tarefa individual***

Responda em seu caderno para posterior discussão:

- *Escolha uma função e uma ação programática citadas acima e descreva uma situação vivenciada por você em sua prática diária, inusitada ou não.*

A seguir iremos aprofundar discussões sobre algumas das tecnologias utilizadas na prática das ações de vigilância epidemiológica.

2.8 Monitoramento e Avaliação

> *O propósito dos sistemas de atenção à saúde, em seu núcleo e através de inúmeras partes, é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais eqüitativa, ao maior número de pessoas* (DONABEDIAN, 1986).

× ***5ª Tarefa individual***

Responda em seu caderno para posterior discussão:

1. *O que você considera monitoramento e avaliação?*
2. *Você acha que houve falhas no monitoramento e avaliação das ações de vigilância epidemiológica no município de Flores Verdes? Justifique.*

No processo de descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica, os Estados e a União assumem como uma das suas competências o acompanhamento e avaliação dos sistemas municipais, sendo o monitoramento um instrumento importante para o alcance adequado de metas, buscando garantir o controle efetivo das doenças/agravos de relevância.

O monitoramento busca acompanhar os municípios de forma sistemática, produzindo diagnósticos fidedignos sobre a situação de saúde, que permitam otimizar a utilização de recursos e a execução de ações.

Trata-se de um acompanhamento diário das atividades, para se ter certeza de que elas estão sendo desempenhadas conforme o planejado e dentro da programação.

No entanto o acompanhamento diário das atividades é de competência de todas as esferas de gestão. O município deve também exercer essa ação na sua rotina diária.

Segundo Last, monitoramento é: "elaboração e análise de mensurações rotineiras visando detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde da comunidade" (LAST, apud TEIXEIRA, 2003, p.2).
Para Contandriopoulos et al. "Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão" (Contandriopoulos et al UCHIMURA; BOST, 2002, p.2).

A avaliação é uma maneira de se aprender, a partir da experiência, a melhorar as atividades em curso e a promover um melhor planejamento.

O esforço mais bem-sucedido de classificação das abordagens possíveis para a avaliação em saúde foi desenvolvido por **Donabedian** (1980), que concebeu a tríade **"estrutura-processo-resultados"**, a partir do referencial teórico sistêmico.

Avedis Donabedian nasceu em 1919 em Beirute, no Líbano, formou-se em medicina pela Universidade Americana de Beirute, foi um dos mais renomados professores da School of Public Health of the University - Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan. Seu trabalho profissional centrou-se na sistematização do conhecimento em toda organização de saúde, especialmente no que diz respeito à avaliação da qualidade e monitorização. Suas contribuições incluem seis livros e muitas outras publicações.

> Para este autor, particularmente preocupado com a aferição da qualidade do cuidado médico, a "estrutura" corresponderia às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais; o "processo" corresponderia ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os "resultados" seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também poderiam ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado (SILVA; FORMIGLI, 1994, p.4).

Donabedian definiu sete atributos como os pilares de sustentação da qualidade em saúde: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade (D'INNOCENZO, ADAMI; CUNHA, 2006).

Entre os sete pilares citados por Donabedian (apud D´INNOCENZO et al, 2006, p. 85), destacamos 3 considerados pelo autor como o triângulo da qualidade em saúde:

- **Eficiência – Relação entre os resultados e os recursos empregados** (recursos, estrutura, capacidade instalada, cobertura).
- **Eficácia – Grau de alcance das metas programadas em um determinado período de tempo** (processo, desempenho).

- **Efetividade – Relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos esperados)** (resultados, impacto).

Também fazem parte de atributos da qualidade: acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica, a continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional e o usuário.

Avaliar a qualidade na área da saúde não é tarefa fácil, porém a avaliação é uma ferramenta indispensável para quem gerencia esses sistemas pois se faz necessário utilização de instrumentos de avaliação e indicadores de desempenho institucional que sejam úteis na administração dos serviços que servira de apoio na tomada de decisão.

Matus (1987), ressalta que a incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde poderia propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas. Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem se constituir em matéria prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços, também chamada de monitoramento, ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de saúde, como uma "sala de situações" para o planejamento (MATUS, 1987, apud SILVA ; FORMIGLI, 1994).

Para a realização de estudos avaliativos a Pesquisa Operacional pode ser uma opção de tipo de pesquisa a ser implementada, pois possibilita aos gerentes e gestores evidências necessárias para melhorar os aspectos operacionais das ações de programas e serviços.

As informações coletadas por este tipo de pesquisa se tornam necessárias visto que os dados normalmente coletados na rotina dos serviços são muitas vezes limitados, dando conta de proporcionar informações sobre o gerenciamento dos serviços porém não disponibilizando informações sobre o ponto de vista dos usuários.

Sua utilização no cotidiano pode contribuir para o desenvolvimento de profissionais de saúde e como ferramenta prática para melhorar a efetividade dos programas e serviços, cujas investigações podem ser direcionadas para temas como: integração dos programas na rede básica; impacto psicológico e social de reabilitação cirúrgica; qualidade do sistema de informações em saúde; efetividade da detecção de novos casos, de campanhas de educação em saúde e da descentralização de ações e serviços; além das necessidades de saúde na perspectiva dos usuários, entre outros.

Alguns exemplos de pesquisa operacional realizadas pela VE estadual:

Em 2005 foi realizado, em 05 etapas, um estudo que utilizou metodologia qualitativa e quantitativa buscando descrever o processo de descentralização das ações básicas no controle da hanseníase em Sergipe. Foram considerados os seguintes aspectos do processo de descentralização: estrutura, processo de trabalho e resultados, tomando como norteadores a implementação do plano de ação, a percepção dos profissionais, a visão dos usuários, a visão de coordenadores e gestores e a organização e estrutura dos serviços de saúde. Foram selecionados municípios Hiperendêmicos com alta taxa de cura, baixa taxa de cura e silenciosos no ano de 2003. Este estudo resultou em alguns trabalhos e abaixo trazemos 3 desses:

1. **AÇÕES DE HANSENIASE NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DO PSF EM SERGIPE** – realizou-se dois grupos focais abordando temas sobre desenvolvimento do programa, capacitação, monitoramento, atuação dos profissionais e sugestões. Entre outras questões foi observado que as capacitações na área de hanseníase acompanhadas de monitoramento/supervisão e UBS com uma rotina de serviço mais organizada produziu melhor resultado na qualidade da atenção prestada.
2. **AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE HANSENIASE NA VISÃO DO USUÁRIO** – utilizou-se questionário composto de vários blocos de perguntas abertas e semi-estruturadas. Comparando-se os municípios,com alta cura e os com baixa cura,chama atenção os seguintes resultados: a principal eficácia dos mecanismos de comunicação para o grupo de alta cura foi a TV e para os de baixa foi a ação do agente comunitário de saúde, em função do melhor entendimento da linguagem;sobre os aspectos de qualidade a prioridade para os de alta cura foi a informação e para os de baixa os agentes de saúde simpáticos. Em todos os aspectos estudados os municípios de baixa cura apresentaram menos qualidade na atenção ao usuário com hanseníase.

Outros estudos:
- AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO NÍVEL MUNICIPAL.

- PROPOSTA DE FLUXO DE REGULAÇÃO E SERVIÇOS DE APOIO DIGNÓSTICO PARA A REDE DE ASSISTÊNCIA LABORATORIAL DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE SERGIPE.

- Entre outros.

E a supervisão, como se encaixa?

"O significado das coisas não está nas coisas em si, mas sim em nossa atitude com relação a elas." (Antoine de Saint-Exupéry)

Enquanto o monitoramento e avaliação lidam com o seguimento das atividades e seus resultados, a supervisão trata de pessoas executando o trabalho.

Segundo o manual técnico da OMS "On being in charge" a supervisão é definida como uma maneira de assegurar o rendimento, a eficiência e a competência do pessoal através da observação, discussão, apoio e orientação. (OMS, apud SECRETARIA ESTADUAL DE MINAS GERAIS, 2005).

Muitas são as justificativas para o desempenho insatisfatório das funções e tarefas nos serviços de saúde e melhorar esse desempenho é um grande desafio gerencial. A supervisão proporciona oportunidade para apoiar, orientar e motivar os profissionais no aperfeiçoamento das suas atribuições, assim como para aprender.

A supervisão pode ser realizada através da verificação das tarefas:

- **Diretamente** - através de fornecimento de apoio, treinamento e contínua orientação, *in loco*;
- **Indiretamente** – através da revisão de relatórios e outras fontes de informação relacionadas ao desempenho de pessoal, fornecendo retroalimentação.

Os objetivos da supervisão devem ser:

- Aperfeiçoar a execução melhorando a qualidade;
- Facilitar a superação das dificuldades encontradas;
- Desenvolver a motivação da equipe;
- Assegurar adoção de objetivos adequados;
- Promover o crescimento pessoal.

Para o alcance desses objetivos é necessária, entre outras coisas, a definição de um instrumento de supervisão adequado para avaliação da execução das tarefas que deve contemplar as áreas de conhecimento, atitude e habilidade. É importante que o instrumento utilizado permita uma visão técnica gerencial do desempenho no contexto onde o serviço está inserido.

A supervisão é uma atividade que deve ser assumida pelo nível local, mas que é de competência de todos os níveis e áreas do SUS, sendo assim se constitui uma das ferramentas utilizadas pela vigilância epidemiológica para melhora da qualidade de suas ações.

× ***6ª Tarefa individual:***

Responda às questões abaixo em seu caderno para posterior discussão:

1. *Você lembra que na situação-problema o Dr. Tito, médico do pronto atendimento, referiu*

que nos seus últimos plantões o número de pacientes triplicou e que a maioria apresentou sintomas de dengue? Essa situação era desconhecida para Josefa, pois, como ela relatou, o número de casos notificados por dengue não apresentava uma situação preocupante, mas com os relatos ouvidos na reunião a situação parecia ter realmente uma proporção maior do que se apresentava nos dados existentes.

2. *O que você acha que faltou na situação vivenciada pela equipe do município de Flores Verdes? Por quê?*

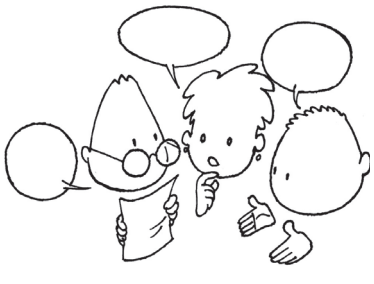
3. *Quais seriam as medidas de controle que você orientaria?*

4. *Olhando para o que ocorreu na situação-problema que relação você faria com o triângulo da qualidade em saúde?*

2.9 Análise de Situação de Saúde

"O leitor que mais admiro é aquele que não chegou até a presente linha. Neste momento já interrompeu a leitura e está continuando a viagem por conta própria." (Mário Quintana).

ATIVIDADE 4



Em grupo, discuta sobre as questões propostas abaixo, fazendo síntese para apresentação em plenária:

1. *O que você entende por análise de situação de saúde?*

2. *Para que serve análise de Situação de Saúde?*

3. *Reflita sobre sua prática: qual a forma utilizada por você para conhecer a situação de saúde da população local?*

4. *Você identifica alguma diferença entre o que você caracteriza como problema de saúde e o que a população entende como sendo problema de saúde para ela?*

5. *Que informações você acha que seriam necessárias para elaboração de análise de situação de saúde do Município de Flores Verdes?*

Para organização das práticas de saúde e o desenvolvimento de um novo modelo de atenção é importante desenvolver uma capacidade de análise da situação de saúde das populações, onde a estratégia de Vigilância à Saúde e integração dos programas de prevenção e controle dos agravos, entre outros, podem oferecer subsídios relevantes.

A busca pela mudança do modelo de atenção passa por novas atitudes no trabalho em saúde tomando como norteador o conceito ampliado de saúde, ou seja, a valorização da interação com o usuário e o trabalhador, desenvolvendo ações intersetoriais, que envolvam prioritariamente aspectos econômicos, sociais, educacionais, culturais e científicos. A ação em saúde deve priorizar, além das condições agudas, as condições e manejos de doenças crônicas que demandam grande atenção dos serviços impactando as análises de avaliação de saúde.

A análise de situação de saúde deve ser realizada desde a esfera federal, estadual até a municipal, sistematicamente, periodicamente para subsídio ao planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação dos programas desenvolvidos.

As informações fornecidas pelos sistemas devem servir de subsídios ao controle social e serem úteis aos profissionais de saúde e à comunidade, como forma de conhecimento sobre a realidade local, colaborando para o exercício da cidadania.

Para aprofundar a discussão sobre a importância do controle social, retorne ao livro da Reforma Sanitária Estadual desta coleção.

A análise de situação de saúde das populações encontra espaço privilegiado na epidemiologia, contribuindo na definição de políticas públicas e na avaliação do impacto de intervenções.

Para realizar análise de situação de saúde, além dos dados e informações fornecidas pelos sistemas de informação de VE, se faz necessária a coleta e consolidação de outras informações como as demográficas, sociais e educacionais.

É importante, para subsidiar a análise de situações de saúde, o conhecimento sobre a estrutura e a dinâmica espacial da população. O conhecimento sobre a análise espacial colabora no reconhecimento do contexto no qual um evento de saúde ocorre e amplia o olhar para processos sócio-ambientais envolvidos na avaliação de processos e estruturas sociais.

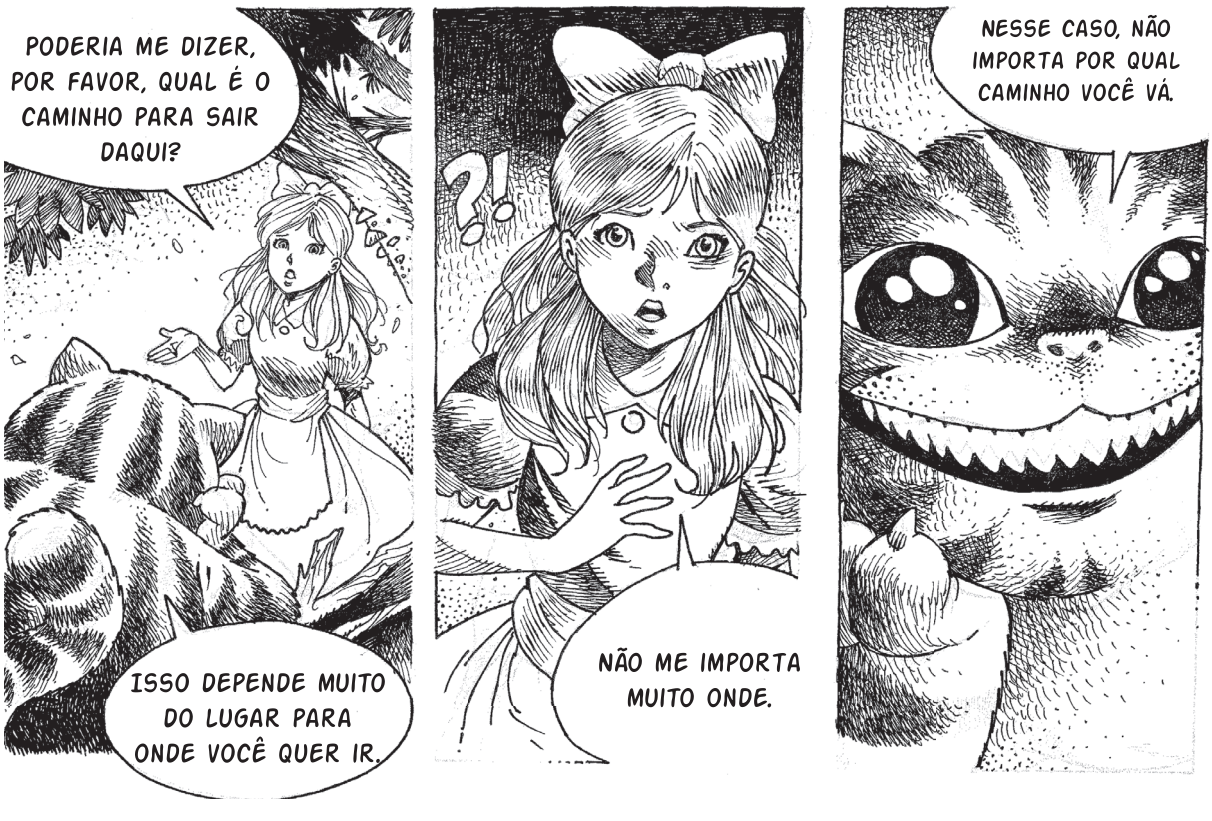
A análise de situação de saúde é intrinsecamente espacial. Quanto maior a identidade entre a população e seu território, mais facilmente podem ser elaborados os diagnósticos e planejadas as ações de saúde. A situação de saúde é o resultado da relação de grupos sociais com seu território (BARCELLOS; SABROZA; ROJAS, 2002).

2.10 Planejamento em Saúde

× **7ª Tarefa individual**

Responda em seu caderno para posterior discussão:

1. *Para você o que é e qual a importância do planejamento em saúde?*
2. *Essa é uma ferramenta utilizada na sua rotina de trabalho?*
3. *Em caso positivo na pergunta número 2, relate de que forma e com que periodicidade se faz planejamento na sua rotina de trabalho; como se dá a operacionalização e que contribuição traz no resultado do trabalho.*
4. *Em caso negativo na pergunta número 2, informe: por que isso acontece? Que fatores contribuem para não operacionalização?*



O diálogo citado acima faz parte do livro Alice no País das Maravilhas, de Lewis Carroll, e ocorre entre Alice e o Gato, quando ela se encontra numa encruzilhada, sem saber ao certo para onde ir.

A essência do planejamento é demonstrada nesse diálogo porque deixa clara a distância que ocorre entre o deixar-se levar pelo acaso e o definir-se antecipadamente aonde se quer chegar.

O planejamento serve exatamente para isto: determinar aonde se quer chegar (para onde queremos conduzir um sistema) e tomar as decisões pertinentes que, acreditamos, nos levará ao ponto desejado.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (TANCREDI; BAIRROS; FERREIRA, 1998).

Com a descentralização das ações, o nível local passa a assumir as responsabilidades pela direcionalidade do sistema de saúde em seu território. O planejamento é instrumento de trabalho essencial para o gestor. No entanto, a elaboração do planejamento deve se dar de forma participativa e não centralizada, evitando que a administração local seja baseada em ações que sirvam exclusivamente para "apagar os incêndios", "atender à demanda urgente", "gerar consultas", etc.

