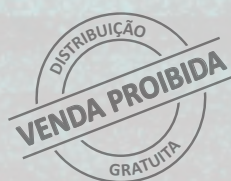


MINISTÉRIO DA SAÚDE

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ações inovadoras e resultados

Gestão 2011-2014



Brasília – DF • 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Ações inovadoras e resultados

Gestão 2011-2014



Brasília – DF • 2015

2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 134
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2889 / 3315-3382
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: svs@saude.gov.br

Supervisão-geral

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Coordenação-geral

Marta Roberta Teixeira Coelho – CGPLAN
Sonia Maria Feitosa Brito – DEGEVS

Equipe de redatoria

Elcylene Leocádio – Coordenação de texto e redação
Daisy Maria Coelho de Mendonça (CGPLAN) –
Pesquisa e redação
Maria Zilma dos Santos (CGPLAN) – Pesquisa e redação
Marta Roberta Teixeira Coelho (CGPLAN) – Pesquisa
e redação
Renata Paes Teixeira (CGPLAN) – Sistematização
de entrevistas

Assessoria

Sandra Valongueiro Alves

Produção

Núcleo de Comunicação – Nucom/SVS

Diagramação

Fred Lobo – Nucom/SVS
Sabrina Lopes – Nucom/SVS

Capa

Fred Lobo – Nucom/SVS

Editora responsável

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial

Normalização: Amanda Soares – Editora MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

Vigilância em saúde : ações inovadoras e resultados : gestão 2011-2014 / Ministério da Saúde,
Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

204 p. : il.

ISBN 978-85-334-2232-2

1. Vigilância em Saúde. 2. Administração em saúde. 3. Gestão do trabalho no SUS. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0091

Títulos para indexação

Em Inglês: Health surveillance: innovative actions and results: management 2011-2014

Em Espanhol: Vigilancia en salud: acciones innovadoras y resultados: gestión 2011-2014

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIA	Associação Brasileira da Indústria de Alimentos
AE	Agenda Estratégica
Aids	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ANS	Agência Nacional de Saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ATC	Atestado de Condição Sanitária
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
Bio-Manguinhos	Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos
BNE	Boletim Nacional de Epidemiologia
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
Cenepi	Centro Nacional de Epidemiologia
Cerest	Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
CESD	Comitês Estaduais de Saúde em Desastres
CGDANT	Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
CGDEP	Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços
CGDT	Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis
CGHDE	Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CGLAB	Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública
CGPLAN	Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento
CGPNCD	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Dengue
CGPNCM	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária
CGPNCT	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose
CGPNI	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
CGST	Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador
CGVR	Coordenação-Geral de Vigilância em Resposta às Emergências em Saúde Pública
CGVAM	Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
CHIKV	Vírus da Cikungunya
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
Cievs	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância
Ciocs	Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CME	Comitê de Monitoramento de Eventos
CNES	Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPS	Cadastro Nacional de Profissionais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coap	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Coes	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conicq	Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
Crie	Centros de Referência para Imunobiológicos
CTA	Comitê Técnico Assessor
CTAI	Comitê Técnico Assessor em Imunizações
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DAB	Departamento de Atenção Básica
Datasus	Departamento de Informática do SUS
DCC	Dengue com complicações
DNCT	Doença Crônica Não Transmissível
DEN	Tipo de vírus da dengue
Devit	Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
DANTPS	Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
DDAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais
DSAST	Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Degevs	Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST	Doença sexualmente transmissível
dT	Difteria e tétano, dupla bacteriana adulta
DT	Difteria e tétano, dupla bacteriana infantil
DTP	Difteria, tétano e <i>pertussis</i> , tríplice bacteriana
EAD	Educação a distância
EAPV	Eventos adversos pós-vacinação
E-car	Programa de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados
Episus	Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS
ERR	Equipe de Resposta Rápida às Emergências de Saúde Pública
Espin	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
Expoepi	Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças
Feam	Fundação Eletronuclear de Assistência Médica
Fenep	Federação das Escolas Particulares
FHD	Febre hemorrágica de dengue
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FN-SUS	Força Nacional do SUS
FORM-SUS	Serviço do Datasus para criação de formulários na WEB
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GEI ESPII	Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública
GPHIN	Global Public Health Information Network