Basicamente, planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas decorrentes dos seguintes questionamentos: "o quê", "por que", "como", "quando", "com quem" e "com o quê".

O planejador deve ser sempre:

- Aquele que tem a responsabilidade políticoadministrativa direta e indireta de resolver o problema e garantir a saúde da população;
- Quem conhece e tem experiência (técnicos);
- Quem sofre os problemas (usuário).

Assim, o planejamento deveria ser sempre elaborado por quem executa, com envolvimento e participação da comunidade.

Em saúde, assim como em qualquer área, para trabalhar com planejamento é necessário realizar um levantamento mais profundo da situação do município, ou seja, a elaboração de um diagnóstico situacional. E deve partir de um perfil epidemiológico da população e da análise dos fatores geográficos, demográficos, políticos, econômicossociais, culturais e institucionais que influem na saúde dos indivíduos e da comunidade (TANCREDI, BAIRROS; FERREIRA, 1998).

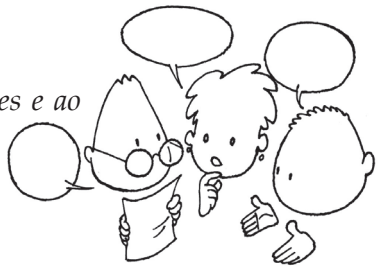
A epidemiologia tem sido uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços.

O planejamento também é uma ferramenta essencial na prática das ações de vigilância epidemiológica. Além de levar em conta as informações epidemiológicas e demais informações que possam influenciar no estado de saúde da população, também deve ter um caráter participativo, onde a equipe de saúde e representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e respectivas propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação.

Assim, o planejamento é entendido como uma ferramenta da gestão da vigilância epidemiológica e incorpora princípios fundamentais presentes na formulação da estratégia Saúde da Família, tais como a corresponsabilidade sanitária.

No livro "Atenção Básica no Estado de Sergipe", desta coleção, você pode aprofundar seus conhecimentos sobre planejamento.

× Atividade síntese 1



Reúnam-se em grupos e retornem às respostas das tarefas, das atividades e ao texto trabalhado nesta unidade e, baseados na tríade de avaliação em saúde proposta por Danabedian, façam uma análise do processo de trabalho no sistema local da vigilância epidemiológica em seu município, para apresentação em plenária.

Não esqueçam: anotem em seus cadernos a conclusão do grupo e as discussões em plenária.

Capítulo 3

Vigilância Epidemiológica e Cuidado

"Não há amor fora da experiência do cuidado. A vida requer cuidado, os amores também". (Pe. Fábio de Melo)

× ***8ª Tarefa individual***

Responda em seu caderno, com base na situação-problema e em seus conhecimentos, para posterior discussão:

1. *Como você caracteriza o cuidado ao usuário naquela situação-problema?*
2. *Como você entende território e espaço?*
3. *Há alguma relação entre território, espaço e cuidado? Justifique.*

3.1 Território, espaço e cuidado

Nos capítulos 1 e 2 você percebeu que uma das questões centrais da epidemiologia é a busca da causa e dos fatores que vão influenciar na ocorrência dos eventos relacionados ao processo saúde-doença. Neste contexto, a expressão saúde-doença é empregada para adjetivar o processo social, ou seja, a passagem de um estado de saúde para um estado de doença.

Buscando aprofundar o eixo da prática de Vigilância Epidemiológica (VE) dentro dos princípios do SUS, utilizaremos neste capítulo as seguintes dimensões: **território, espaço** e **cuidado.**

Sendo portadora do conhecimento e da caracterização da realidade de cada território, a epidemiologia facilita o relacionamento com as condições de saúde da população sendo capaz de propor medidas transformadoras para melhorar as condições de saúde da coletividade.

Com o avanço do SUS e com a criação de novas terminologias e tecnologias, como também de novos conceitos envolvendo o processo de cuidado, é de suma importância a compreensão do seu significado dentro da Vigilância Epidemiológica.

Alguns fatores interferem nas condições de vida das pessoas, como, por exemplo, fatores econômicos, culturais, políticos e religiosos que vão exercer influência na nossa maneira de agir dentro da sociedade. Eles vão influenciar na saúde das pessoas, dependendo das condições favoráveis ou desfavoráveis ao processo saúde-doença.

Podemos considerar o cuidado em saúde quando falamos em promoção, proteção, prevenção, recuperação, reabilitação, manutenção, diagnóstico e tratamento, ações primordiais para o processo saúde-doença. E vai mais além, cuidar é respeitar, acolher, ter

vínculo e resolutividade. Olhar para o usuário na sua totalidade proporcionando-lhe o cuidado da atenção integral à saúde.

Quando falamos sobre **território** nos referimos ao **espaço geográfico**. A transformação do espaço geográfico em território vai se realizando através da ação do homem: na construção de casas, saneamento, plantações, povoados, estradas, ruas etc., formando o território que corresponde à extensão de terra e sua soberania.

Dentro do território ocorre um processo de mudança das práticas exercidas tornando-as mais próximas da realidade da comunidade, modificando-a e contribuindo para o processo saúde-doença.

No entanto, o território não deve ser compreendido apenas como um espaço geográfico, mas, sim, como o local em que se dá o processo de vida da comunidade, a interação de distintos atores sociais com qualificações sociais, econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e históricas distintas.

Portanto, o conceito de espaço na vigilância epidemiológica vai mais além do espaço geográfico onde podem ocorrer as doenças. Ele passa a ser empreendido não só na sua dimensão, natural ou administrativa, mas do espaço social e historicamente constituído, como expressão de transformações sociais.

Nessa compreensão de transformação social e histórica vai proporcionar orientação para a investigação de casos, permitindo o desenvolvimento das ações. A imunização pode ser dada como exemplo, quando a situação da cobertura de vacinação nos permitir identificar onde concentrar a ação.

As condições de saneamento básico, baixa cobertura vacinal, manancial contaminado ou a falta de uma rede de Atenção à saúde, podem identificar os tipos de doenças daquele espaço. Existem vários elementos geográficos espaciais que podem contribuir para o desenvolvimento de diversos tipos de doenças. Exemplo: o clima, fauna, relevo, alimentos, tipos de habitação, ambiente de trabalho e outros. Por isso podemos dizer que a doença pode ser diferente em distribuição geográfica como: Estados, municípios e localidades.

Uma comunidade pode determinar o tipo de doença ou problema de saúde, dependendo das seguintes referências: fatores ou condicionantes ambientes naturais ou sociais.

Segundo Santos (1996), não devemos confundir o espaço com o território. O espaço é conceituado como a totalidade verdadeira: a configuração territorial, a paisagem e a sociedade.

Em um território podemos controlar os riscos através da caracterização das ações de proteção desenvolvidas pela Vigilância Epidemiológica juntamente com outros setores da saúde. É de grande importância para identificação dos pontos de articulação com outros setores para operacionalização das ações próprias da Saúde Pública.

3.2 Risco, vulnerabilidade e resiliência

× ***9ª Tarefa individual***

Responda em seu caderno para posterior discussão:

1. *Para você o que é risco?*
2. *O que você entende como fator de risco e risco epidemiológico?*
3. *O que você entende por vulnerabilidade e que fatores podem intervir no grau de vulnerabilidade?*
4. *Na sua rotina de trabalho como são desenvolvidas as ações de intervenção às vulnerabilidades?*

O risco na epidemiologia é a probabilidade que tem uma pessoa sadia, quando exposta a certos fatores, de vir a adoecer. Esses fatores junto ao aumento do risco são chamados de fatores de risco. Porém alguns fatores conferem ao organismo do indivíduo a proteção contra certa doença. Quando isso acontece chamamos de fatores de proteção. A interação entre os fatores de risco e a proteção pode reduzir ou não a probabilidade da pessoa adoecer.

Existem alguns pontos importantes em relação aos fatores de risco: um fator pode ser de risco para várias doenças, como exemplo o tabagismo, que é fator de risco para o câncer, o coração e o aparelho respiratorio. Outro ponto é que varios fatores podem estar ligados à gênese de uma mesma doença, formando em agentes casuais múltiplos.

O enfoque de risco busca identificar, compreender, significar e intervir sobre as situações de risco individual e coletivo do território, buscando reduzir a vulnerabilidade de grupos, famílias e indivíduos, intervindo para ampliar o grau de resiliência em cada situação. Para tanto são utilizadas ações coletivas, educação popular em saúde, mobilização social, articulação intersetorial e fortalecimento do controle social, entre outros.

Ayres *et al* (1999) apontam:

> um modelo de vulnerabilidade conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a **vulnerabilidade individual** (grau e qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática), do contexto social ou **vulnerabilidade social** (a avaliação e a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições) e do programa de combate à doença, ou **vulnerabilidade programática** (avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção) (AYRES et al, 1999, apud MUNOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

O modelo citado tira do foco a causalidade individual e amplia o olhar para a coletividade.

A proposta de Ayres et al., aponta a necessidade de mudança de práticas na medida em que amplia o entendimento para além da responsabilidade individual apontando a necessidade de envolvimento de atores de diversos setores da sociedade e da transdisciplinaridade, o que exige um marco referencial diferente do utilizado na epidemiologia clássica.

Para intervir em situações de vulnerabilidade é necessário o desenvolvimento de ações que envolvam a população na busca de estratégias passíveis de execução para resolução de problemas e de necessidades de saúde.

"O fracasso é uma oportunidade de começar novamente, com mais inteligência" (Henry Ford).

E de resiliência, você já ouviu falar?

A resiliência é entendida como a capacitadade que um indivíduo tem de suportar uma determinada situação, colocando em confronto com os desafios que se instalam em seu interior, os quais colocam à prova sua capacidade de enfrentá-los, podendo transformá-los em positivo para si.

> A compreensão do conceito envolve o entendimento da interação entre a adversidade e fatores de proteção internos e externos ao sujeito, assim como do desenvolvimento de competências que permitam a uma pessoa obter sucesso diante da adversidade. Diante de eventos traumáticos, os elementos de proteção assumem papel facilitador no caminho da construção da resiliência (RUTTER, 1987 & ASSIS, 1999, apud SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S., 2005).

Segundo Schenker e Minayo (2005), estudiosos têm identificado três categorias de fatores de proteção em crianças e adolescentes resilientes:

- *individuais:* temperamento que favoreça o enfrentamento do problema, autoimagem positiva e a capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas;
- *familiares:* que se traduzem em suporte, segurança,bom relacionamento e harmonia com pais e no ambiente de relações primárias;
- *extra familiares* ou *ambientais:* quando se referem ao suporte de pessoas significativas e experiências escolares positivas. (EMERY; FOREHAND, 1996; WERNER, 1996; ASSIS, 1999; ASSIS; CONSTANTINO, 2001, apud SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S., 2000, p. 712).

Para o indivíduo desenvolver maior capacidade de resiliência é necessário o apoio, compreensão nos seus momentos mais difíceis, com isso aumenta seu potencial de tornar a situação em ação positiva para ele.

3.3 Participação da comunidade

Como você viu acima, para entender e trabalhar a questão da vulnerabilidade e a resiliência é preciso se aproximar do "outro" e para isso é importante o uso de meios que possam colaborar no desenvolvimento do "cuidado".

Sanchez & Bertolozzi (2007) citam que:

> Especificamente em relação à operacionalização do conceito de vulnerabilidade, Figueiredo e Ayres apresentam um processo de intervenção comunitária para a redução da vulnerabilidade de mulheres às doenças de transmissão sexual, numa favela de São Paulo. Os autores verificaram que as estratégias que respondiam às necessidades e interesses da comunidade, além daquelas que respondiam às representações sobre essas enfermidades, tiveram sucesso, o que mostra a importância de se aproximar à população e conhecer suas necessidades, já que é a partir dela que se podem encontrar alternativas de intervenção às vulnerabilidades (FIGUEIREDO; AYRES, 2002 apud SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Cada vez mais a Vigilância Epidemiológica vem buscando trabalhar estas questões procurando apoiar a comunidade para o desenvolvimento de estratégias que aumentem o seu **"empoderamento", ou seja, sua participação,** e que as iniciativas relacionadas ao cuidado à saúde tenham **sustentabilidade.**

Sustentabilidade é a propriedade de um processo que, além de continuar a existir no tempo, revela-se capaz de: (a) manter padrão positivo de qualidade, (b) apresentar, no menor espaço de tempo possível, autonomia de manutenção (contar com suas próprias forças) e (c) promover a dissipação de estratégias e resultados, em detrimento de qualquer tipo de concentração e/ou centralidade, tendo em vista a harmonia das relações sociedade-natureza (ICONS, 2003, p.12).

A Constituição Federal e a Lei 8080/90, tratam da reforma sanitária e trazem as diretrizes para organização do SUS como a participação social. Os conselhos municipais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde têm demonstrado ser um importante instrumento de "empoderamento" da comunidade exercitando o poder de decisão colaborando na organização dos serviços de saúde.

Na utilização do instrumento de "empoderamento" devemos lembrar a importân-

cia do contexto social, cultural, político, religioso, econômico e histórico da comunidade para que ela possa participante. Para não correr o risco de ser um agente externo e não, participativo nas ações de decisões.

Como no exemplo citado acima, na situação vivenciada pelos autores Figueiredo e Ayres, na maioria das vezes as experiências mais bem-sucedidas, de participação da comunidade.

É muito importante levar em consideração a experiência dos indivíduos dentro da comunidade, isto vai permitir a corresponsabilidade dentro do processo. O alvo dos programas deve ser a comunidade e, para isso é necessário torná-la sujeito do processo de mudança e não sujeitos passivos.

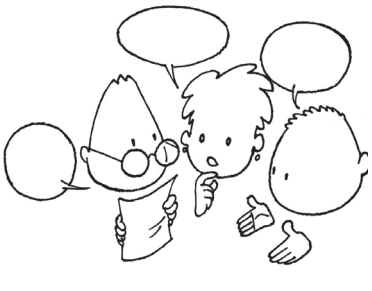
A atuação dos conselhos deve contribuir para uma relação igualitária e horizontal com a comunidade de forma a estimular a participação consciente e voluntaria.

A participação da comunidade e a articulação interinstitucional têm como objetivo a construção de processos sustentáveis e para tanto exigem a avaliação e a reflexão crítica permanente do processo de trabalho.

Para aprofundar-se nessa discussão recorra ao livro "A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe", desta coleção.

× Atividade síntese 2

Reúnam-se em grupo e, utilizando como referencial as respostas das tarefas e o texto discutido nesta unidade, retornem à situação-problema e elaborem um processo de intervenção que envolva a comunidade, para ser apresentado em forma de dramatização.

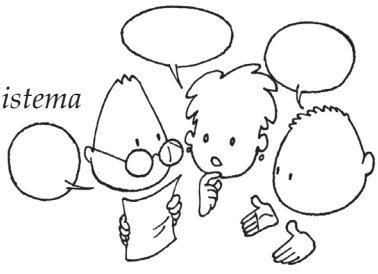


Não esqueçam: anotem em seus cadernos a conclusão do grupo e as discussões da apresentação.

Capítulo 4

Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica

ATIVIDADE 5



Reúnam-se em grupo e discutam as seguintes questões referentes a cada Sistema de Informação da vigilância epidemiológica, para serem apresentadas em plenária, o que será aprofundado no próximo livro Protocolo do Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica. Anote no seu caderno:

1. *Retorne à situação-problema e responda: por que as notificações de todos os casos suspeitos de dengue existentes na UBS e no pronto atendimento, não chegaram até a Vigilância Epidemiológica?*
2. *O que você entende por dados e informação?*
3. *O que é para você o SIM, SINASC, SINAN.*
4. *Como você utiliza os instrumentos de cada um desses sistemas e quais as dificuldades?*
5. *Qual o objetivo desses sistemas de informação?*
6. *O que é feito com esses dados e informações?*
7. *O que é Unidade Notificadora?*
8. *Quais são as unidades notificadoras de seu município?*
9. *Como está organizado o fluxo das informações em seu município?*
10. *Qual o sentido para você desse fluxo?*
11. *Como está a qualidade dos preenchimentos dos dados dos sistemas de informação? Justifique sua resposta.*
12. *Quem faz a avaliação dos preenchimentos dos dados?*

"Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível". (Charles Chaplin)

4.1 Divulgação de informações epidemiológicas

A finalidade da informação em saúde é a de identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população e fornecer subsídios para a análise de situação de saúde, a programação das ações e o planejamento em saúde.

Sendo assim, a informação é ferramenta essencial para o trabalho em saúde, por se constituir a base para o processo ***informação - decisão - ação***.

Nós que trabalhamos na saúde pública necessitamos saber que o sistema de vigilância epidemiológica trabalha com diversos tipos de dados. Sua base é a notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de doenças, agravos e eventos vitais, objetos de notificação compulsória, embora ele possa, também, utilizar dados coletados em prontuários médicos.

Vamos entender a diferença entre dado e informação?

Os eventos que queremos registrar (data de nascimento, sexo, diagnóstico) chamamos de dados. Para que esses dados sejam úteis, devem ser trabalhados para gerar indicadores sintéticos, aos quais chamamos de informação. Vejamos as duas conceituações a seguir:

Dado – é definido como "um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância", "o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico", ou "a matéria-prima da produção de informação" (BRASIL 2005, pg. 67).

Informação – é entendida como "o conhecimento obtido a partir dos dados", "o dado trabalhado" ou "o resultado da análise e combinação de vários dados", o que implica em interpretação, por parte do usuário. É "uma descrição de uma situação real, associada a um referencial explicativo sistemático" (BRASIL 2005, pg. 67).

Tomando como norteador o pensamento de Ceccim (2002), não basta que os dados sejam transformados em informação. É necessário transformar essa informação em **produção de conhecimento** e de sentidos, ou seja, é importante que a informação produzida se transforme em conhecimentos mais analíticos e compreensivos que permitam o aperfeiçoamento dos mecanismos de monitoramento e avaliação das condições de saúde e de desempenho do sistema na tomada de decisões.