GTVS	Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
HPV	Papilomavírus humano
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Instituto Evandro Chagas
IIMR	Instrumento de Identificação de Municípios de Risco
Inca	Instituto Nacional de Câncer
IPA	Índice Parasitário Anual
IQA	Índice de Qualidade da Água
IVB	Instituto Vital Brazil
Lacen	Laboratório Central de Saúde Pública
LAPM	Laudo de Avaliação do Potencial Malarígeno
LGVT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros
LIRAA	Levantamento Rápido do Índice de Infestação pelo <i>Aedes Aegypti</i>
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação
MIF	Mulheres em idade fértil
MiId	Mosquiteiro impregnado com inseticida de longa duração
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRC	Monitoramento rápido de cobertura
MS	Ministério da Saúde
NEC	Núcleo de Eventos e Cerimonial
NIC	Nacional Influenza Center
Nucom	Núcleo de Comunicação
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
OTCA	Organização do Tratado de Cooperação Amazônica
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PACM	Plano de Controle da Malária
PARA	Programa de Análise de Resíduo de Agrotóxico
PAS	Programações Anuais de Saúde
PCDT	Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas
PCR	Postos de venda de combustível
PEE-RJ	Plano de Emergência Externo do Rio de Janeiro
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde
PFVS	Piso Fixo de Vigilância em Saúde
PNCM	Programa Nacional de Controle da Malária

PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNHV	Programa Nacional de Hepatites Virais
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
PPA	Plano Plurianual
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PSA	Plano de Segurança da Água
PSE	Programa de Saúde do Escolar
PSMC	Plano Setorial da Saúde de Mitigação e Adaptação à Mudança do Clima
PVNT	Projeto Vida no Trânsito
PVVS	Piso Variável de Vigilância em Saúde
Renast	Rede Nacioanal de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RESS	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RT-PCR	Reação de transcriptase reversa
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCD	Síndrome do choque da dengue
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SG	Síndrome gripal
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SI-API	Sistema de Informações da Avaliação do Programa de Imunizações
SI-EAPV	Sistema de Informação da Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMC	Sistema de informações de monitoramento clínico
Sime	Sistema de Monitoramento de Eventos Adversos
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do PNI
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIS	Sistemas de Informações em Saúde
Sisagua	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SRAG	Síndrome respiratória aguda grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
TARV	Tratamento antiretroviral
TR	Teste rápido
TRM-TB	Teste rápido molecular para tuberculose
UBS	Unidade básica de saúde
UF	Unidades Federadas
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
Unaid	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
Unitaid	Central Internacional para a Compra de Medicamentos contra Aids, Tuberculose e Malária
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
Vigiagua	Programa de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
Vigiar	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos
Vigidesastres	Vigilância em saúde ambiental dos riscos decorrentes de desastres
Vigisolo	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VIP	Vacina contra a poliomielite de vírus inativados
Viva	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes
VOP	Vacina oral contra a poliomielite
VORH	Vacina oral contra o rotavírus humano
VSA	Vigilância em Saúde Ambiental
VSPEA	Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos

SUMÁRIO

	Registrar e refletir sobre o que foi feito...	11
Parte 1	Emergências em saúde pública	13
	Respostas às emergências em saúde pública e apoio a grandes eventos	15
	Dengue e chikungunya – Vigilância conjunta	20
	Vigilância da Influenza	25
	Vigilância em saúde dos riscos associados a desastres – Vigidesastres	28
	Estruturação da vigilância do Ebola	31
Parte 2	Busca da Excelência na informação em saúde	35
	Aperfeiçoamento dos sistemas de informação	37
	A vigilância como estratégia de redução de óbitos preveníveis	40
Parte 3	Doenças transmissíveis	47
	Controle do HIV/Aids, sífilis e das hepatites	49
	Controle da tuberculose	58
	Controle da malária	63
	Hanseníase, geo-helminthíases e tracoma	68
	Controle das doenças imunopreveníveis	74
Parte 4	Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde	79
	Política Nacional de Promoção da Saúde e Plano de Ações estratégicas 2011-2022	81
	Inquéritos e pesquisas – Vigitel, PNS, PSE, PeNSE	83
	Sistemas de Vigilância de Violências e Acidentes – Viva	91
Parte 5	Saúde do trabalhador e vigilância em saúde ambiental	95
	Saúde do trabalhador e da trabalhadora	97
	Vigilância em Saúde Ambiental	102
Parte 6	Governança	111
	Aperfeiçoamento da gestão	113
	Qualificação de trabalhadores do SUS para a Vigilância em Saúde	120
	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância – PQA-VS	131

Parte 7	Cooperação internacional	137
	Institucionalização e ampliação das ações de cooperação	139
Parte 8	Experiências de Vigilância em Saúde: Brasil, estados e municípios	143
	Experiências nacionais	145
	Experiências estaduais e municipais	156
	...Para avançar com ousadia e consistência nos próximos anos	171
	Bibliografia	173
	Outras fontes de consulta	175
	Créditos institucionais	177
	Anexos	179
	Anexo A – Instrumentos normativos publicados entre 2011 e 2014	181
	Anexo B – Cursos realizados em parcerias com instituições de ensino e com a UNA-SUS – Período de 2011 a 2014	186
	Anexo C – Publicações da SVS/MS, de 2011 a 2014	191
	Anexo D – Campanhas de comunicação realizadas pela SVS, de 2011 a 2014	199

REGISTRAR E REFLETIR SOBRE O QUE FOI FEITO...

O relatório “Vigilância em Saúde, ações inovadoras e resultados – Gestão 2011-2014” apresenta os resultados do trabalho realizado pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) nos últimos quatro anos, com a participação do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de instituições de ensino e pesquisa, de sociedades de especialistas, da sociedade civil organizada e de parceiros internacionais. Nesse período, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), como coordenadora nacional do SNVS e em consonância com a agenda estratégica do MS liderou a implantação de políticas e estratégias visando ao aperfeiçoamento das ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos. Conduziram esse processo a permanente revisão crítica de todas as práticas realizadas, a busca de qualificação das informações e a incorporação de inovações baseadas em consistentes evidências.

Ao apresentar as ações realizadas entre 2011 e 2014 optou-se por um relato sintético, centrado nas inovações e nos resultados alcançados, buscando-se também apontar os limites e dificuldades encontradas no caminho percorrido. O documento é composto de oito partes que cobrem todos os temas que integram as ações do SNVS: resposta às emergências em saúde pública; qualificação das informações em saúde; vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco e a promoção da saúde; saúde do trabalhador e vigilância ambiental, cooperação e a melhoria da governança. Nos anexos, com o propósito de oferecer fontes para informações complementares, são indicados os instrumentos normativos relativos ao SNVS publicados de 2011 a 2014, as iniciativas de capacitação dos recursos humanos realizadas, as publicações da SVS e as imagens utilizadas em campanhas de comunicação do Ministério da Saúde. Além disso, o relatório traz um conjunto de experiências de abrangência nacional, estadual e municipal, que refletem políticas prioritárias da Vigilância em Saúde.

Esse relatório registra as ações realizadas e os avanços obtidos nesse ciclo de governo para que os trabalhadores que integram o SNVS e todos os parceiros envolvidos nesse trabalho possam refletir sobre o que levou aos êxitos alcançados, sobre os desafios e as oportunidades para sua universalização e sustentabilidade, assim como sobre as barreiras enfrentadas, contribuindo para a transparência e para o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde.

1

Emergências em saúde pública

Mudanças econômicas, políticas, de hábitos e de comportamentos, assim como a intensa urbanização e a mobilidade dos povos, vêm contribuindo para o aparecimento de novos e mais complexos objetos para a vigilância em saúde. Micro-organismos, doenças de natureza infecciosa que se propagam com maior rapidez, acidentes químicos, radionucleares ou desastres naturais, entre outros eventos, exigem respostas rápidas e coordenadas em âmbito nacional e internacional para a garantia da saúde individual e coletiva de todas as populações. A vigilância em saúde de cada país precisa estar preparada para lidar com maiores riscos e com as emergências em saúde pública. Nesse sentido, o Brasil agiu com determinação, criando condições, estruturando e organizando serviços para aumentar a capacidade de resposta do SNVS. Em 2012, o Brasil alcançou “as capacidades básicas de alerta e resposta diante de algum evento inusitado que possa se constituir em emergência em saúde pública de importância internacional, conforme o Regulamento Sanitário Internacional (RSI-2005)”.

RESPOSTAS ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA E APOIO A GRANDES EVENTOS

Uma emergência em saúde pública se caracteriza como uma situação que demanda o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres ou de desassistência à população. A Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013, define como competência da SVS a “coordenação da preparação e resposta das ações de vigilância em saúde, nas emergências em saúde pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com Estados, Distrito Federal e Municípios” na resposta a essas emergências.