A informação não será a maior ilustração ou a maior elucidação do conhecimento, mas a produção de um conhecer que opera transformações, que mobiliza ações e sentidos, que realiza uma *escuta criativa* da realidade. Sendo assim, podemos perceber que todo o sentido da informação se dá quando a transformamos em **ação**. Ao analisar as informações levantadas podemos, por exemplo, entender que os profissionais estão necessitando de capacitações, que para mudar aquele quadro de saúde encontrado uma alternativa pode ser o planejamento e execução de ações educativas, a implantação de programas ou a construção de unidades de saúde, enfim, uma série de ações podem ser necessárias para melhorar a situação de saúde encontrada, inclusive ações fora do setor saúde. Portanto, é preciso que fique claro que não basta produzir dados e informações, é preciso compreender que essa produção deve ter sentido e valor de uso, ao se transformar em intervenção, o que deve ser realizado por todos os envolvidos.

As informações epidemiológicas, sobre os problemas de saúde da população e do meio ambiente e seus determinantes, têm sido cada vez mais necessárias para subsidiar a análise do perfil de necessidades de saúde útil na organização dos sistemas de saúde que buscam alcançar a equidade em saúde.

Os meios utilizados e os alvos (destinatários) para disseminação das informações de saúde elaboradas pela vigilância epidemiológica são diversos, conforme descrito a seguir:

- **Agenda interna**: a comunicação é realizada rotineiramente através de elaboração de planilhas, boletins eletrônicos contendo tabelas e gráficos de dados e análises de doenças e agravos, eventos vitais individualizados ou por municípios ou regionais destinados aos responsáveis pelas áreas, núcleos ou diretoria;

- **Agenda externa**: destinada à sociedade em geral, via meios de comunicação, instituições de ensino, controle social, conselhos de classe, sindicatos, etc, por meio de Boletins epidemiológicos impressos ou eletrônicos ou levantamentos de dados específicos por encomenda; bem como através de eventos organizados pela área como: cursos, seminários, workshops, reuniões, pesquisa e notas técnicas etc;

- **Agenda intrassetorial**: informes são elaborados para gestores estaduais e municipais, e para diversos setores e diversas redes de atenção: básica, especializada e hospitalar, laboratório de saúde pública, planejamento, gestão, ASCOM, etc., através de boletins eletrônicos ou impresso, entre outros.

4.2 Principais Sistemas de Informações da Vigilância Epidemiológica

Nos últimos anos observamos uma crescente difusão da tecnologia da informática, tornando-se possível o acesso às várias bases de dados com informações variadas sobre diversas situações de saúde, como: nascidos vivos, óbitos, doenças de notificação compulsória, internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, etc. Esses dados devem ser transformados em informações e empregados rotineiramente nas ações de Saúde Pública.

Descreveremos aqui, sucintamente, os principais sistemas de informações utilizados nas ações de vigilância epidemiológica. Mas é bom lembrar que outros sistemas de informação devem ser utilizados para uma melhor compreensão da situação de saúde de qualquer localidade.

A. Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN)

O SINAN foi implantado gradualmente, a partir de 1993, sem homogeneidade. Em 1998, o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) retoma o processo de implantação e constitui uma comissão para desenvolver instrumentos, definir fluxos e um novo software para o SINAN. Seu uso foi regulamentado a partir de 1998, sendo obrigatória, aos municípios e Estado, a alimentação regular da base de dados.

O objetivo do sistema é coletar, transmitir e disseminar dados gerados através dos sistemas de Vigilância Epidemiológica local, estadual e nacional. Funciona via rede informatizada subsidiando o processo de investigação e de análise de situação em relação às doenças de notificação compulsória. Pode funcionar a partir da Unidade de Saúde cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) até a Secretaria de Estado da Saúde. Em função de que poucos municípios possuem microcomputadores nas Unidades de Saúde, o sistema é mais comumente operado a partir das Secretarias Municipais de Saúde, Regionais e da Secretaria de Estado da Saúde.

A notificação e investigação de casos de doenças ou agravos que fazem parte da lista nacional de **notificação compulsória** é o que alimenta o SINAN, embora estados e municípios possam acrescentar à lista outras doenças e agravos que tenham importância para a saúde pública local.

Notificação compulsória - consiste na comunicação obrigatória à autoridade sanitária da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde ou surto, feita por profissional de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de intervenção pertinentes.

As informações fornecidas pelo sistema subsidiam à análise de situação sobre os problemas e determinantes da saúde da população, colaborando com explicações da ocorrência de doenças e agravos de notificação compulsória, riscos e vulnerabilidades que caracterizam a situação epidemiológica local.

As informações se destinam à gestão e a profissionais de saúde que devem disponibilizá-las ao controle social e à comunidade geral como forma de democratização da informação e estímulo à participação nas estratégias de prevenção e controle.

Para uma análise de situação de saúde mais completa é imprescindível que as informações fornecidas pelo SINAN se juntem às informações fornecidas pelos diversos sistemas de informação da área de saúde entre outros sistemas de informação social, educacional e populacional. Essa análise subsidiará avaliação das políticas, planos e programas contribuindo para propostas de ação mais reais para melhoria da situação de saúde da população.

Notificação negativa – é a notificação da não ocorrência de doenças de notificação compulsória na área de abrangência da unidade de saúde. Indica que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alertas para a ocorrência de tais eventos (BRASIL, 2005, p. 69).

B. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

O objetivo do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é coletar dados sobre os óbitos do país fornecendo informações sobre mortalidade. Tem como instrumento de coleta de dados a Declaração de Óbito (DO). O SIM foi criado em 1975 e descentralizado

pelo Ministério da Saúde para todo o país em 1991. No Estado de Sergipe somente a partir de 1999 foi implantado o sistema informatizado.

> A análise do SIM permite a construção de importantes indicadores para a descrição do perfil de saúde de uma região. Assim, a partir das informações contidas nesse sistema, pode-se obter a **mortalidade proporcional** por causas, faixa etária, sexo, local de ocorrência e residência e letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, bem como taxas de mortalidade geral, infantil, materna ou por qualquer outra variável contida na DO, uma vez que são disponibilizadas várias formas de cruzamento dos dados (BRASIL, 2005, p. 75).

Distribuição percentual dos óbitos por características de interesso do observado. Por exemplo, por grandes grupos de causas determinadas (neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas).

O não preenchimento correto das DO prejudica a construção de indicadores de saúde elaborados a partir dessa fonte de dados. As vias da DO terão fluxo diferente, dependendo de onde ocorreu o óbito.

C. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) objetiva coletar dados sobre os nascimentos em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todas as instâncias do sistema de saúde.

Foi criado em 1990 e o instrumento padronizado de coleta de dados é a Declaração de Nascidos Vivos (DNV). Em 1999 passou a ser utilizada uma nova versão e foi desenvolvido um aplicativo informatizado. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades federativas.

Em Sergipe, o documento foi implantado em 1991 e se encontra acondicionado no arquivo do Estado. Os documentos de nascimentos ocorridos nos municípios, a partir de 1995 são arquivados na Secretaria de Saúde do município de ocorrência, exceto os da capital que são arquivados na SES. Os dados passaram a ser informatizados a partir de 1999.

De acordo com a Portaria nº 116 de 11 de fevereiro de 2009, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), as vias da DNV terão fluxo diferente, dependendo se o parto foi hospitalar ou domiciliar.

D. Vigilância do óbito materno e infantil

A Vigilância do Óbito Materno-Infantil é um conjunto de ações que visam à compreensão das circunstâncias de ocorrência desses óbitos e a identificação dos seus fatores de risco, tendo como finalidade a definição de políticas de saúde dirigidas à redução dos mesmos, através do estabelecimento de uma Rede de Vigilância de óbitos.

O Sistema Estadual de Vigilância Epidemiológica ao analisar os dados sobre morta-

lidade materna e infantil transformam-no em informações e recomendações que se destinam a orientar a adoção de medidas para a redução do óbito materno e infantil no Estado e avalia de forma permanente a qualidade dos serviços que são oferecidos para atender às necessidades de saúde da mulher e da criança a fim de superar os problemas relacionados às mesmas.

O Sistema de Vigilância do Óbito Materno-Infantil dispõe de informações suficientes sobre a magnitude da mortalidade materna e infantil, suas causas e seus determinantes sociais. Estabelece um processo contínuo e sistemático de coleta, análise, interpretação e difusão de dados relacionados à identificação e notificação de mortes maternas e infantis, incentivando a investigação de suas causas e fatores determinantes. Junto aos Comitês, Regionais, Municipais e o Estadual, tem o propósito de formular e sugerir aos gestores locais de saúde medidas de intervenção adequadas para correção das causas e prevenção das mortes maternas e infantis.

Os Setores Locais de Vigilância Epidemiológica e os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil devem identificar os óbitos maternos e infantis, realizar as investigações e desvendar os eventos que contribuem para sua ocorrência, reduzindo desta forma a sub-notificação e contribuindo para dar maior visibilidade à morte materna e infantil como causa de morte evitável. Algumas estratégias devem ser usadas, como a busca ativa dos casos, as investigações hospitalares, domiciliares e ambulatoriais e a análise de todos os óbitos maternos e infantis.

A redução da mortalidade infantil prevê a realização de ações que envolvam investimentos em capacitação e organização dos serviços, melhoria do acesso aos serviços de saúde, envolvimento da comunidade e do controle social em ações educativas, entre outras estratégias de ação que valorizem a prevenção. Destacam-se ações de monitoramento e avaliação com enfoque de risco tanto na dimensão individual como coletiva.

A Mortalidade Materna é um problema sério e crônico, consequentemente há uma série de fatores sócio-econômicos, culturais, de falta de políticas de saúde, de qualidade de recursos humanos, que determinam um déficit de qualidade nos variados níveis de atenção à gestante, gerando aumento na morbi-letalidade materna e fetal. É um acontecimento trágico que afeta a vida de mulheres ainda jovens, e que determina uma das ocorrências mais traumáticas que a família e a sociedade podem sofrer. A morte materna desencadeia a aniquilação da família e da estrutura social, refreando o desenvolvimento social e intelectual de seus descendentes, principalmente nos mais jovens.

Compreender melhor o papel das atividades da assistência à saúde no processo de determinação do óbito materno-infantil é uma necessidade e um compromisso ético**.** É dever de todos os brasileiros, seja qual for a sua atividade profissional, reduzirem a mortalidade de mães e crianças, para que o país possa atingir o bem estar social a que todos têm direito.

Para aprofundar-se nas competências e nos fluxos de cada um desses sistemas consulte o Livro de Protocolos da VE.

4.3 Medidas em Saúde Coletiva

× ***10ª Tarefa Individual***

Responda em seu caderno para posterior discussão:

- *Em sua opinião de que maneira se pode "medir a saúde" da população de uma localidade?*

Tanto para estudos da situação de saúde, como para o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica é importante considerar a necessidade de **dados** (que vão gerar as informações) fidedignos e completos. Esses dados podem ser registrados:

- De forma **contínua** (como no caso de óbitos, nascimentos, doenças de notificação obrigatória);
- De forma **periódica** (recenseamento da população e levantamento do índice CPO – dentes cariados, perdidos e obturados – da área de Odontologia – são alguns exemplos) ou podem, ainda, ser levantados;
- De forma **ocasional** (pesquisas realizadas com fins específicos, como, por exemplo, para conhecer a prevalência da hipertensão arterial ou diabetes em uma comunidade, em determinado momento) (LAURENTI *et al.*, 1987, apud ANDRADE, SORAES, CARDONI, 2001, p. 187/188).

Segundo Andrade *et al (2001), o*s dados de importância para a análise de situação de saúde são inúmeros e de fontes diversas. Destacam-se os dados:

- Sobre a **população** (número de habitantes, idade, sexo, raça, etc.);
- **Sócio-econômicos** (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação);
- **Ambientais** (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo);
- **Serviços de saúde** (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços);

- **Morbidade** (doenças que ocorrem na comunidade);
- **Eventos vitais** (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente) (ANDRADE; SORAES; CARDONI, 2001, p. 188).

O que são indicadores de saúde?

Os indicadores são instrumentos de medida utilizados para descrever e analisar uma situação existente, avaliar o cumprimento dos objetivos e das metas, suas mudanças ao longo do tempo e prever tendências futuras. O indicador é produto e produtor do **conhecimento epidemiológico.**

Conhecimento epidemiológico, pode ser entendido como as contribuições para definição do conjunto de intervenções e mudanças que se fazem necessárias com relação a melhorias na situação de saúde.

× ***11ª Tarefa individual***

Responda em seu caderno para posterior discussão:

1. *Você acha importante o profissional de saúde conhecer os indicadores de saúde do local onde trabalha? Por quê?*
2. *Liste os indicadores de saúde que você conhece na sua realidade de trabalho.*
3. *De que forma os indicadores listados por você se aplicariam à sua realidade de trabalho? Como e para que são utilizados?*

O indicador tem como um de seus principais objetivos fazer comparações, entre territórios, grupos populacionais e períodos de tempos. Para tanto é importante a padronização de todas as fases de trabalho: coleta, armazenamento de dados, manipulação e análise.

Utilizando-se os sistemas de informações rotineiros costuma-se, ao invés de mensurar a saúde (aspectos positivos), mensurar-se a "não saúde" (aspectos negativos): as doenças (morbidade), as mortes (mortalidade), as incapacidades físicas e mentais (sequelas).

A Epidemiologia Clássica vem trabalhando com os seguintes indicadores:

√ **Indicadores Demográficos**: fecundidade, natalidade, esperança de vida etc;

√ **Indicadores Sócio-econômicos**: renda, escolaridade, saneamento etc;

√ **Indicadores de Saúde**: morbidade, mortalidade.

Os indicadores demográficos e sócio-econômicos avaliam os fatores da vida que influenciam os indicadores de saúde. Na perspectiva da vigilância em saúde é preciso analisá-los conjuntamente, buscando compreender os fatores que interferem no processo saúde-doença.

A forma de expressar os indicadores ou de escolher os mais apropriados depende dos objetivos que se quer alcançar.

É preciso transformar dados em **indicadores** que possam servir para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em diferentes tempos. Os indicadores podem ser representados por valores absolutos ou relativos. Os indicadores de valores absolutos referem-se aos dados não trabalhados e dizem respeito a eventos (número de casos e óbitos) localizados no tempo e no espaço, não possibilitando comparações temporais ou geográficas. São úteis no planejamento e na administração da saúde, como, por exemplo, para a estimativa do número de leitos, medicamentos e insumos em geral.

Para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais e/ou com o observado em diferentes tempos é preciso transformar dados em indicadores.

As comparações podem ser feitas através do cálculo de coeficientes, proporções ou razões. Para diferenciá-los, observemos o quadro seguinte:

Coeficiente ou taxa	Índice ou proporção	Índice ou proporção
É a relação entre o número de eventos reais e os que poderiam acontecer, sendo a única medida que informa quanto ao risco de ocorrência de um evento.	É a relação entre frequências atribuídas de determinado evento, sendo que, no numerador, é registrada a frequência absoluta do evento, que constitui subconjunto da frequência contida no denominador.	É a medida de frequência de um grupo de eventos relativa à frequência de outro grupo de eventos. É um tipo de fração em que o numerador não é um subconjunto do denominador.
Exemplo: número de óbitos por leptospirose em Sergipe, em relação às pessoas que residiam nessa cidade, em cada ano.	**Exemplo:** número de óbitos por doenças cardiovasculares em relação ao número de óbitos em geral.	**Exemplo:** razão entre o número de casos de Aids no sexo masculino e o número de casos de Aids no sexo feminino.

Portanto, a construção de indicadores de saúde é necessária para:

- Analisar a situação atual de saúde;
- Fazer comparações;
- Avaliar mudanças ao longo do tempo.

Como medir a morbidade e a mortalidade nas populações?

A **morbidade** refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças num dado intervalo de tempo.

A morbidade é frequentemente estudada segundo quatro indicadores básicos: a in-

cidência, a prevalência, a taxa de ataque e a distribuição proporcional (CBVE, 2005, p. 5).

Observe no quadro seguinte os principais indicadores de morbidade utilizados na vigilância epidemiológica.

Indicador	Descrição	Função
Coeficiente de Incidência	Nº de casos novos de uma doença, em um dado local e período / População do mesmo local e período x 100.000	Traz a ideia de intensidade com que acontece uma doença numa população e mede a frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos de doença na população. Alta incidência significa alto risco coletivo de adoecer.
Coeficiente de Prevalência(*)	Nº de casos (novos e antigos) de uma doença, em um dado local e período / População do mesmo local e período x 100.000	Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição dos casos existentes. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção, de prevenção e assistenciais.
Taxa de Ataque	Nº de casos da doença, em um dado local e período / População exposta ao risco x 100	Essa taxa, sempre expressa em percentagem, nada mais é do que uma forma especial de incidência. É usada quando se investiga um surto de uma determinada doença em um local onde há uma população bem definida
Distribuição Proporcional	Nº parcial de casos / Nº total de casos X 100	Não mede o risco de adoecer ou morrer (como no caso dos coeficientes); somente indica como se distribuem os casos entre as pessoas afetadas, por grupos etários, sexo, localidade e outras variáveis.

* No Coeficiente de prevalência pode haver mudança de potência, a depender do agravo.

A **mortalidade** refere- se ao conjunto dos indivíduos que morrem num dado intervalo de tempo. O risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de vir a morrer, é calculado pela taxa ou coeficiente de mortalidade. Ela representa a intensidade com que os óbitos por uma determinada doença ocorrem numa certa população. Indicadores como o de mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade materna e por doenças transmissíveis são os mais utilizados para avaliar o nível de saúde de uma população (CBVE, 2005, p.8).