As emergências em saúde pública podem colocar em risco habitantes de diversos países, exigindo respostas adequadas, oportunas e coordenadas da comunidade sanitária internacional. A vigilância internacional é feita por meio de pontos focais estabelecidos pelos países, sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Atuam nas respostas às emergências e a grandes eventos:

- O Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs), criado em 2005.
- O Comitê de Monitoramento de Eventos (CME).
- O Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (Sime).
- O Centro de Operações de Emergências em Saúde (Coes).
- O Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII).
- Equipe de Resposta Rápida às Emergências em Saúde Pública (ERR/SVS), composta por técnicos dos diversos setores da SVS e também pelos profissionais do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPI-SUS).

Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs)

No Brasil, a coordenação da resposta às emergências em saúde pública é realizada pela SVS, por intermédio do Cievs, ponto focal do Brasil para o RSI-2005 (Portaria nº 1.865, de 10 de agosto de 2006). O Cievs atua nos processos de alerta, detecção, monitoramento e avaliação das situações de riscos e emergências em saúde pública de importância nacional e internacional. As Secretarias de Saúde dos Estados e de Municípios estratégicos (capitais, fronteiras e polos regionais) adotaram estruturas e estratégias similares às do Cievs/SVS e atualmente compõem a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, com centros implantados em 26 estados, no DF e em 26 capitais e algumas regionais de saúde e em fronteiras, como em Foz do Iguaçu (PR), com implantação em 2012 em decorrência dos X-Games realizados no município e que teve papel importante na gestão da resposta em um dos principais polos turísticos do Brasil. A partir de qualquer ponto da Rede, equipes especializadas garantem o recebimento e o compartilhamento oportuno das notificações de agravos de saúde pública, comunicando-se imediatamente com as autoridades de saúde em caso de eventos de importância local, regional, nacional ou potencialmente internacional, segundo a avaliação de risco.

Comitê de Monitoramento de Eventos (CME)

O CME atua de forma permanente. Coordenado pela SVS, tem a participação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), da Anvisa e de outros parceiros. Em reuniões semanais, o CME acompanha os eventos de relevância para a saúde pública, visando à avaliação de risco, à identificação de possíveis problemas e à tomada de decisões para a resposta.

Sistema de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (Sime)

O Sime é uma versão web do "Event Management System" (Sistema de Gerenciamento de Eventos), desenvolvido pela OMS. Criado em linguagem de instalação, é de fácil utilização nos serviços de saúde. O MS doou seu código-fonte para a Opas e fez a tradução para o inglês e o espanhol, permitindo o uso pela Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e por países da América Latina. No período de 2012 a 2014, foram registrados e monitorados 2.064 eventos de importância nacional, cuja resposta envolveu diversos setores do SUS.

Rede de Captação de Rumores

A captação de rumores é uma estratégia de grande relevância na identificação de possíveis problemas. Nos Estados Unidos e no Canadá, cerca de 40% das emergências respondidas foram captadas por meio de rumores. Desde 2012, o Brasil atua em parceria com a Agência de Saúde Pública do Canadá, utilizando o Global Public Health Information Network (GPHIN) como uma das principais fontes de informação na captura de informações, rumores e potenciais emergências em saúde pública de importância nacional e internacional. Esse sistema utiliza estratégia de pesquisa neural na internet e captura informações em mais de 11 mil fontes em todo o mundo.

Centro de Operações de Emergências em Saúde (Coes)

O Coes é uma estratégia de gestão de eventos de importância para a saúde pública nacional. Foi incorporado a partir da estruturação do Plano de Reposta às Emergências e utiliza componentes do Sistema de Comando de Operações. O objetivo desta estratégia é permitir a resposta oportuna e coordenada às emergências em saúde pública sem prejudicar o andamento e a operação das ações de rotina, dando prioridade às ações de controle e prevenção. Durante os eventos de massa, foi utilizada a estratégia do Coes adaptada para as ações de gestão, denominada Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (Ciocs), cujas composição e atuação apresentaram aspectos adaptados à situação de normalidade, uma vez que o evento de massa não é uma emergência de saúde pública, mas necessita de monitoramento contínuo das suas ações.

17

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

O GEI-ESPII objetiva estabelecer a resposta coordenada às emergências em saúde pública que envolvam, direta ou indiretamente, os diversos órgãos do governo federal. Sob a coordenação da SVS, este grupo acompanha e propõe medidas para lidar com emergências em saúde pública de importância nacional e internacional. Participam do GEI os diversos setores e órgãos ligados ao MS e mais 13 ministérios e 5 órgãos do governo federal. Criado em 2010, o GEI é acionado sempre que necessário e atua com base no RSI-2005, em conjunto com os estados, o DF e os municípios.

Ações e resultados

Preparação de respostas: instrumentos estratégicos e gerenciais

Os planos de resposta e contingência têm como metas a intensificação das atividades de vigilância; a preparação de resposta da rede de saúde; o treinamento de profissionais; a divulgação de medidas às secretarias e a preparação de laboratórios de referência.

- 2013 – Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública.
- 2013 – Plano Nacional de Contingência para controle da Chikungunya no Brasil.
- 2014 – Planos de Contingência para emergência em saúde pública por desastres (inundação, seca e estiagem; agentes químicos, biológico, radiológico e nuclear); e, Planos de contingência para emergência em saúde pública por dengue, ebola, febre amarela e sarampo (estão em elaboração os planos para cólera, influenza e malária).

Preparação de suporte a eventos de massa

A Portaria nº 1.139, de 10 de junho de 2013, define as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa no âmbito do SUS.

18

Eventos monitorados

Entre 2012 e 2014, foram monitorados 2.064 eventos:

- 34% de eventos relacionados a doenças transmitidas por vetores;
- 23% de eventos de doenças de transmissão respiratória;
- 22% de eventos de doenças transmitidas por alimentos;
- 10% de eventos de etiologia desconhecida;
- 3% de eventos correspondentes a zoonoses;
- 2,7% de eventos adversos a produtos e serviços;
- 2% de desastres naturais ou antropogênicos;
- 2% de epizootias;
- 1% de eventos incomuns ou inesperados;
- 0,3% outros.

Grandes eventos monitorados pelo Ciocs entre 2011 e 2014

- **Copa das Confederações.**

Realizada de 15 a 30 de junho de 2013. O evento teve o segundo maior público desde a Copa do México, com 796.054 ingressos vendidos.

- **Jornada da Juventude.**

Realizada entre 23 e 28 de julho. Participaram do evento 3,7 milhões de pessoas, vindas de 175 países. À época, esta jornada foi considerada o maior evento já realizado na cidade do Rio de Janeiro.

- **Copa do Mundo Fifa 2014.**

Realizada em 12 cidades-sede. Participaram do evento 3,4 milhões de torcedores, vindos de diversas partes do mundo.

DENGUE E CHIKUNGUNYA – VIGILÂNCIA CONJUNTA

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Espalha-se rapidamente e tem potencial para se tornar uma epidemia mundial. Sua incidência aumentou 30 vezes nas últimas cinco décadas e, atualmente, está presente em mais de 125 países. O cenário brasileiro é de transmissão endêmica/epidêmica, com circulação simultânea de 4 sorotipos virais: DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4.

A chikungunya é causada por um vírus transmitido pelos mesmos vetores da dengue. O nome da doença é derivado de uma palavra makonde, que significa aproximadamente “aquele que se dobra”, devido às intensas dores articulares. Outros sintomas são febre alta, dor de cabeça e dores musculares. O período de incubação pode variar de 1 a 12 dias. Não há tratamento específico nem vacina disponível, sendo tratada apenas a sintomatologia da doença. A letalidade da chikungunya, segundo a Opas, é rara, sendo menos frequente do que nos casos de dengue.

Diversos fatores dificultam a erradicação dos vetores que transmitem a dengue e a chikungunya: o crescimento desordenado dos centros urbanos, a irregularidade do abastecimento de água, a coleta e o destino inadequado dos resíduos sólidos, a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, assim como as condições climáticas agravadas pelo aquecimento global. Esta situação impõe modelos de vigilância focados na identificação e gestão de riscos, no diagnóstico e no tratamento precoces, principalmente em anos epidêmicos, de modo a evitar mortes por ambas as doenças.

As ações de vigilância e as inovações instituídas no controle da dengue foram revistas para incluir a vigilância de CHIKV, potencializando os recursos disponíveis.