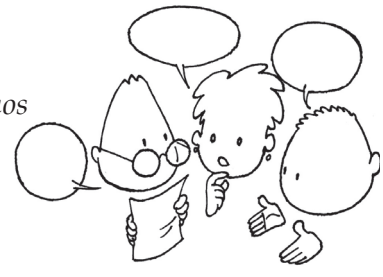
No quadro a seguir temos a representação de alguns desses indicadores:

Indicador	Descrição	Função
Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG)	Nº de óbitos em um dado local e período ---------- X 1000 População do mesmo local e período	Mede o risco de morte por todas as causas em uma população de um dado local e período.
Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI)	Nº de óbitos de crianças menores de 1 ano ---------- X 1000 Número de nascidos vivos	Mede o risco de morte para crianças menores de um ano de um dado local e período.
Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM)	Nº de mortes maternas, em um dado local e período ---------- X 100000 Nº. de nascidos vivos do mesmo local e período	Mede o risco de morte materna[1].
Coeficiente de Mortalidade por Causa (CMC)	Nº de óbitos por doença ou causa no mesmo local e período ---------- X 100000 População total residente	Mede o risco de morte por determinada causa, num dado local e período. No denominador deve constar a população exposta ao risco de morrer por essa mesma causa.
Coeficiente de Letalidade (CL)	Nº de óbitos de determinada doença em um local e período ---------- X 100 Nº de casos da doença no mesmo local e período	O coeficiente de letalidade situa-se na transição entre os indicadores de morbidade e mortalidade. A letalidade mede o poder da doença em determinar a morte e também pode informar sobre a qualidade da assistência médica prestada ao doente.
Razão de Mortalidade Proporcional (RMP) ou Indicador de Swaroop-Uemura	Nº de óbitos em > de 50 anos, em um dado local e período ---------- X 100 Total de óbitos no mesmo local e período	Mede a proporção de óbitos de pessoas com 50 anos ou mais em relação ao total de óbitos em um dado local e período.

[1] A **morte materna** é definida como o óbito de toda mulher que esteja gávida ou durante um ano após o fim completo da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gestação ou por seu manejo.

para medir o nível de saúde de uma região, que trabalha com lógica inversa à do coeficiente de mortalidade infantil: quanto maior o índice, melhor o nível de saúde. As mudanças ocorridas na sociedade, em geral, têm revelado a necessidade de se buscarem novos indicadores que trabalhem, por exemplo, com a proporção de óbitos com idade acima de 65 anos (MELCHIOR *et al* 2002, p.69).

ATIVIDADE 6



Os dados seguintes referem-se ao município de Flores Verdes nos anos de 2000 e 2008. Analise e calcule os indicadores solicitados.

Especificação	Ano	
	2000	2008
População total	15.345	20.549
População masculina	7.500	9.500
Mulheres em idade fértil	5.000	6.493
População de nascidos vivos	669	538
População de < 1 ano	550	500
Total de óbitos	119	126
Óbitos por causa mal definida	45	26
Óbitos de < 1 ano	15	9
Casos Novos de tuberculose	10	15
Óbitos por tuberculose	3	3
Casos de diabetes	950	1.500

1) Coeficiente de mortalidade geral;
2) Coeficiente de mortalidade infantil;
3) Mortalidade proporcional por causas "mal definidas";
4) Coeficiente de mortalidade por tuberculose;
5) Letalidade por tuberculose;
6) Coeficiente de incidência de tuberculose;
7) Coeficiente de prevalência de diabetes.

4.4 Emergências em Saúde Pública

× ***12ª Tarefa individual***

Responda em seu caderno para posterior discussão:

- *O que você considera uma emergência em saúde pública? Dê exemplos.*

As transformações ocorridas no mundo nas duas últimas décadas e meia têm impactado a saúde pública dos países em virtude do aumento do fluxo de pessoas, mercadorias e comércio entre os países . Nesse período, alguns avanços ocorreram: a erradicação da poliomielite e a redução das demais doenças imunopreveníveis nas Américas e em diversos países das demais regiões. Porém o que chama atenção é que cada vez mais vêm ocorrendo epidemias de doenças antigas como cólera, febre amarela e dengue e surgindo novas doenças como Aids, febre hemorrágica pelo vírus ebola, hantavirose, febre do Nilo ocidental, síndrome respiratória aguda grave e influenza aviária que passaram a afetar grandes contingentes populacionais ou vêm apresentando risco de disseminação (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p.19).

O que são doenças emergentes?

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos (Institute of Medicine, 1992) denominou esse processo de doenças infecciosas emergentes tendo o Centers for Disease and Control (CDC) dos Estados Unidos modificado para "doenças de origem infecciosa cuja incidência em humanos tem aumentado dentro das últimas duas décadas ou ameaça aumentar no futuro próximo" (CDC, 1994, CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p.19).

Há imprecisão no conceito pela indefinição no período de tempo e do lugar onde o evento ocorre e por subentender que qualquer aumento na incidência de uma doença infecciosa seria entendido como emergência, independentemente da magnitude do aumento e da tendência histórica.

Em 2003, o Instituto de Medicina atualizou o documento de 1992, modificando a definição anterior para:

> uma doença infecciosa clinicamente distinta, que tenha sido recentemente reconhecida, ou uma doença infecciosa conhecida cuja incidência esteja aumentando em um dado lugar ou entre uma população específica (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p. 19).

Para caracterizar-se uma doença infecciosa como emergente, se faz necessária uma análise da ocorrência para cada doença de forma contextualizada para cada população, território e tempo histórico, nos quais as doenças incidem, de forma que fique claro se a doença infecciosa e o seu surgimento ou o aumento na sua incidência têm relevância epidemiológica para uma população e território definido (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p.19).

O que muda com o Regulamento Sanitário Internacional aprovado em 2005?

Na aprovação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) pela Assembleia Mundial da Saúde, em 2005 um novo conceito de **Emergência em Saúde Pública** foi estabelecido, desta vez não restrito às doenças de natureza infecciosa. Durante a revisão do RSI (2005), tendo como objetivo estabelecer medidas para ampliar as capacidades nacionais para detectar e responder aos riscos de disseminação de doenças entre os países, definiu-se como objeto de atenção desse Regulamento o que foi denominado de emergência de saúde pública de importância internacional (CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008, p. 19).

Esse conceito você poderá verificar no Anexo 3, Portaria nº 2472/2010.

E qual o conceito de emergência em saúde pública utilizado no Brasil?

O conceito que está sendo utilizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) para Emergência de Saúde Publica de Importância Nacional é: evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada (Estado ou Distrito Federal), com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata.

No anexo 3 você poderá verificar na Portaria nº 2472/2010 esse conceito, assim como o conceito de notificação imediata.

Como o Brasil tem se preparado para responder às emergências em saúde pública?

Desde março de 2006, encontra-se em funcionamento no Ministério da Saúde (MS), na Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), o **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs),** que tem a função de detectar emergências de saúde pública, propiciar o gerenciamento dessas emergências e coordenar resposta apropriada, podendo ser uma ferramenta fundamental para o enfrentamento de pandemias, pelo MS junto com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Como os estados e municípios estão integrados a essa rede de resposta às emergências em saúde pública?

O objetivo do governo federal é implantar um Cievs, composto por unidades de monitoramento e de equipes de respostas rápidas às emergências de saúde pública, nos Estados e nas Secretarias de Saúde das capitais, constituindo assim a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, denominada Rede Cievs.

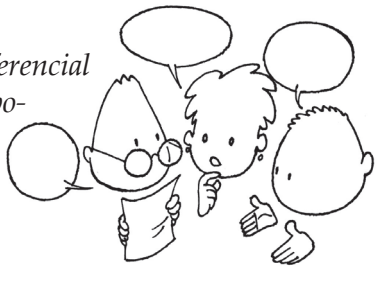
Essas unidades devem contar com estruturas similares ao Centro do Ministério da Saúde e estarem adaptadas de acordo com a necessidade e capacidade de cada secre-

taria. O Centro opera continuamente (24 horas/dia, 365 dias/ano) e conta com estrutura tecnológica que possibilita ampliar a capacidade de uso de informações estratégicas e de comunicação com outras esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Compõe uma rede mundial de alerta e resposta (Global Outbreak Alert and Response Network – Goarn), constituída por centros que têm a finalidade de detectar e apoiar a intervenção oportuna sobre emergências de saúde pública, visando a evitar a propagação internacional de doenças. Além do Centro de Operações Estratégicas em Saúde (Strategic Health Operation Center – Shoc) existente na sede da OMS em Genebra – Suíça, há unidades em funcionamento em alguns países, como Estados Unidos, Canadá, México, Chile e Suécia, este pertencente à União Europeia. O Brasil foi o terceiro país nas Américas a estruturar o seu centro de alerta e resposta. O Centro utiliza informações procedentes de notificações realizadas por profissionais e serviços de saúde e secretarias municipais e estaduais. A notificação é realizada por *e-mail* institucional, telefone de acesso gratuito (0800) ou diretamente na página da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs) em área específica para notificação de emergências (CARMO; PENNA; OLIVEIRA,2008, p. 19).

Veja no anexo 3 a lista de agravos de notificação imediata.

ATIVIDADE 7

Estabelecendo relação com o que foi estudado:



- *Reúnam-se em grupo por município ou região e, utilizando como referencial todo conteúdo estudado e os dados coletados de seus municípios, elaborem uma análise de situação de saúde e um plano de intervenção a ser implementado em seu município, área ou microárea de atuação. Siga as orientações abaixo:*

Orientação para elaboração da análise de situação e do plano de intervenção:

1. Será necessária a elaboração de uma análise da situação de saúde e das condições de vida da população de sua área de atuação, o seu território. Isso será útil para você realizar o seu planejamento em saúde. Assim siga as instruções a seguir:

- *Reúna os dados e informações referentes à área estudada sobre doenças e agravos mais prevalentes, nascimentos, óbitos, saneamento básico, população, conforme solicitado;*

- *Reúna as informações sobre os recursos atuais existentes no município como: escolas, CSF, hospitais, associação de moradores, igrejas, templos, benzedeiras, rádios comunitárias.*

2. Com base nessas informações você deve fazer uma descrição sobre o perfil epidemiológico de seu município e/ou território no qual atua e propor medidas de intervenção;

3. Em seguida será necessário organizar as informações analisadas, separando-as segundo classificação de problemas. Precisaremos fazer isso para direcionar nossa atividade para o nosso planejamento em saúde e otimizar nosso tempo:

- ***problemas ligados ao estado de saúde da população:*** *riscos à saúde, causas mais frequentes de doenças e agravos;*

- ***problemas ligados ao sistema de saúde:*** *atividades realizadas, número de profissionais, serviços de saúde, recursos materiais.*

4. Você precisará formular problemas. Por exemplo: se na análise de situação você percebeu que o número de casos de dengue em sua área vem crescendo nos últimos anos, a descrição do problema poderia ser: elevado número de casos de dengue no município, em 2008, por exemplo;

5. Após essa descrição classifique-os conforme sugerido no passo 3;

6. Formulados e classificados os problemas é hora de priorizá-los. Para isso você poderá basicamente se perguntar: o problema é muito importante? É necessária uma ação imediata? Existem conhecimentos e recursos disponíveis para que a equipe possa enfrentá-lo? Escolha três problemas para cada classificação de problemas;

7. Chegou a hora de explicar esses problemas de acordo com suas causas (condicionantes e determinantes) e consequências. Por exemplo, se há um elevado número de casos de dengue no município, uma causa poderia ser elevado número de focos domiciliares de Aedes aegypti no município no ano de 2008. Como consequências poderia ser aumento dos gastos com internações hospitalares, aumento do número de faltas no trabalho, ocorrência de mortes causadas por dengue etc;

8. Vamos partir agora para elaboração dos objetivos. Deveremos construir objetivos específicos e um objetivo geral que expressem uma intenção de transformação da situação-problema encontrada. Para elaboração dos objetivos é preciso ter claro: o quê, quanto, quem, onde, quando. Selecionan-se as causas mais importantes e as transforma em objetivos específicos, por exemplo: se há um elevado número de focos domiciliares, um objetivo específico poderia ser, eliminar em 100% o número de focos domiciliares e peridomiciliares de Aedes aegypti no município, em 2008. Como objetivo geral poderia ser: Reduzir a incidência de casos de dengue no município;

9. O próximo passo será a definição de ações – aqui se definirá como fazer para cumprir os objetivos. Assim se o objetivo específico for a eliminação em 100% dos focos domiciliares e peridomiciliares, as ações necessárias seriam aumentar o número de visitas domiciliares, realizar divulgação sobre as medidas de controle etc;

Em seguida é importante definir as facilidades e as dificuldades para a realização das ações necessárias, buscando alcançar os objetivos específicos. Esse é o momento da análise da viabilidade que diz respeito a recursos financeiros, materiais, humanos, conhecimento etc. Essa etapa é necessária, pois às vezes é necessário modificar os objetivos específicos. Após isso definem-se as estratégias que serão

utilizadas para realização das ações.

10. Chegou o momento da elaboração da programação com detalhamento das atividades necessárias para execução das ações, veja exemplo abaixo:

Objetivo específico	Meta	Ação	Atividade	Responsável	Período de execução
Reduzir número de focos domiciliares e peridomiciliares de Aedes aegypti no município, em 2008.	Eliminar em 100% número de focos domiciliares e peridomiciliares de Aedes aegypti.	Realizar divulgação sobre as medidas de controle.	Reunir a comunidade no barracão cultural e realizar palestra sobre dengue; Distribuir panfletos educativos sobre a doença; Apresentar e discutir o filme sobre sintomas da doença e medidas de controle; Realizar uma peça de teatro.	ACS, ASB, odontólogos, Agentes de endemia, lideres comunitários – convocar comunidade; Médico – palestrante; Todos – distribuirão panfletos; Enfermeira; Grupo teatral formado por ACS.	20/03/2009 a 20/04/2009

11 – Acompanhamento e avaliação – o acompanhamento deve ser contínuo em virtude de mudanças na realidade que podem ocorrer e é importante utilizar indicadores para medir o grau de cumprimento das ações.

Por exemplo, se a ação programada foi realizar ações de divulgação, poderíamos ter como indicador: número de apresentações teatrais realizadas; número de palestras realizadas; etc.

E a fonte de verificação para o cumprimento dessa ação poderia ser as listas de frequência do público às apresentações e palestras.

A forma de avaliação da execução do plano deve ser definida e ter como critério a tríade da qualidade em saúde: eficiência, eficácia e efetividade. A avaliação deve ser contínua, não deve se dar somente no final da execução do plano.

Será preciso também definir as formas de divulgação desse trabalho que poderá ser: mural da secretaria de saúde, da associação de moradores, do conselho de saúde etc.

Lembre-se: para dar respostas efetivas, é necessário que o planejamento tenha a participação ativa de um grande número de pessoas e exige diálogo, negociação e pactos constantes entre diferentes atores sociais de um determinado território, para poder atingir seus objetivos. Portanto discuta suas propostas com sua equipe e com a população de sua área ou município.

Referências

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL M. Z. **Introdução a Epidemiologia.** Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, 2002.

ANDRADE SM; SOARES D A; CORDONI Jr. L (Org.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Editora da UEL, 2001.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.** São Paulo: Hucitec, 2002.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JUNIOR I.; CALAZANS G; SALLETTI H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA R.M.; PARKER R.G. **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Editora 34, 1999.

BARATA, R. B. Epidemiologia e ciências sociais. Capitulo 17 In: BARATA, R. B.; BRICEÑO-LEÓN, R. **Doenças endêmicas:** abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

BARCELLOS, Christovam de Castro; SABROZA, Paulo Chagastelles; PEITER, Paulo ; ROJAS, Luisa Iñiguez. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. ***Inf. Epidemiol. Sus***. 2002, vol.11, n.3, p. 129-138. ISSN 0104-1673. Disponível em< http;// www.scielo.br>. Acesso em: 20 dez. 2010.

BRAGA, J. O. N. et al. O uso do geoprocessamento no diagnóstico dos roteiros de coleta de lixo da cidade de Manaus. **Revista Engenharia Sanitária e Ambiental**/ Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental . Vol. 13 n. 4 pg 389. Rio de Janeiro: ABES, out/dez 2008. (Artigo Tecnico).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília/DF: CONASS, 2007. p.33. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento local.** Brasília, 1990. 13p. (ABC do SUS, Nº. 2).

_____. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 6ª Ed. Brasília/DF: MS, 2005.

_____. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica** *(CBVE)*. Brasília/DF: MS, 2005.

_____. **Lei N. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. LEI ORGANICA DA SAÚDE. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF: Diário Oficial da União. Seção 1. 20/09/1990.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; Secretaria Especial de Editoração e Publicações; Subsecretarias de Edições Técnicas, 2006.

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>. Acesso em: 19 jan. 2009.

CARMO; PENNA; OLIVEIRA. Emergências de Saúde Pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. **Estudos Avançados.** São Paulo, Vol 22 nº 64, dez. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 dez. 2010.

CECCIM, R. B. Informações em saúde conexões entre o registro de dados, a clínica, a cidadania e a tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro 2002.

CONASS, Progestores. **Nota Técnica 01** - Relatório do Seminário para construção de consensos sobre Modelo de Atenção à Saúde no SUS, 2009.

CZERESNIA, D.; RIBEIRO, A. M. O conceito de Espaço em Epidemiologia: Uma interpretação histórica e epistemológica. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol. 16, nº. 3, 2000.

D'INNOCENZO M., ADAMI N.P., CUNHA I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, jan-fev; 59(1): 84-8, 2006.

DONABEDIAN. A. La investigación sobre la calidad de la Atención Medica. In: **Salud Publica de Mexico**, v.28, n.3, p. 324 – 327, 1986.

FIGUEIREDO R.; AYRES J.R.C.M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids – In: **Revista Saúde Pública**, São Paulo. 2002. 36 (4):1-17.

FONSECA, A. F. C.; ANAMARIA D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro : EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. In: **Saúde e Sociedade,** São Paulo: FSP/USP, v.13, n.2, p. 20-31, 2004.

ICONS. Conferência Internacional sobre Indicadores de Desenvolvimento Sustentável e Qualidade de Vida. **Sustentabilidade e qualidade de vida**: conceitos relacionados. Curitiba, 2003.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. Garantia e ampliação do acesso dos serviços de saúde: integração e regionalização o caso de Minas Gerais In: **Seminário Internacional sobre inovações na Gestão do Sistema de Saúde**, São Paulo, 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde**, 1997.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva em saúde. In: BRASIL PEREIRA, I.; FRANÇA LIMA, J.C. (Coords.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de

Janeiro: EPSJV /Fiocruz, 2006. p.225-300.

SCHENKER M.; MINAYO M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de

drogas na adolescência. **Ciencia saude coletiva** 2005 jul/set; 10(3): 707 – 717, 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br>. Acesso em 20 dez. 2010.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.12 no.2 Mar./Apr., 2007.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas, Organização e Métodos**. São Paulo: Atlas, 2001.