Síntese das ações para o controle da dengue e da chikungunya:

- manual de preparação e respostas e plano de contingência;
- ampliação do número de municípios que realizam o Levantamento Rápido do Índice de Infestação pelo *Aedes Aegypti* (LIRAA), que incide no aperfeiçoamento da capacidade de alerta e resposta por meio dos sistemas de vigilância para detecção precoce de surtos e identificação das áreas de maior risco;
- capacitação de laboratórios centrais de saúde pública;
- elaboração do manual para enfermagem;
- inclusão do tema CHIKV no curso de educação a distância "Dengue em 15 Minutos", focado no diagnóstico, na avaliação de risco e no manejo do paciente;
- atuação integrada com a atenção básica e especializada, com ampliação dos serviços, capacitação de profissionais e habilitação de leitos de enfermagem e de UTI pelo SUS;
- implantação de protocolos simplificados para o diagnóstico de casos graves, o encaminhamento adequado e o tratamento imediato dos casos para a redução de óbitos;
- campanhas de mobilização da sociedade para a adoção de medidas preventivas;
- aportes adicionais periódicos de recursos financeiros para o fortalecimento de ações de vigilância da dengue nos períodos de maior risco de epidemias. Em 2014, foram repassados aos estados e municípios cerca de R\$ 1,2 bilhão para a manutenção de ações de vigilância, prevenção e controle da dengue.

Inovações nas ações de controle

Testes rápidos para diagnóstico

Para o diagnóstico da dengue, dois novos exames deverão fazer parte da rotina dos serviços. O primeiro, que já está em processo de descentralização, é o teste RT-PCR – Reação de Transcriptase Reversa, que permite a identificação do sorotipo viral em 24 horas, melhorando a oportunidade de resposta em relação ao isolamento viral, que demora, no mínimo, 15 dias após a inoculação. O segundo faz parte dos chamados testes rápidos (imunocromatográficos), que permitem o diagnóstico em 15 minutos, pela detecção do IgA, IgM-IgG, NS1. Esses testes estão disponíveis em laboratórios de referência.

Nova classificação para os casos de dengue

Em 2014, o Brasil adotou a nova classificação de casos de dengue da OMS: “dengue com sinais de alarme” e “dengue grave”. Até 2013, a classificação dos casos no Brasil se dividia em febre hemorrágica da dengue (FHD), síndrome do choque da dengue (SCD) e dengue com complicações (DCC). A nova classificação não traz prejuízos para a análise da situação epidemiológica, mas torna incorreta a comparação direta de casos graves em 2014 com os casos dos anos anteriores.

Programação de campanhas de mobilização: 2014-2015

- Em 2013, com o slogan “Dengue é fácil combater, só não pode esquecer”, procurou-se incentivar a população a praticar medidas simples de prevenção e alertá-la sobre os sinais, os sintomas e as medidas a serem adotadas em casos suspeitos.
- Em 2014, 15 de novembro: início da campanha de combate à dengue e à chikungunya, com o slogan: “O perigo aumentou. E a responsabilidade de todos também”. Objetivo: divulgar orientações sobre como evitar a proliferação dos mosquitos transmissores das doenças e alertar sobre a gravidade das enfermidades.
- Em 2014, 6 de dezembro: Dia D de mobilização. O MS convocou os gestores municipais a mobilizar a comunidade, a desenvolver mutirões de limpeza urbana, a alertar os profissionais de saúde para o diagnóstico correto das doenças e a enfatizar o papel das famílias na prevenção, pois 80% dos criadouros estão nas residências.
- Em 2015, dia 7 de fevereiro: reforço das ações com o Dia D+1, considerando-se que no período de verão o mosquito prolifera mais rapidamente e o risco de epidemias é maior.

Resultados alcançados

Redução de casos, de óbitos e de internações, com benefícios para a população e economia para o SUS.

Redução dos casos

- O número de casos registrados de dengue caiu 59,3% comparando-se 2014 e 2013, passando de 1.452.489 para 591.080 .
- Todas as regiões do país apresentaram redução de casos notificados, sendo que a Região Sudeste teve a queda mais representativa, correspondente a 66%, seguida pelo Sul (64%), Centro-Oeste (57%), Nordeste (41%) e Norte (1%).
- O estado com a maior diferença entre 2013 e 2014 foi o Rio de Janeiro, que conseguiu reduzir em 97% o número de casos, seguido pelo Mato Grosso do Sul (96%) e por Minas Gerais (86%).

Redução de óbitos

- Os óbitos por dengue no Brasil também apresentaram queda em comparação a 2013. Em 2014 foram 410 mortes, contra 674 confirmadas em 2013, o que corresponde a uma redução de 39%.
- Destacam-se os estados de Tocantins, Acre, Roraima, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, que não registraram óbitos causados pela dengue em 2014.