OPAS (Organização Pan-americana de Saúde). **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil:** Conceitos e Aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) – Brasília, 2008.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003. 8(2):557-567.

RAMOS JR, A. N., HEUKELBACH, J., GOMIDE, M., HINDERS, D. C., SCHREUDER, P. A. M. Investigações em Sistemas de Serviços de Saúde como ferramenta para o alcance de Programas de Controle da Hanseníase mais efetivos no Brasil - **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, abr.-jun. 200816(2):147-168.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, 3ª edição. Rio de Janeiro, 1988.

ROUQUAYROL, M.Z; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 17-35.

SAMAJA, J.**A reprodução social e a saúde:** elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das " relações" entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS, M. **Espaço e método.** São Paulo: Nobel, 1985.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado:** fundamentos teóricos e metodológicos da Geografia. São Paulo - Hucitec, 1996.

SANTOS, R. C. **Saúde todo dia: uma construção coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA JÚNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviços:** uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância e Saúde. Campinas, SP: (s.n.), 2004.

SCHENKER, M., MINAYO, M. C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, *10*(3), 707-717, 2005.

SARINHO, Silvia Wanick. **Mortalidade pós-neonatal:** novas abordagens. Jornal de. Pediatria, *Rio* de Janeiro, 2001, vol.77, n.6, pp. 437-439. Disponível em:< http://www.scielo.br>

Acesso em: 17 dez. 2010.

SILVA JÚNIOR, J.B. **Epidemiologia em serviço:** uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

SILVA, Ligia Maria V. da FORMIGLI, Vera Lúcia A.. **Avaliação em saúde**: **limites e perspectivas**. **Cad. Saúde Pública** , vol.10, n.1, pp. 80-91,1994. Disponível em: < http://www.scielo.br>. Acesso em: 17 dez. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. **Supervisão na Atenção Básica:** Enfoque em Hanseníase. Minas Gerais, 2005.

TEIXEIRA, Maria da Glória et al. Áreas sentinelas: uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2003, vol.12, n.1, pp. 21-28. ISSN 1679-4974. Disponível em: < http://www.scielo.br>. Acesso em: 17 dez. 2010.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em Saúde**, volume 2, São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

UCHIMURA, K. Y. ; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(6):1561-1569, nov-dez, 2002.

Anexos

Anexo 1

Ações de Vigilância Epidemiológica

LEI Nº 6.259, de 30 DE OUTUBRO DE 1975

Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências.

O Presidente da República, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Consoante as atribuições que lhe foram conferidas dentro do Sistema Nacional de Saúde, na forma do art. 1º da Lei nº 6.229, inciso I e seus itens "a" e "d", de 17 de julho de 1975, o Ministério da Saúde coordenará as ações relacionadas com o controle das doenças transmissíveis, orientando sua execução inclusive quanto à vigilância epidemiológica, a aplicação da notificação compulsória, ao programa de imunizações e ao atendimento de agravos coletivos à saúde, bem como os decorrentes de calamidade pública.

Parágrafo único. Para o controle de epidemias e na ocorrência de casos de agravo à saúde decorrentes de calamidades públicas, o Ministério da Saúde, na execução das ações de que trata este artigo, coordenará a utilização de todos os recursos médicos e hospitalares necessários, públicos e privados, existentes nas áreas afetadas, podendo delegar essa competência às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

TÍTULO I

Da Ação de Vigilância Epidemiológica

Art. 2º - A ação de Vigilância Epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde.

§ 1º - Compete ao Ministério da Saúde definir, em Regulamento, a organização e as atribuições dos serviços incumbidos da ação de Vigilância Epidemiológica, promover a sua implantação e coordenação.

§ 2º - A ação de Vigilância Epidemiológica será efetuada pelo conjunto dos serviços de saúde, públicos e privados, devidamente habilitados para tal fim.

TÍTULO II

Do Programa Nacional de Imunizações

Art. 3º - Cabe ao Ministério da Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório.

Parágrafo único. As vacinações obrigatórias serão praticadas de modo sistemático e gratuito pelos órgãos e entidades públicas, bem como pelas entidades privadas, subvencionadas pelo Governo Federal, Estaduais e Municipais, em todo o território nacional.

Art. 4º - O Ministério da Saúde coordenará e apoiará, técnica, material e financeiramente, a execução do programa, em âmbito nacional e regional.

§ 1º - As ações relacionadas com a execução do programa, são de responsabilidade das Secretarias de Saúde das Unidades Federadas, ou órgãos e entidades equivalentes, nas áreas dos seus respectivos territórios.

§ 2º - O Ministério da Saúde poderá participar, em caráter supletivo, das ações previstas no programa e assumir sua execução, quando o interesse nacional ou situações de emergência o justifiquem.

§ 3º - Ficará, em geral, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio da Central de Medicamentos, o esquema de aquisição e distribuição de medicamentos, a ser custeado pelos órgãos federais interessados.

Art. 5º - O cumprimento da obrigatoriedade das vacinações será comprovado pelo Atestado de Vacinação.

§ 1º - O Atestado de Vacinação será emitido pelos serviços públicos de saúde ou por médicos em exercício de atividades privadas, devidamente credenciados para tal fim pela autoridade de saúde competente.

§ 2º - O Atestado de Vacinação, em qualquer caso, será fornecido gratuitamente, com prazo de validade determinado, não podendo ser retido, por nenhum motivo, por pessoa física ou jurídica, de direito público ou privado.

§ 3º - Anualmente, para o pagamento do salário-família, será exigida do segurado a apresentação do Atestado de Vacinação dos seus beneficiários, que comprovarem o recebimento das vacinações obrigatórias, na forma que vier a ser estabelecida em regulamento.

Art. 6º - Os governos estaduais, com audiência prévia do Ministério da Saúde, poderão propor medidas legislativas complementares visando ao cumprimento das vacinações obrigatórias por parte da população, no âmbito dos seus territórios.

Parágrafo único. As medidas de que trata este artigo serão observadas pelas entidades federais, estaduais e municipais, públicas e privadas, no âmbito do respectivo Estado.

TÍTULO III

Da Notificação Compulsória de Doenças

Art. 7º - São de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados:

I - de doenças que podem implicar medidas de isolamento ou quarentenas, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional.

II - de doenças constantes de relação elaborada pelo Ministério da Saúde, para cada Unidade da Federação a ser atualizada periodicamente.

§ 1º - Na relação de doenças de que trata o inciso II deste artigo será incluído itens para casos de "agravo inusitado à saúde".

§ 2º - O Ministério da Saúde poderá exigir dos Serviços de Saúde a notificação negativa da ocorrência de doenças constante da relação de que tratam os itens I e II deste artigo.

Art. 8º - É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º .

Art. 9º - A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 10 - A notificação compulsória de casos de doenças tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação do paciente de doenças referidas neste artigo, fora do âmbito médico-sanitário, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de grande risco à comunidade, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio do paciente ou do seu responsável.

Art. 11 - Recebida a notificação, a autoridade sanitária é obrigada a proceder à investigação epidemiológica pertinente para elucidação do diagnóstico e averiguação da disseminação da doença na população sob o risco.

Parágrafo único. A autoridade poderá exigir e executar investigações, inquéritos e levantamentos epidemiológicos junto a indivíduos e a grupos populacionais determinados, sempre que julgar oportuno visando à proteção da saúde pública.

Art. 12 - Em decorrência dos resultados, parciais ou finais, das investigações, dos inquéritos ou levantamentos epidemiológicos de que tratam o artigo 11 e seu parágrafo único, a autoridade sanitária fica obrigada a adotar, prontamente, as medidas indicadas para o controle da doença, no que concerne a indivíduos, grupos populacionais e ambiente.

Art. 13 - As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas pelas medidas referidas no artigo 12, ficam sujeitas ao controle determinado pela autoridade sanitária.

TÍTULO IV

Disposições Finais

Art. 14 - A inobservância das obrigações estabelecidas na presente Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sujeitando o infrator às penalidades previstas no Decreto-Lei nº 785, de 25 de agosto de 1969, sem prejuízo das demais sanções penais cabíveis.

Art. 15 - O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 16 - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 30 de outubro de 1975; 154º da Independência e 87º da República.

ERNESTO GEISEL

José Carlos Seixas

L. G. do Nascimento e Silva.

(Pub. DOU em 31/10/75)

Anexo 2

PORTARIA Nº 3.252, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009

Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando as disposições da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que versam sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando as disposições da Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que se referem à participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando o disposto na Lei Nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA como promotora da proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionadas, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras;

Considerando o disposto na Portaria Nº 1.052/GM/MS, de 8 de maio de 2007, que aprova o Plano Diretor de Vigilância Sanitária - PDVISA, contemplando as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e ao fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

Considerando que o Regulamento Sanitário Internacional 2005 - RSI - estabelece a necessidade de aperfeiçoamento das capacidades dos serviços de saúde pública para detectar, avaliar, monitorar e dar resposta apropriada aos eventos que se possam constituir em emergência de saúde pública de importância internacional, oferecendo a máxima proteção em relação à propagação de doenças em escala mundial, mediante o aprimoramento dos instrumentos de prevenção e controle de riscos de saúde pública;

Considerando o disposto na Portaria Nº 1.865/GM/MS, de 10 de agosto de 2006, que estabelece a Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS como ponto focal nacional para o RSI junto à Organização Mundial da Saúde;

Considerando o disposto no Decreto Nº 6.860, de 27 de maio de 2009, que aprova a Estrutura Regimental do Ministério da Saúde, estabelecendo as competências da SVS/MS como gestora do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e como formuladora da Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a ANVISA;

Considerando a Portaria Nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes, quais sejam: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, que reforça a regionalização, a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando

as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional; reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação; explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal; e estabelece relações contratuais entre os entes federativos;

Considerando a Portaria Nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas;

Considerando Portaria Nº 2.751/GM/MS, de 12 de novembro de 2009, que dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde e do Pacto pela Saúde;

Considerando a necessidade de uma atualização normativa da Vigilância em Saúde, tendo em vista o Pacto pela Saúde e o processo de planejamento do SUS, a definição de estratégias de integração com a assistência à saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde, e uma maior presença nos espaços de discussão e negociação regionais de forma articulada com os Colegiados de Gestão Regionais - CGR;

Considerando a necessidade de potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados, Distrito Federal e Municípios no exercício do papel de gestores da Vigilância em Saúde;

Considerando a relevante função da Vigilância em Saúde na análise da situação de saúde, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e subsidiando os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisão em tempo oportuno;

Considerando a ampliação do escopo da Vigilância em Saúde com a incorporação da Saúde do Trabalhador, a importância cada vez maior das Doenças e Agravos não Transmissíveis e da Promoção da Saúde e a necessidade de organização para respostas rápidas em emergências de saúde pública;

Considerando o processo em curso de integração das vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) nas três esferas de governo;

Considerando a Portaria Nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle; e

Considerando a Portaria Nº 837/GM/MS, de 23 de abril de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria Nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âm-

bito do SUS; e

Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, realizada em 17 de dezembro de 2009, resolve:

Art. 1º Aprovar as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA editarão, quando necessário, normas complementares a esta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor a partir de 1º de janeiro de 2010.

Art. 4º Ficam revogados:

I - a Portaria Nº 1.172/GM/MS, de 15 de junho de 2004, publicada no DOU Nº 115, de 17 de junho de 2004, Seção 1, páginas 58 e 59;

II - a Portaria Nº 740/GM/MS, de 7 de abril de 2006, publicada no DOU Nº 70, de 11 de abril de 2006, Seção 1, páginas 42 e 43; e

III - os artigos 18, 19, 20, 21, 22 e 23 e o inciso III e o parágrafo único do art. 37 da Portaria Nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, publicada no DOU Nº 22, de 31 de janeiro de 2007, Seção 1, páginas 45 a 50.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS GERAIS

Seção I

Da Vigilância em Saúde

Art. 1º A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Art. 2º A Vigilância em Saúde constitui-se de ações de promoção da saúde da população, vigilância, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, abrangendo:

I - vigilância epidemiológica: vigilância e controle das doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;

II - promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;

III - vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, Estado, Região, Município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;

IV - vigilância em saúde ambiental: 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 controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;

V - vigilância da saúde do trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processo produtivos; e

VI - vigilância sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Seção II

Do Pacto pela Saúde

Art. 3º As ações da Vigilância em Saúde têm por premissa as diretrizes definidas no Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS -, em suas três dimensões, promovendo:

I - substituição do processo de certificação para a gestão das ações de Vigilância em Saúde pela adesão ao Pacto;

II - a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e como diretriz do SUS, devendo orientar, dentro do princípio da integralidade, a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores;

III - co-gestão no processo compartilhado e de articulação entre as três esferas de governo;

IV - revisão das responsabilidades sanitárias definidas nos eixos do Pacto de Gestão, de forma a fortalecer a integralidade da atenção à saúde, a ser disciplinada em ato normativo específico; e

V - fortalecimento do processo de participação social e das estratégias de mobilização social vinculadas à instituição da saúde como direito de cidadania.

Seção III

Da Integralidade

Art. 4º A Vigilância em Saúde, visando à integralidade do cuidado, deve inserir-se na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela Atenção Primária à Saúde.

§1º As redes de atenção à saúde consistem em estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde institucionalizados pela política pública, em um determinado espaço regional, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

§2º A integralidade é compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário.

§3º A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, danos e riscos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo a estratégia de Saúde da Família como prioridade para sua organização.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes:

I - compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de Vigilância em Saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família;

II - planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;

III - monitoramento e avaliação integrada;

IV - reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos, protocolos e entre outros; e

V - educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos

da clínica, vigilância, promoção e gestão.

Art. 6º As ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações.

§1º As atividades dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS e dos Agentes de Combate a Endemias - ACE, ou agentes que desempenham essas atividades mas com outras denominações, serão desempenhadas de forma integrada e complementar.

§ 2º Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde, recomenda-se a incorporação gradativa dos ACE ou dos agentes que desempenham essas atividades mas com outras denominações, nas equipes de Saúde da Família, cuja disciplina será realizada por meio de ato normativo específico, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Portaria.

§ 3º Os profissionais de Atenção Primária à Saúde não incorporarão a atribuição de polícia administrativa inerente aos profissionais de vigilância sanitária.

Art. 7º As ações de Vigilância Sanitária devem ser desenvolvidas com base nas práticas de promoção, proteção, prevenção e controle sanitário dos riscos à saúde para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como elemento estruturante do SUS.

Art. 8º As ações de promoção da saúde são voltadas para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades existentes, buscando intervir sobre os determinantes e condicionantes da saúde.

Art. 9º Na busca da integralidade deve-se promover a articulação de atores e políticas sociais no planejamento e execução de ações intersetoriais.

Parágrafo único. Na região de saúde, a pactuação de ações de vigilância e promoção da saúde e a articulação intersetorial devem ocorrer no âmbito dos Colegiados de Gestão Regional - CGR.

Art. 10. A organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde, objetivando a integralidade do cuidado, demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnicopedagógico a equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade.

Parágrafo único. O apoio matricial em Vigilância em Saúde deve ser operacionalizado de modo a promover um planejamento que considere a soma das tecnologias da Vigilância em Saúde e a reformulação dos processos de trabalho.

Art. 11. A disciplina normativa do apoio matricial em Vigilância em Saúde deverá ocorrer no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a publicação desta Portaria, considerando as seguintes atribuições mínimas:

I - análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente;

II - apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à saúde, subsidiando as mesmas na construção de planos de intervenção;

III - articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente; e

IV - articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo.

Seção IV

Das Emergências em Saúde Pública

Art. 12. A SVS/MS é o ponto focal nacional, da Organização Mundial da Saúde - OMS, para os propósitos previstos no RSI no que se refere à prontidão, ao monitoramento e à resposta oportuna às situações de risco de disseminação de doenças e à ocorrência de outros eventos de saúde pública que impliquem emergências de saúde pública de importância internacional.

Art. 13. A SVS/MS é o ponto focal na representação do Ministério da Saúde no Conselho Nacional de Defesa Civil, colegiado responsável pelo acompanhamento do Sistema Nacional de Defesa Civil visando à prevenção, à preparação e à resposta da saúde aos desastres.

Art. 14. Na resposta às emergências de saúde pública, a SVS/MS, em articulação com outros órgãos e entidades federais e demais esferas de governo e com possibilidade de requisição administrativa de bens e serviços do setor privado e do terceiro setor, atuará na ocorrência de eventos que tenham risco real ou potencial de disseminação no território nacional ou que supere a capacidade de resposta da direção estadual do SUS, de acordo com as especificidades do evento.

Art. 15. Para o enfrentamento das emergências em saúde pública nas diferentes esferas de gestão, o sistema de saúde conta com uma rede integrada de unidades de alerta e resposta, denominada Rede de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde - Rede CIEVS.

Parágrafo único. A Rede CIEVS é composta por centros com estrutura técnico-operacional voltada para:

I - a detecção das emergências de saúde pública;

II - a avaliação contínua de problemas de saúde que possam constituir emergências de saúde pública; e

III - o gerenciamento, coordenação e apoio às respostas desenvolvidas nas situações de emergência.

Art. 16. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, dentro do seu campo de competência, detecta emergências em saúde pública e define ações de intervenção, por intermédio de:

I - Rede de Comunicação em VISA - Rcvisa, que notifica surtos relacionados a alimentos;

II - Farmácias Notificadoras, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas em relação ao consumo de medicamentos;

III - Hospitais Sentinelas, que comunicam eventos adversos e queixas técnicas relacionados a produtos e equipamentos de saúde;

IV - Notivisa, que notifica eventos adversos e queixas técnicas relacionados com os produtos sob vigilância sanitária, quais sejam:

a) medicamentos, vacinas e imunoglobulinas;

b) artigos médico-hospitalares;

c) equipamento médico-hospitalar;

d) sangue e componentes;

e) agrotóxicos;

V - Centro de Informações Toxicológicas, que notifica intoxicações e envenenamentos; e

VI - postos da ANVISA em portos, aeroportos e fronteiras, que notificam eventos relacionados a viajantes, meios de transporte e produtos.