23

Redução de internações

- No período de janeiro a novembro de 2014, foram registradas 64,2 mil internações pela doença, o que representa 48% a menos com relação ao mesmo período de 2013, quando houve 33,3 mil internações.
- Esta redução significa uma economia de R\$ 9,7 milhões para o SUS.

A diminuição das internações pode estar relacionada à detecção precoce da doença e à correta classificação de risco, temas tratados no Curso de Atualização no Manejo Clínico da Dengue, realizado em parceria com a UNA-SUS.

Chikungunya: situação atual

Em 2014, com a expectativa de entrada da CHIKV no país, foi elaborado o documento “Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil”, baseado na publicação da Opas: “Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas”, que norteou a formulação do Plano de Contingência para Chikungunya do Ministério da Saúde. Este plano está dividido em 4 níveis, que compreendem ações de vigilância epidemiológica; controle vetorial; assistência; comunicação, mobilização, publicidade e gestão do programa.

Até 28 de dezembro de 2014, o MS registrou 3.195 casos de febre chikungunya no Brasil, sendo 141 casos confirmados por critério laboratorial e 673 por critério clínico-epidemiológico. Além desses, 93 casos foram diagnosticados em pessoas que viajaram para países com transmissão da doença, como República Dominicana, Haiti, Venezuela, Ilhas do Caribe e Guiana Francesa. Os demais 3.198 foram casos autóctones, diagnosticados em pessoas sem registro de viagem internacional para países onde há transmissão. Destes, 1.264 foram registrados no município de Oiapoque, no Amapá; 1.444 em Feira de Santana; e 437 em Riachão do Jacuípe, na Bahia; um caso em Matozinhos, Minas Gerais; e 44 casos em Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Foram enviadas equipes para os estados com casos registrados, como Bahia e Amapá, para trabalhar em conjunto com as secretarias estaduais de saúde e intensificar ações de prevenção e vigilância da doença. O Ministério da Saúde também promoveu a capacitação de laboratórios para a realização dos testes de diagnósticos e realizou, em outubro, o Seminário Internacional da Febre Chikungunya. Além disso, houve a inclusão do capítulo sobre a febre no Guia de Vigilância Epidemiológica e a aquisição de inseticidas para auxiliar no combate à proliferação dos mosquitos, entre outras medidas.

VIGILÂNCIA DA INFLUENZA

Em 2014, foram administradas 35.628.454 doses da vacina contra influenza e de 2012 a 2014 foram distribuídos 3.490.786 tratamentos de fosfato de oseltamivir, dos quais mais de 65% em 2013.

A vigilância epidemiológica da influenza é realizada em diversos países do mundo. Entre seus objetivos está a identificação da circulação dos vírus *influenza* e o monitoramento das cargas de morbidade e mortalidade. Atualmente, a Rede de Vigilância da OMS é constituída por mais de 140 laboratórios de diferentes países.

A partir de 2011, foram adotadas medidas de fortalecimento da vigilância da doença: descentralização do diagnóstico por biologia molecular, atualização de sistemas de informação, ampliação da rede de unidades-sentinela, inclusão de novos grupos para vacinação.