CAPÍTULO II

DOS SISTEMAS

Art. 17. O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde é coordenado pela SVS/MS no âmbito nacional e é integrado por:

I - Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis;

II - Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho;

III - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à Vigilância em Saúde;

IV - sistemas de informação de Vigilância em Saúde;

V - programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações;

VI - Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e

VII - Política Nacional de Promoção da Saúde.

Art. 18. O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é coordenado pela ANVISA no âmbito nacional e é integrado por:

I - ANVISA;

II - Vigilâncias Sanitárias estaduais;

III - Vigilâncias Sanitárias municipais;

IV - Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, nos aspectos pertinentes à vigilância sanitária; e

V - sistemas de informação de vigilância sanitária.

Art. 19. O conjunto de ações definido pelo § 1º do art. 6º e pelos arts 15 a 18 da Lei Nº 8.080, de 1990, executado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios compõe os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária.

CAPÍTULO III

DA GESTÃO DOS SISTEMAS

Seção I

Da Gestão Compartilhada

Art. 20. A gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária é compartilhada por União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Parágrafo único. As atividades compartilhadas entre União, Estados e Municípios são pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e entre Estados e Municípios na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, tendo por base a regionalização, a rede de serviços e tecnologias disponíveis.

Seção II

Das Competências da União

Art. 21. Compete à União, por intermédio do Ministério da Saúde, formular políticas em Vigilância em Saúde, estabelecer diretrizes, prioridades e gerir os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito nacional, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação nacional das ações definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação nacional das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;

V - apoio aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, que inclui:

a) participação na elaboração do Plano Nacional de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;

b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;

c) definição das prioridades, objetivos, metas e indicadores de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, a serem negociados na CIT;

d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, acordadas de forma tripartite, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde;

e) assessoria técnica às Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

f) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios em emergências de saúde pública de importância estadual, quando indicado;

XI - comunicação de emergências de saúde pública de importância internacional à OMS, conforme definições do RSI;

XII - apoio aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União;

XIII - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia nacional de Vigilância em Saúde, sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os Estados, os Distrito Federal

e os Municípios;

XIV - apoio aos Estados e ao Distrito Federal na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XV - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde coordenadas e realizadas pelos Estados e Distrito Federal;

XVI - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados pelos Estados e pelo Distrito Federal para o nível nacional;

b) análise da completude dos campos e consistência dos dados e consolidação dos dados provenientes dos Estados e Distrito Federal;

c) retroalimentação dos dados para as Secretarias Estaduais de Saúde;

d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito nacional;

f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais;

XVII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde;

XVIII - realização de campanhas publicitárias em âmbito nacional e/ou regional, que venham a atender às necessidades da Política de Promoção e da Vigilância em Saúde;

XIX - participação ou execução da educação permanente em Vigilância em Saúde, de acordo com a Política de Desenvolvimento Profissional e a Educação Permanente dos Trabalhadores da Saúde;

XX - promoção e implementação do desenvolvimento de estudos, pesquisas e transferência de tecnologias que contribuam para o aperfeiçoamento das ações e incorporação de inovações no campo da promoção, prevenção e Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Ciência e Tecnologia;

XXI - promoção, fomento e implementação do desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para o aperfeiçoamento da análise de saúde, do conhecimento de fatores de risco e de contextos de vulnerabilidade da população;

XXII - promoção e fomento à participação social das instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde, de acordo com a Política Nacional de Apoio à Gestão Participativa;

XXIII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnicocientífico com organismos gover-

namentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

XXIV - gestão dos estoques nacionais de insumos estratégicos, de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Estados e ao Distrito Federal, de acordo com as normas vigentes;

XXV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações;

b) seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um Estado;

c) medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos pactuados na CIT;

d) reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, definidos pelos gestores nacionais das redes integrantes do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - SISLAB, nos termos acordados na CIT;

e) insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas - inseticidas, larvicidas e moluscocidas - indicados pelos programas;

f) equipamentos de proteção individual - EPI para todas as atividades em Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho;

g) insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com pactuação com as demais esferas de governo;

XXVI - coordenação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST, conforme disciplina prevista em ato normativo específico;

XXVII - implantação, coordenação e apoio à estruturação da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, por meio do CIEVS;

XXVIII - coordenação SISLAB nos aspectos relativos às redes de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnicooperacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes;

XXIX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário nacional, as estratégias e normatizações técnicas sobre sua utilização, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXX - cooperação técnica para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;

XXXI - estabelecimento de critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de:

a) produtos, substâncias de consumo e uso humano;

b) serviços de saúde;

c) serviços de interesse da saúde;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos e entidades públicas;

XXXIV - regulação e a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras; e

XXXV - normatização e coordenação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Parágrafo único. A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea "f" do inciso XVI deste artigo deverá ser pactuada na CIT quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

Seção III

Das Competências dos Estados

Art. 22. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde implementar as políticas, diretrizes, prioridades e a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação das ações definidas na Política Nacional e Estadual de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação das ações de Vigilância em Saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;

V - apoio aos Municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde de forma complementar à atuação dos Municípios;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:

a) participação na elaboração do Plano Estadual de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;

b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;

c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma negociada na CIB;

d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde estadual;

e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, garantindo que as prioridades identificadas durante a análise da situação de saúde da população estejam neles contempladas;

f) assessoria técnica às Secretarias Municipais de Saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica complementar à disciplina nacional;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância estadual, bem como cooperação com Municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado;

XI - comunicação de emergências de saúde pública, de importância nacional, ao Ministério da Saúde, nos termos da disciplina por ele estabelecida;

XII - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme disciplina federal e estadual;

XIII - apoio aos Municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme disciplina federal e estadual;

XIV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os Municípios;

XV - apoio aos Municípios na vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVI - cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas

pelos Municípios;

XVII - coordenação dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos Municípios e/ou regionais, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional;

b) consolidação e análise dos dados provenientes dos Municípios, por meio de processamento eletrônico dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;

c) retroalimentação dos dados às Secretarias Municipais de Saúde;

d) desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações, no âmbito estadual;

f) estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal;

XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas pelo nível federal;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito estadual, que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - fomento e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnicocientífico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito estadual, nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Municípios, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) seringas e agulhas, sendo facultada ao Estado a delegação desta competência à União;

b) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos

definidos na CIB;

d) equipamentos de aspersão de inseticidas;

e) equipamentos de proteção individual - EPI para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo máscaras faciais completas;

f) óleo vegetal para diluição de praguicida;

XXV - coordenação da RENAST no âmbito estadual, incluindo a definição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST pactuados na CIB;

XXVI - implantação, coordenação e estruturação do componente estadual da Rede CIEVS;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB e rede nacional de laboratórios;

XXIX - armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência nacional;

XXX - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações, com destino adequado dos insumos vencidos ou obsoletos, de acordo com as normas técnicas vigentes;

XXXI - cooperação técnica, no âmbito estadual, para implantação e desenvolvimento de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela;

XXXII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

XXXIII - participação em caráter complementar à esfera federal na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXIV - colaboração com a União na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

§ 1º A normalização técnica de que trata o inciso IX e a alínea "f" do inciso XVII deste artigo deverá ser pactuada na CIB quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços.

§ 2º Os Estados poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS.

Seção IV

Das Competências dos Municípios

Art. 23. Compete às Secretarias Municipais de Saúde a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

I - promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

II - coordenação municipal das ações definidas na Política Nacional, Estadual e Municipal de Promoção da Saúde;

III - vigilâncias em saúde ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador;

IV - coordenação municipal das ações de Vigilância em Saúde;

V - participação no processo de regionalização solidária e cooperativa;

VI - execução das ações de Vigilância em Saúde;

VII - participação no financiamento das ações de Vigilância em Saúde, conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo a esta Portaria e normas complementares;

VIII - participação no processo de planejamento, compreendendo:

a) participação na elaboração do Plano Municipal de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;

b) integração do planejamento das ações de Vigilância em Saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde no Município;

c) definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma articulada com as definições da respectiva CIB;

d) coordenação do processo de elaboração das programações das Ações de Vigilância em Saúde no Município, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Município, aprovadas nos Conselhos Municipais de Saúde;

e) participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização, garantindo que as prioridades identificadas na análise da situação de saúde da população estejam contempladas nos mesmos;

f) definição de processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em

Saúde, com uso da epidemiologia nos serviços e do uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;

g) monitoramento e avaliação das ações de Vigilância em Saúde;

IX - normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;

X - coordenação das ações de resposta às emergências de saúde pública de importância municipal;

XI - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;

XII - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, Estado e Município;

XIII - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

XIV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

XV - coordenação, monitoramento e avaliação da estratégia de Vigilância em Saúde sentinela em âmbito hospitalar, no seu âmbito de gestão;

XVI - vigilância epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVII - coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;

b) transferência dos dados coletados nas unidades notificantes dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual;

c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;

d) análise dos dados e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito municipal;

f) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;

XVIII - proposição de políticas, normas e ações de educação, comunicação e mobilização social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas nos âmbitos federal e estadual;

XIX - realização de campanhas publicitárias em âmbito municipal que venham a atender às necessidades da política de promoção e da Vigilância em Saúde;

XX - promoção e execução da educação permanente em Vigilância em Saúde;

XXI - promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

XXII - promoção da cooperação e do intercâmbio técnicocientífico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional na área de Vigilância em Saúde;

XXIII - gerência do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;

XXIV - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;

b) meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos definidos na CIB;

c) equipamentos de proteção individual - EPI - para todas as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo vestuário, luvas e calçados;

XXV - coordenação da RENAST no âmbito municipal;

XXVI - coordenação e estruturação do componente municipal da Rede CIEVS, quando couber;

XXVII - coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;

XXVIII - realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB;

XXIX - coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;

XXX - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XXXI - descartes e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizadas, conforme normas técnicas vigentes;

XXXII - coordenação das ações desenvolvidas pelos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde e pela Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, no âmbito municipal, quando couber;

XXXIII - regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde, no âmbito municipal;

XXXIV - participação, em caráter complementar às esferas federal e estadual, na formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de insumos e equipamentos para a saúde; e

XXXV - colaboração com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

Parágrafo único. Os Municípios poderão adquirir insumos estratégicos descritos nos termos do inciso XXV do art. 21 e do inciso XXIV do art. 22 para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

Seção V

Do Distrito Federal

Art. 24. A gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária pelo Distrito Federal compreenderá, simultaneamente, as competências relativas a Estados e Municípios.

CAPÍTULO IV

DA SUBSTITUIÇÃO DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

Art. 25. A adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da homologação dos respectivos Termos de Compromisso de Gestão, substitui o processo de certificação da gestão das ações de Vigilância em Saúde como instrumento formalizador do compromisso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no desenvolvimento das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde.

Art. 26. Os entes federados, considerada a situação atual de certificação e adesão ao Pacto pela Saúde, identificam-se nas seguintes categorias:

I - Estados, Distrito Federal e Municípios certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde;

II - Municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde;

III - Municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde; e

IV - Municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde.

Art. 27. Os Municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde permanecem com a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde até a efetivação de sua adesão e deverão atender ao disposto nos arts. 47 e 48, condicionado à alimentação regular dos sistemas de informação acompanhado do monitoramento do saldo bancário, a ser regulamentado em ato específico.

Art. 28. Os Municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde assumirão a gestão das ações descentralizadas de Vigilância em Saúde, mediante publicação de portaria com os valores referentes ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, pactuados na respectiva CIB, para efetivação da transferência.

Art. 29. O repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, do Bloco da Vigilância em Saúde, a Municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde está condicionado à respectiva adesão, ficando extintas novas certificações.

CAPÍTULO V

DO PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Art. 30. O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde é pautado pela análise da situação de saúde na identificação das condições, dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população, dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde, e estabelece as condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência em saúde.

Parágrafo único. As diretrizes, ações e metas de Vigilância em Saúde devem estar inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde - PAS das três esferas de gestão.

Art. 31. A Vigilância em Saúde insere-se no processo de regionalização da atenção à saúde, devendo estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização - PDR e na Programação Pactuada Integrada - PPI -, com inclusão da análise das necessidades da população, da definição de agendas de prioridades regionais, de ações intersetoriais e de investimentos.

Art. 32. O monitoramento e a avaliação das ações de Vigilância em Saúde que orientam a tomada de decisões e qualificam o processo de gestão são de responsabilidade das três esferas de gestão e devem ser realizados:

I - de forma integrada, considerando os aspectos da vigilância, promoção e atenção à saúde;

II - com base nas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e nas programações das ações; e

III - com metodologia acordada na CIT.

Art. 33. Os resultados alcançados das ações de Vigilância em Saúde comporão o Relatório Anual de Gestão - RAG em cada esfera de gestão.

CAPÍTULO VI

DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES

Seção I

Da Composição e Transferência de Recursos

Art. 34. Os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por:

I - Componente de Vigilância e Promoção da Saúde; e

II - Componente da Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde.

Art. 35. O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças, constituído em:

I - Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde - PFVPS; e

II - Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde - PVVPS.

Parágrafo único. Os valores do PFVPS serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Art. 36. O PFVPS compõe-se de um valor per capita estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa.

Parágrafo único. Para efeito do PFVPS, as unidades federativas são estratificadas nos seguintes termos:

I - Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Municípios pertencentes à Amazônia Legal dos Estados do Maranhão (1) e Mato Grosso (1);

II - Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão (2), Minas Gerais,

Mato Grosso do Sul, Mato Grosso (2), Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;

III - Estrato III: São Paulo e Paraná; e

IV - Estrato IV: Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Art. 37. Os recursos que compõem o PFVPS serão alocados segundo os seguintes critérios:

I - as Secretarias Estaduais de Saúde perceberão valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVPS atribuído ao Estado correspondente, acrescidos dos valores referentes ao Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública - FINLACEN;

II - cada Município perceberá valores equivalentes a no mínimo 60% (sessenta por cento) do per capita do PFVPS atribuído ao Estado correspondente;

III - cada capital e município que compõe sua região metropolitana perceberá valores equivalentes a no mínimo 80% do per capita do PFVPS atribuído ao Estado correspondente; e

IV - fator de ajuste pactuado na CIB, destinado ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.

§ 1º Os recursos referentes às campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal deverão ser pactuados entre Estados e Municípios na respectiva CIB e acrescidos aos PFVPS de Estados e Municípios.

§ 2º A CIB definirá o valor do PFVPS destinado à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus Municípios, em cada Estado.

§ 3º O Distrito Federal perceberá o montante total relativo ao PFVPS atribuído a esta unidade federativa, acrescido dos valores referentes ao FINLACEN e às campanhas de vacinação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 38. O PVVPS é constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização especifica:

a) Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - NHE;

b) Sistema de Verificação de Óbito - SVO;

c) Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional - RCBP;

d) Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS;

e) fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV;

f) incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST;

g) promoção da saúde; e

h) outros que venham a ser instituídos.

Art. 39. A reserva estratégica federal será constituída de valor equivalente a até 5% (cinco por cento) dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde.

Art. 40. O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde será publicado por ato normativo conjunto da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da SVS/MS.

Art. 41. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, segundo modalidades e critérios definidos em normatização específica, constituído em:

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFVisa, composto pelo piso estruturante e piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao FINLACEN-Visa; e

II - Piso Variável de Vigilância Sanitária - PVVisa, constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

a) gestão de pessoas em Vigilância Sanitária para política de educação permanente; e

b) outros que venham a ser instituídos.

Parágrafo único. Os valores do PFVisa serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Art. 42. Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica, vetada sua utilização para outros fins não previstos nesta Portaria.

Seção II

Do Monitoramento dos Recursos da Vigilância em Saúde a Estados e Municípios

Art. 43. A comprovação da aplicação dos recursos será feita consoante a disciplina prevista no art. 3º da Portaria Nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, por meio do RAG aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 44. A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, de Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC e do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, conforme regulamentações específicas destes Sistemas.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão notificar semanalmente agravos de notificação compulsória ou notificação negativa no SINAN, conforme a Portaria SVS/MS Nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, e a Instrução Normativa SVS/MS Nº 2, de 22 de novembro de 2005.

§ 2º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão garantir a transferência dos dados das Declarações de Óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito no quantitativo esperado, por meio eletrônico, conforme a Portaria Nº 116/SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, e o ato normativo específico a ser publicado anualmente.

Art. 45. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a:

I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES; e

II - preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA-SUS.

Art. 46. É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos Municípios situados no âmbito de seu Estado.

Art. 47. O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde para Estados e Municípios dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos nos parágrafos 1º e 2º do art. 44, segundo parâmetros a serem publicados em ato normativo específico.

Art. 48. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para Estados e Municípios dar-se-á caso seja constatado o não cadastramento no CNES ou 2(dois) meses consecutivos sem preenchimento do SIA-SUS.

Art. 49. O Ministério da Saúde publicará ato normativo específico com a relação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos bloqueados.

Art. 50. O Fundo Nacional de Saúde efetuará o desbloqueio do repasse dos recursos no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio.

§ 1º A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 2º A regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados caso a alimentação dos sistemas ocorra após 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio.

§ 3º O Ministério da Saúde publicará em ato normativo específico a relação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que tiveram seus recursos desbloqueados.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 51. Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos Municípios e Estados que estão certificados a assumir a gestão das ações de Vigilância em Saúde.

Art. 52. Compete aos Estados a execução das ações de Vigilância em Saúde em Municípios não certificados e que não aderiram ao Pacto pela Saúde.

Art. 53. O monitoramento do saldo bancário dos Municípios que recebem recursos do Bloco de Vigilância em Saúde e que ainda não aderiram ao Pacto pela Saúde será realizado anualmente para efeito de bloqueio, a ser disciplinado em ato normativo específico.

Art. 54. Para efeito da implantação das novas regras estabelecidas, o Ministério da Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da publicação desta Portaria, realizará o levantamento dos saldos financeiros existentes em 31 de dezembro de 2009 nas contas dos Estados e dos Municípios que aderiram ao Pacto pela Saúde, referentes ao Bloco de Vigilância em Saúde.

§ 1º O Estado ou Município em que for constatado saldo bancário superior ao valor correspondente a 6 (seis) meses de repasse deverá apresentar na respectiva CIB, no prazo de três meses após a divulgação do saldo, um formulário de aplicação dos recursos acumulados, que deverão ser executados até o final do ano de 2010.

§ 2º O formulário descrito no parágrafo anterior deverá apresentar o demonstrativo dos recursos comprometidos ou proposta de aplicação do respectivo saldo vinculada às ações estabelecidas nas programações anuais de saúde.

§ 3º A CIB fica responsável por informar ao Ministério da Saúde o consolidado da situação identificada.

§ 4º A comprovação da aplicação dos recursos dar-se-á por meio do Relatório Anual de Gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Art. 55. As disposições contidas nos arts. 44, 45, 46, 47 e 48 do Anexo a esta Portaria entrarão em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação, de forma a permitir a adequação necessária por parte do Ministério da Saúde, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde não efetuará o bloqueio durante o período estabelecido no caput deste artigo.

Art. 56. A CIB deverá enviar até 31 de março de 2010 os valores relativos do PFVPS destinados à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um de seus Municípios de que trata o § 2º do art. 37.

Art. 57. A periodicidade do repasse mensal será mantida no primeiro quadrimestre de 2010 para efetivar a operacionalização de que trata o art. 42.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 58. O Ministério da Saúde editará ato normativo anualmente com especificação das prioridades e dos critérios pactuados na CIT para a alocação de recursos de investimento em Vigilância em Saúde, em conformidade com a Portaria Nº 837/GM/MS, de 2009.

Anexo 3

PORTARIA Nº 2.472, DE 31 DE AGOSTO DE 2010

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os § 2º e § 3º, do art. 6º, da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I, do art. 8º, do Decreto Nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o Decreto Legislativo Nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria Nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria Nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria Nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast;

Considerando a Portaria Nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005):

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada – Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pú-

blica de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e SMS que também deverão informar imediatamente a SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail (notifica@saude. gov.br) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS (www.saude.gov.br/ svs).

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde em realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS). Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos,

enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei Nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Ficam revogadas as Portarias Nº 5/SVS/MS, de 21 de fevereiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União (DOU) Nº 38, Seção 1, pág. 34, de 22 de fevereiro de 2006, a Portaria Nº 777/GM/MS de 28 de abril de 2004, publicada no DOU Nº 81, Seção 1, págs 37 e 38, de 29 de abril de 2004 e a Portaria Nº 2.325/GM/MS de 8 de dezembro de 2003, publicada no DOU Nº240, Seção 1, pág. 81, de 10 de dezembro de 2003.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória – LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;

2. Atendimento antirrrábico;

3. Botulismo;

4. Carbúnculo ou Antraz;

5. Cólera;

6. Coqueluche;

7. Dengue;

8. Difteria;

9. Doença de Creutzfeldt - Jacob;

10. Doença Meningocócica e outras Meningites;

11. Doenças de Chagas Aguda;

12. Esquistossomose;

13. Eventos Adversos Pós-vacinação;

14. Febre Amarela;

15. Febre do Nilo Ocidental;

16. Febre Maculosa;

17. Febre Tifoide;

18. Hanseníase;

19. Hantavirose;

20. Hepatites Virais;

21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;

22. Influenza humana por novo subtipo;

23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);

24. Leishmaniose Tegumentar Americana;

25. Leishmaniose Visceral;

26. Leptospirose;

27. Malária;

28. Paralisia Flácida Aguda;

29. Peste;

30. Poliomielite;

31. Raiva Humana;

32. Rubéola;

33. Sarampo;

34. Sífilis Adquirida;

35. Sífilis Congênita;

36. Sífilis em Gestante;

37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;

38. Síndrome da Rubéola Congênita;

39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;

40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);

41. Tétano;

42. Tuberculose;

43. Tularemia; e

44. Varíola.

ANEXO II

Lista Nacional de Compulsória Imediata – LNCI

I. Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;

2. Carbúnculo ou Antraz;

3. Cólera;

4. Dengue pelo sorotipo DENV 4;

5. Doença de Chagas Aguda;

6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Equinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chickungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;

7. Febre Amarela;

8. Febre do Nilo Ocidental;

9. Hantavirose;

10. Influenza humana por novo subtipo;

11. Peste;

12. Poliomielite;

13. Raiva Humana;

14. Sarampo em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior;

15. Rubéola em indivíduo com história de viagem ao exterior nos últimos 30 (trinta) dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior;

16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);

17. Varíola;

18. Tularemia; e

19. Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).

II. Surto ou agregação de casos ou óbitos por:

1. Difteria;

2. Doença Meningocócica;

3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em navios ou aeronaves;

4. Influenza Humana;

5. Meningites Virais;

6. Sarampo;

7. Rubéola; e

8. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:

a) Alteração no padrão epidemiológico de doença que constam no Anexo I desta Portaria;

b) Doença de origem desconhecida;

c) Exposição a contaminantes químicos;

d) Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS;

e) Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA;

f) Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas,

por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU.

g) Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;

h) Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento.

III. Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se:

1. Primatas não humanos

2. Equinos

3. Aves

4. Morcegos

Raiva: Morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: vôos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes.

5. Canídeos

Raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva.

Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie Leishmania chagasi.

6. Roedores silvestres

Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

ANEXO III

Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas - LNCS

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;

2. Acidente de trabalho com mutilações;

3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;

4. Acidente de trabalho fatal;

5. Câncer Relacionado ao Trabalho;

6. Dermatoses ocupacionais;

7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)

8. Influenza humana;

9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;

10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;

11. Rotavírus;

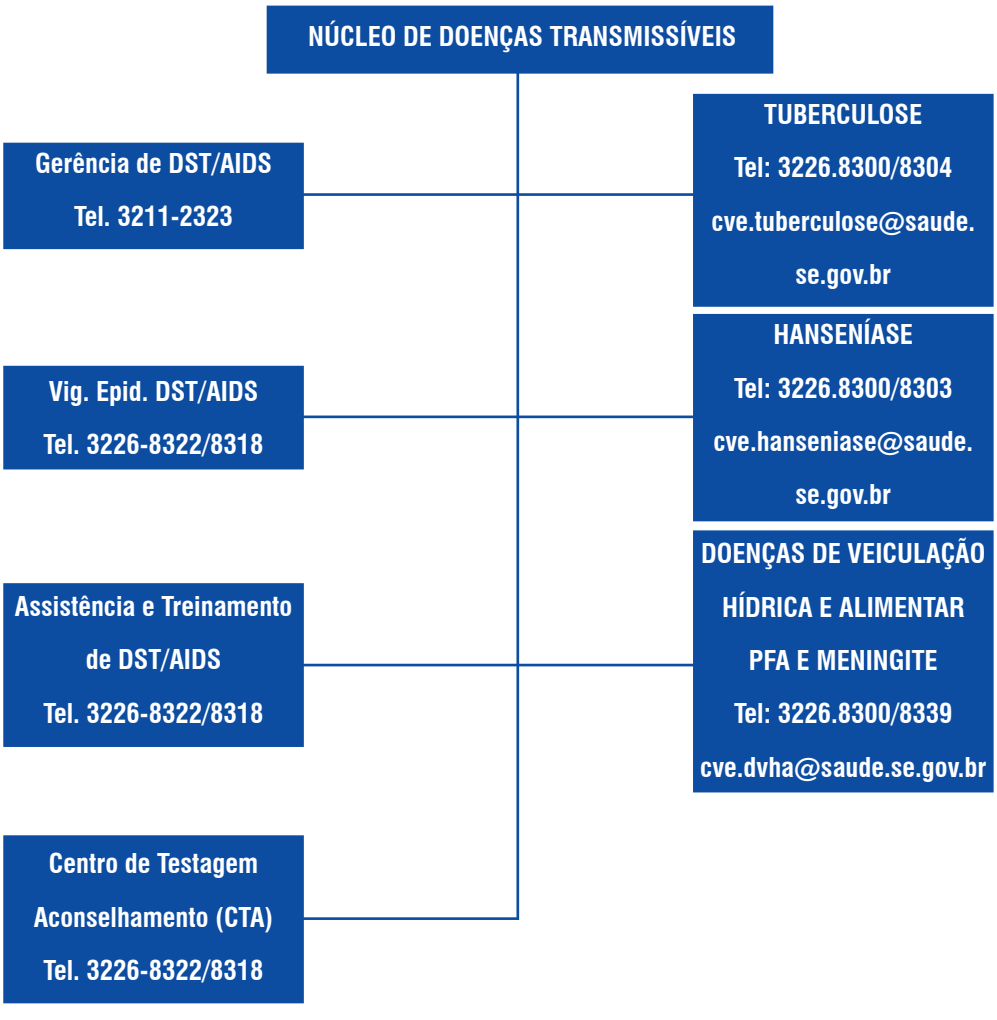
12. Toxoplasmose aguda gestacional e congênita;

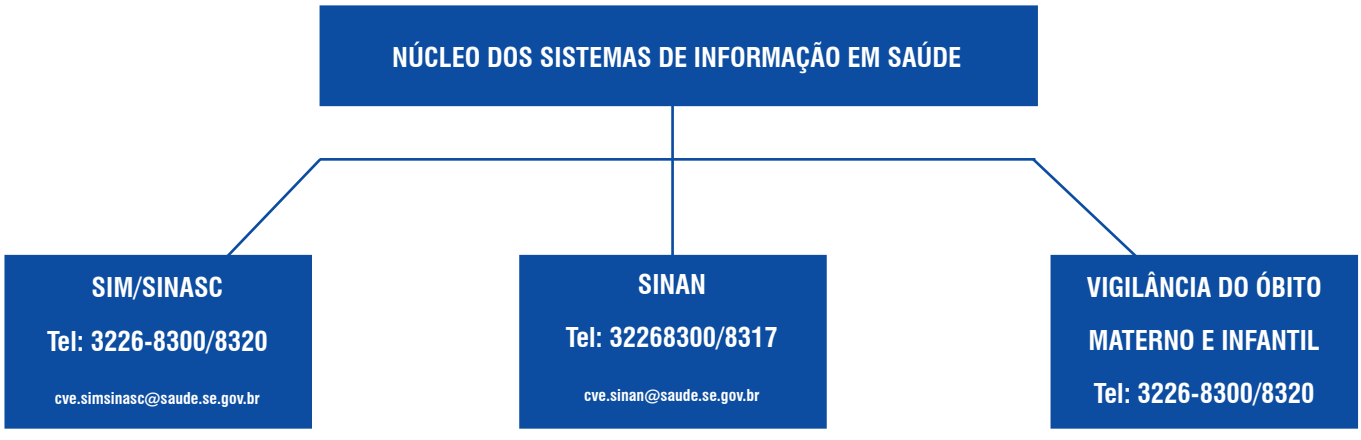
13. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho; e

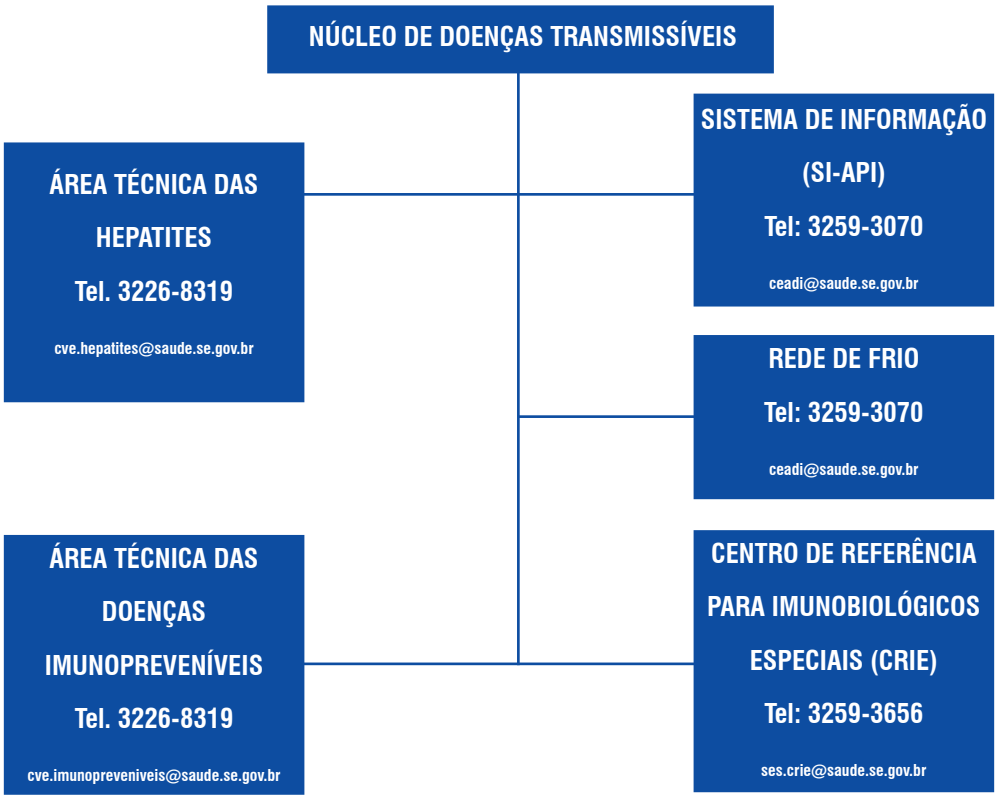
14. Violência doméstica, sexual e/ou auto-provocada.

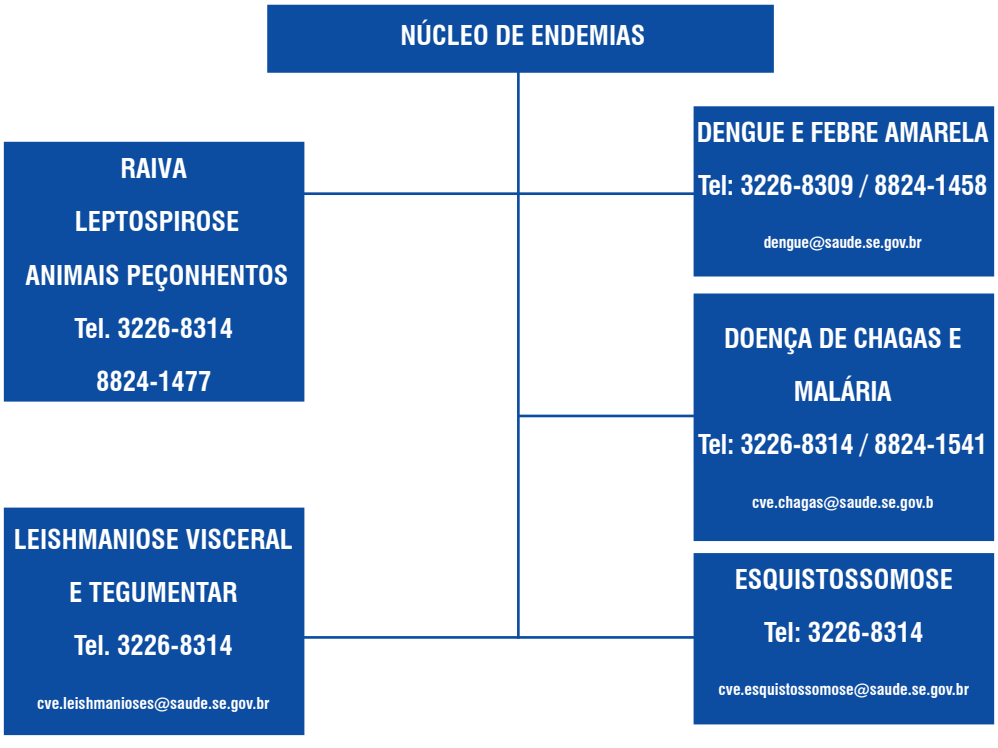
Anexo 4

ORGANOGRAMAS DA DIRETORIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E NUCLEOS


NÚCLEO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Gerência de DST/AIDS
Tel. 3211-2323
Vig. Epid. DST/AIDS
Tel. 3226-8322/8318
Assistência e Treinamento
de DST/AIDS
Tel. 3226-8322/8318
Centro de Testagem
Aconselhamento (CTA)
Tel. 3226-8322/8318
TUBERCULOSE
Tel: 3226.8300/8304
cve.tuberculose@saude.
se.gov.br
HANSENÍASE
Tel: 3226.8300/8303
cve.hanseniase@saude.
se.gov.br
DOENÇAS DE VEICULAÇÃO
HÍDRICA E ALIMENTAR
PFA E MENINGITE
Tel: 3226.8300/8339
cve.dvha@saude.se.gov.br


NÚCLEO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
SIM/SINASC
Tel: 3226-8300/8320
cve.simsinasc@saude.se.gov.br
SINAN
Tel: 32268300/8317
cve.sinan@saude.se.gov.br
VIGILÂNCIA DO ÓBITO
MATERNO E INFANTIL
Tel: 3226-8300/8320


NÚCLEO DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
ÁREA TÉCNICA DAS HEPATITES
Tel. 3226-8319
cve.hepatites@saude.se.gov.br
ÁREA TÉCNICA DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS
Tel. 3226-8319
cve.imunopreveniveis@saude.se.gov.br
SISTEMA DE INFORMAÇÃO (SI-API)
Tel: 3259-3070
ceadi@saude.se.gov.br
REDE DE FRIO
Tel: 3259-3070
ceadi@saude.se.gov.br
CENTRO DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)
Tel: 3259-3656
ses.crie@saude.se.gov.br


NÚCLEO DE ENDEMIAS
RAIVA
LEPTOSPIROSE
ANIMAIS PEÇONHENTOS
Tel. 3226-8314
8824-1477
LEISHMANIOSE VISCERAL
E TEGUMENTAR
Tel. 3226-8314
cve.leishmanioses@saude.se.gov.br
DENGUE E FEBRE AMARELA
Tel: 3226-8309 / 8824-1458
dengue@saude.se.gov.br
DOENÇA DE CHAGAS E
MALÁRIA
Tel: 3226-8314 / 8824-1541
cve.chagas@saude.se.gov.b
ESQUISTOSSOMOSE
Tel: 3226-8314
cve.esquistossomose@saude.se.gov.br

Anexo 5

PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PAVS) - 2009

1. Notificação
Realizar notificação dos casos de sífilis em gestante
Definir Unidades Sentinelas para notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho
Implantar a notificação de agravos à saúde relacionados ao trabalho

2. Investigação
Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA.

3. Diagnóstico laboratorial de agravos de Saúde Pública
Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas - sarampo e rubéola.
Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.
Implantar aconselhamento e testagem sorológica para hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).
Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes.

4. Vigilância Ambiental
Cadastrar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado - VIGISOLO
Realizar a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA.
Identificar os municípios de risco para Vigilância Ambiental em Saúde relacionado à Qualidade do Ar - VIGIAR

5. Vigilância de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses

5.1. Vigilância Entomológica
Realizar pesquisa de triatomíneos, conforme classificação das áreas estabelecidas na estratificação de médio e alto risco.
Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo Aedes aegypti.
Realizar vigilância entomológica de flebotomíneos em áreas com transmissão das leishmanioses, conforme classificação epidemiológica.
Realizar ações de eliminação de focos e/ou criadouros de Aedes aegypti e/ou Aedes albopictus nos imóveis

5.2. Vigilância de hospedeiros e reservatórios
Realizar sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais.
Realizar pesquisa malacológica com coleções hídricas de importância epidemiológica para esquistossomose

5.3. Controle Vetorial
Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneos

5.4. Imunização de reservatórios
Vacinar a população canina na Campanha de Vacinação antirrábica.

6. Controle de Doenças
Realizar exames coproscópicos para controle de esquistossomose em áreas endêmicas.
Realizar tratamentos coletivos para filariose linfática de comunidades de áreas endêmicas.
Realizar exames oculares externo em escolares para detecção de portadores da infecção tracomatosa em áreas endêmicas.
Realizar tratamento dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e Leishmaniose Visceral (LV), de acordo com o protocolo clínico.
Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase.
Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase.
Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas.

7. Imunizações
7.1. Vacinação
Vacinar crianças < de 05 (cinco) anos na campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite.
Vacinar idosos na faixa etária >=60 anos na campanha anual contra a influenza.
Vacinar contra rubéola na faixa etária de 12 a 39 anos de idade.
Vacinar a população de 1 ano de idade contra sarampo, rubéola e caxumba (vacina tríplice viral).
Vacinar a população de 1 ano a 19 anos com a vacina contra hepatite B.

7.2. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação
Investigar os eventos adversos graves pós-vacinação.

8. Monitoração de agravos de relevância epidemiológica
Implementar a vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis.

9. Divulgação de Informações Epidemiológicas
Elaborar Informes Epidemiológicos.

10. Alimentação e Manutenção de Sistemas de Informação
Realizar a coleta das Declarações de óbito - DO.
Realizar coleta da Declaração de Nascidos Vivos - DN.
Garantir o envio de dados do SIM com regularidade.
Envio regular de banco de dados do API.
Realizar envio regular de dados do SINAN.

11.Monitoramento da Ações de Vigilância em saúde
Monitorar a PAVS.

12. Procedimentos de Vigilância Sanitária
Elaborar plano de ação em Vigilância Sanitária.
Executar plano de ação em Vigilância Sanitária.
Implantar e implementar o Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária.

12.4. Inspeção em estabelecimentos priorizados no Pacto pela Saúde
Inspecionar os serviços de diagnóstico e tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama.
Inspecionar os serviços hospitalares (Maternidade e UTI Neonatal).
Inspecionar os serviços de hemoterapia, diálise e nefrologia.
Inspecionar os serviços de alimentação.

Anexo 6

Certificação dos municípios à gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças.

SAÚDE

GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

RESOLUÇÃO Nº 03/00

O Plenário da Comissão Intergestores Bipartite de Sergipe, em sua reunião extraordinária do dia 25 de abril de 2000, no uso de suas atribuições e após apreciação da SES e do COSEMS,

RESOLVE

APROVAR o **Projeto Integrado e Pactuado de Descentralização da Epidemiologia e Controle de Doenças**, do Estado de Sergipe.

Aracaju, 09 de maio de 2000

Marta Oliveira Barreto
Secretaria de Estado da Saúde

✉ - Praça General Valadão n.º 32, Centro, Aracaju - SE - CEP.: 49000-000
Tel.: (079) 211-9565

FLS. Nº 50
PROC. 1018/00-50
RUB.

CARTILHA DE APOIO AO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS À GESTÃO DAS AÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO CENTRAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COMISSÃO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS ENDEMIAS
Março/2000

FLS. Nº 51
PROC. 1018/00-50
RUB.

1 - INTRODUÇÃO

Dando continuidade ao processo de implementação da NOB 01/96, que estabelece o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.399 de 15/12/99 que regulamenta a NOB 01/96no que se refere às competências da União, Estados e Municípios na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, definindo sua sistemática de financiamento e critérios para certificação de Estados e Municípios.

Neste sentido, com o intuito de dar apoio ao processo de municipalização, a Comissão de Descentralização, criada conforme o artigo 23 da mencionada Portaria, elaborou este documento para subsidiar os Municípios a se certificarem para a gestão das ações de epidemiologia e controle de doenças.

FLS. Nº 52
PROC. 1013/00-20
RUB.

2 - DOCUMENTAÇÃO

2.1 - Formalização do pleito pelo gestor municipal do SUS

⇒ Deverá ser encaminhado ofício à Comissão Intergestores Bipartite nos seguintes termos:

"Venho, através deste, pleitear a certificação do município _____ para assumir a gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças tendo cumprido todos os requisitos na Portaria GM 1.399 de 15/12/99.

Local/data/assinatura do Secretário Municipal de Saúde e do Prefeito do Município"

2.2 - Comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições

⇒ Apresentação de declaração abaixo, preenchida pelo Secretário Municipal de Saúde:

FLS. Nº 53
PROC. 1018/00-5
RUB.

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro para os fins de certificação nos termos da Portaria GM 1.399 de 15/12/99, que o município _____ compromete-se num prazo de _____ (_____) dias a partir da data da certificação, a ter capacidade técnica, administrativa, condições materiais e de recursos humanos (conforme demonstra a relação 1) para exercer suas responsabilidades e prerrogativas quanto à gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Local/data/assinatura do Secretário Municipal de Saúde e Prefeito do Município

FLS. N 54
PROC. 1018/00-50
RUB.

RELAÇÃO 1 (anexo da Declaração anterior)

I - Estrutura física e recursos materiais da Secretaria Municipal de Saúde disponíveis para a Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças

⇒ Número de salas

⇒ Telefax

⇒ Viatura (quantidade, modelo e ano)

⇒ Equipamento de informática (quantidade e descrição técnica)

⇒ Ponto de Internet (em caso afirmativo, especificar o e-mail)

⇒ Mobiliário (quantidade e especificação)

II - Recursos humanos disponíveis para as Ações de Vigilância Epidemiológicas e Controle de Doenças

Os municípios deverão atender as exigências de recursos humanos, de acordo com a tabela seguinte.

EQUIPE MÍNIMA MUNICIPAL PARA A PPI DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS (ECD)

População (hab)	Nível Superior (1)	Nível Médio (2)	Agente de End. (3)
< 10.000	1	3	
10.001 a 30.000	1	4	
30.001 a 50.000	1	5	
50.001 a 100.000	2	7	
100.001 a 200.000	3	10	
> 200.000	10	15	

Observações:

(1) O profissional de nível superior, responsável pela coordenação da ECD, deve ter formação na área de ciências biológicas e/ou saúde pública;

(2) A equipe de nível médio deverá ser composta por, no mínimo, um digitador, um supervisor de endemias e auxiliares com capacitação na área de epidemiologia;

FLS Nº 55
PROC. 1018/00-50
RUB.

(3) Equipe composta pelos agentes de endemias para o desenvolvimento das ações de campo no controle das doenças. Foi utilizado o parâmetro de que cada agente de endemia deverá trabalhar 314 domicílios por mês. A seguir Tabela 1 apresenta o número de Agentes mínimo necessário por município;

- Toda equipe deve ser vinculada, oficialmente, a SMS ou órgão correlato;
- Caberá a SES capacitar os servidores da área de ECD no prazo de 90 (noventa) dias a partir da liberação dos recursos.

FLS. Nº 56
PROC. 10/8/00-50
RUB.

TABELA 1

NÚMERO MÍNIMO NECESSÁRIO DE AGENTES DE ENDEMIAS POR MUNICÍPIO

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº DE AGENTES
Amparo do São Francisco	2.084	02
Aquidabã	18.097	14
Aracaju	445.555	330
Arauá	10.707	08
Areia Branca	15.504	12
Barra dos Coqueiros	17.839	14
Boquim	24.456	19
Brejo grande	6.887	05
Campo do Brito	16.468	13
Canhoba	3.907	03
Canidé do São Francisco	16.026	12
Capela	26.466	20
Carira	17.433	13
Carmópolis	8.582	07
Cedro de São João	5.186	04
Cristinápolis	14.106	11
Cumbe	3.618	03
Divina Pastora	2.961	03
Estância	58.340	44
Feira Nova	4.898	04
Frei Paulo	11.874	09
Gararu	9.956	08
General Maynard	2.458	02
Graccho Cardoso	5.245	04
Ilha das flores	7.956	06
Indiaroba	12.219	09
Itabaiana	78.330	58
Itabaianinha	33.449	25
Itabi	4.860	04
Itaporanga d'Ajuda	19.855	15
Japaratuba	14.025	11
Japoatã	10.203	08
Lagarto	77.427	58
Laranjeiras	23.167	18
Macambira	5.603	05
Malhada dos Bois	3.074	03
Malhador	11.282	09
Maruim	14.298	11

FLS. Nº 527
PROC. 1013/00-SC
RUB.

Moita Bonita	10.522	08
Monte alegre de Sergipe	10.325	08
Muribeca	6.989	06
Neópolis	17.534	13
Nossa Senhora Aparecida	7.746	06
Nossa Senhora da Glória	25.096	19
Nossa Senhora das Dores	20.930	16
Nossa Senhora de Lourdes	5.714	05
Nossa senhora do Socorro	131.351	98
Pacatuba	10.999	09
Pedra Mole	2.427	02
Pedrinhas	8.311	07
Pinhão	4.942	04
Pirambú	6.546	05
Poço redondo	18.452	14
Poço Verde	17.333	13
Porto da Folha	22.838	17
Própria	26.714	20
Riachão do Dantas	18.319	14
Riachuelo	7.954	06
Ribeirópolis	14.837	11
Rosário do Catete	7.233	06
Salgado	18.074	14
Santa Luzia do Itanhy	12.050	09
Santa Rosa de Lima	3.308	03
Santana do São Francisco	5.673	05
Santo Amaro das Brotas	9.903	08
São Cristóvão	62.568	47
São Domingos	8.742	07
São Francisco	2.668	02
São Miguel do Aleixo	3.047	03
Simão Dias	34.652	26
Siriri	7.135	06
Telha	2.627	02
Tobias Barreto	42.865	32
Tomar do Geru	13.763	11
Umbaúba	18.208	14
TOTAIS	1.712.786	1.300

⇒ Apresentação da declaração abaixo, assinada pelo Coordenador de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças.

FLS. Nº 58
PROC. 1018/00-
RUB.

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de certificação para o desenvolvimento das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças que a estrutura e equipe apresentadas pelo município _____ estão compatíveis com as atribuições municipais pactuadas e que o mesmo encontra-se atualizado com relação à alimentação dos sistemas de informação SINAN, SIM, SINASC SI-PNI e PCFAD.

Data/local/Assinatura do Coordenador da Vigilância Epidemiológica

Observação: Entende-se estar atualizado com relação a:

SINAN – ter alimentado o sistema com as notificações de, pelo menos, duas semanas antes da assinatura e estar com as investigações encerradas com, no máximo, 60 (sessenta) dias de defasagem.

SIM – o município deve recolher a **via branca** de Declaração de Óbitos (DO) nas Unidades e a **via rosa** nos cartórios e ter alimentado o sistema com os dados do mês anterior a data da assinatura da Certificação.

SINASC – o município deve recolher a **via branca** da Declaração de Nascido Vivo (DN) nas Unidades de Saúde (hospitais e maternidades) e a **via amarela** nos cartórios e ter alimentado o sistema com os dados do mês anterior a data da assinatura da Certificação.

SI-PNI – ter alimentado o sistema de informações com os dados do mês anterior a data da assinatura da certificação.

PCFAD – (Programa de Controle da Febre Amarela e Dengue) – ter alimentado o sistema de informação com dados do mês anterior a data da assinatura da certificação.

9

2.3 - Programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade

⇒ Anexar a planilha para PPI preenchida e assinada pelo Secretário Municipal de Saúde (Anexo 1)

⇒ Preencher e assinar a declaração abaixo:

FLS. Nº 59
PROC. 1018/00-57
RUB.

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de certificação para o desenvolvimento das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças que o município _____ se compromete com a aplicação dos recursos do TFECD, segundo o quadro abaixo:

FONTE DE RECURSO	R$	%
REPASSE DO MS		
CONTRAPARTIDA MUNICIPAL		
CONTRAPARTIDA ESTADUAL		
TOTAL DO TFECD		100

Data/local/assinatura do Secretário Municipal de Saúde e do Prefeito do Município

Observação:

Os critérios de transferência dos recursos foram definidos pela Comissão de Descentralização das Endemias e pactuado na CIB.

10

2.4 – Temo de Compromisso de manutenção da equipe capacitada para as ações de ECD

⇒ Apresentação da declaração abaixo:

FLS. Nº 60
PROC. 0013/00-5
RUB.

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro para os fins de certificação nos termos da Portaria GM 1.399 de 15/12/99, que o Município _____ compromete-se a manter profissionais comprovadamente capacitados, para o desenvolvimento das atividades inerentes a área de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Local/data/assinatura do Secretário Municipal de Saúde e Prefeito Municipal

Glossário

As definições a seguir apresentadas são algumas das mais frequentemente aplicadas no contexto da vigilância e controle de doenças transmissíveis.

AGENTE: entidade biológica, física ou química capaz de causar doença.

AGENTE INFECCIOSO: agente biológico, capaz de produzir infecção ou doença infecciosa.

AGRAVO À SAÚDE: mal ou prejuízo à saúde de um ou mais indivíduos, de uma coletividade ou população.

AGRAVO INUSITADO: ocorrência de casos ou óbitos de doença de origem desconhecida ou alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independentemente de constar na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória.

CASO: pessoa ou animal infectado ou doente, apresentando características clínicas, laboratoriais e/ou epidemiológicas específicas de uma doença ou agravo.

CASO CONFIRMADO: pessoa de quem foi isolado e identificado o agente etiológico, ou de quem foram obtidas outras evidências epidemiológicas e/ou laboratoriais da presença do agente etiológico. A confirmação do caso está sempre condicionada à observação dos critérios estabelecidos pela definição de caso, a qual, por sua vez, está relacionada ao objetivo do programa de controle da doença e/ou do sistema de vigilância.

CASO SUSPEITO: pessoa cuja história clínica, sintomas e possível exposição a uma fonte de infecção sugerem que possa estar ou vir a desenvolver alguma doença infecciosa.

ENDEMIA: é a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, (temporalmente ilimitada), e que mantém uma **incidência** relativamente constante, permitindo variações cíclicas e sazonais.

EPIDEMIA: é a ocorrência em uma comunidade ou região de casos de natureza semelhante, claramente excessiva em relação ao esperado.

FONTE DE INFECÇÃO: pessoa, animal, objeto ou substância a partir do qual o agente é transmitido para o hospedeiro.

HOSPEDEIRO: organismo simples ou complexo, incluindo o homem, capaz de ser infectado por um agente específico.

INFECÇÃO: penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um agente etiológico animado no organismo de um hospedeiro, produzindo-lhe danos, com ou sem apareci-

mento de sintomas clinicamente reconhecíveis.

MAGNITUDE: avaliação da dimensão do problema/processo saúde-doença – onde se leva em conta, principalmente, a frequência da ocorrência, isto é, a incidência, a prevalência, a morbidade e a mortalidade e, em planejamento e Vigilância Sanitária, a gravidade do efeito (consequência, ou dano) do evento.

POTENCIAL DE DISSEMINAÇÃO: doenças com alta transmissibilidade, disseminação através de vetores ou outras fontes de infecção, colocando sob risco outros indivíduos ou coletividades.

SAZONALIDADE: é a propriedade de um fenômeno considerado periódico (cíclico) de repetir-se sempre na mesma estação (sazão) do ano. As doenças são sujeitas à variação sazonal com aumentos periódicos em determinadas épocas do ano, geralmente relacionados ao seu modo de transmissão. Por *extensão do significado,* o termo abrange em alguns textos também as variações cíclicas.

SURTO: é a ocorrência de dois ou mais casos epidemiologicamente relacionados. Alguns autores denominam surto epidêmico, ou surto, a ocorrência de uma doença ou fenômeno restrita a um espaço extremamente delimitado: colégio, quartel, creches, grupos reunidos em uma festa, um quarteirão, uma favela, um bairro etc.

TRANSCENDÊNCIA: conjunto de características apresentadas por doenças ou agravos, de acordo com a sua forma clínica e epidemiológica como a Severidade (letalidade, hospitalizações e sequelas), a Relevância Social (estigmatização e medo) e a Relevância Econômica (perdas de vidas, absenteísmo ao trabalho, custo do tratamento).

VETORES são seres vivos que veiculam o agente desde o reservatório até o hospedeiro potencial.

__**Vetores mecânicos** são os transportadores de agentes, geralmente insetos, que os carreiam nas patas, probóscides, asas ou trato gastro-intestinal contaminado e onde não há multiplicação ou modificação do agente.

__**Vetores biológicos** são aqueles em que os agentes desenvolvem algum ciclo vital antes de serem disseminados ou inoculados no hospedeiro.

VIRULÊNCIA: grau de patogenicidade de um agente infeccioso.

LIVROS DA COLEÇÃO

Volume 1 – A Reforma Sanitária e Gerencial do SUS no Estado de Sergipe

Volume 2 – Educação Permanente em Saúde no Estado de Sergipe

Volume 3 – Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe

Volume 4 – Manual Técnico Operacional da Central SAMU 192 Sergipe

Volume 5 – Atenção Básica no Estado de Sergipe

Volume 6 – Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe

Volume 7 – Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe

Volume 8 – Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe

Vigilância Epidemiológica no Estado de Sergipe

Saberes e tecnologias para implantação de uma Política

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA ENSP

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

FUNESA
Fundação Estadual de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE SERGIPE
TRABALHANDO PRA VOCÊ