Descentralização do diagnóstico

25

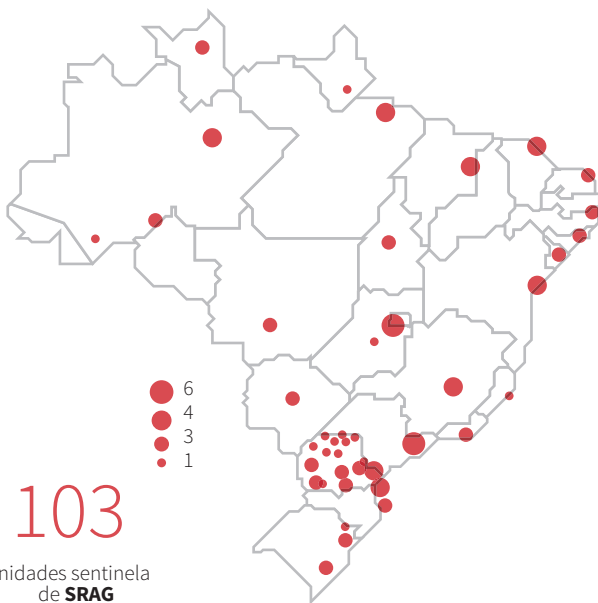
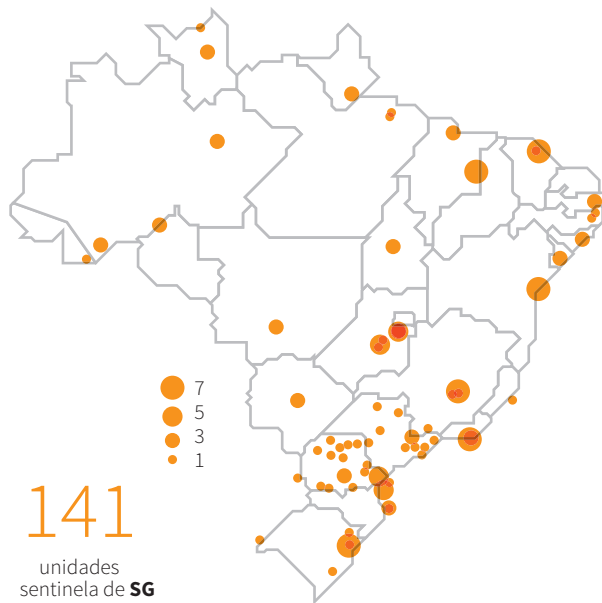
No Brasil, a Rede de Vigilância da Influenza é constituída por 27 Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) e três laboratórios credenciados na OMS como Centros de Referência para Influenza (NIC – Nacional Influenza Center), os quais fazem parte da rede global de vigilância da influenza. Entre estes laboratórios, o da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, é referência nacional. Já os laboratórios do Instituto Adolfo Lutz (IAL), em São Paulo, e do Instituto Evandro Chagas (IEC), em Belém, são referências regionais.

Ampliação de unidades-sentinela

Entre as estratégias de trabalho para vigilância da *influenza*, o Brasil desenvolveu um sistema de vigilância sentinela, que teve início em 2000. Atualmente, o Sistema de Vigilância Sentinela de Influenza está sendo ampliado e já conta com a organização de 244 Unidades-Sentinela. Destas, 141 unidades são para Síndrome Gripal (SG) e 103 unidades são para Síndrome respiratória Aguda grave (SRAG). Os sítios-sentinela para a vigilância da *influenza* estão distribuídos em todas as Unidades Federadas.

FIGURA 1

Mapas 1, 2 – Distribuição das unidades-sentinela para SG e SRAG. Brasil. 2014



Fonte: SVS/MS.

Em 2014, até a semana epidemiológica 53, foram notificados 2.318 óbitos por SRAG, dos quais 14,1% (326) foram confirmados para o vírus *influenza*. Destes predominaram os óbitos pelo vírus *influenza* A (H1N1)pdm09 (50,0% – 163/326), com aumento a partir do mês de abril. Também foram notificados 105 óbitos por *influenza* A (H3N2), 34 por *influenza* A sem identificação do subtipo e 24 por *influenza* B. Os estados com o maior número de óbitos por *influenza* foram: São Paulo (124), Minas Gerais (33), Mato Grosso do Sul (29) e Goiás (28).

Vacinação

A vacinação anual contra *influenza* é a principal intervenção preventiva em saúde pública para este agravo. Pode ser administrada antes da exposição ao vírus e é capaz de promover imunidade efetiva e segura durante o período de circulação. A estratégia de vacinação no país é direcionada para grupos prioritários com predisposição para complicações da doença. A vacinação foi ampliada, sendo indicada para indígenas, crianças com idade de seis meses a dois anos, profissionais de saúde, pessoas com deficiência, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e puérperas e, em 2014, para crianças de seis meses a cinco anos.

FIGURA 2

Ampliação da vacinação contra Influenza com a inclusão de novos grupos prioritários. Brasil, de 2011 a 2014



Fonte: SVS/MS.

Tratamento

Os antivirais fosfato de oseltamivir (Tamiflu®) e zanamivir (Relenza®) são medicamentos inibidores de neuraminidase, classe de drogas planejadas contra o vírus *influenza*. O tratamento com o antiviral, de maneira precoce, pode reduzir a duração dos sintomas e, principalmente, a redução da ocorrência de complicações da infecção pelo vírus *influenza*. Para a prescrição deste medicamento é usado o receituário simples. Cumprindo o Protocolo de Tratamento da Influenza, de 2013, o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza estes medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DOS RISCOS ASSOCIADOS A DESASTRES – VIGIDESASTRES

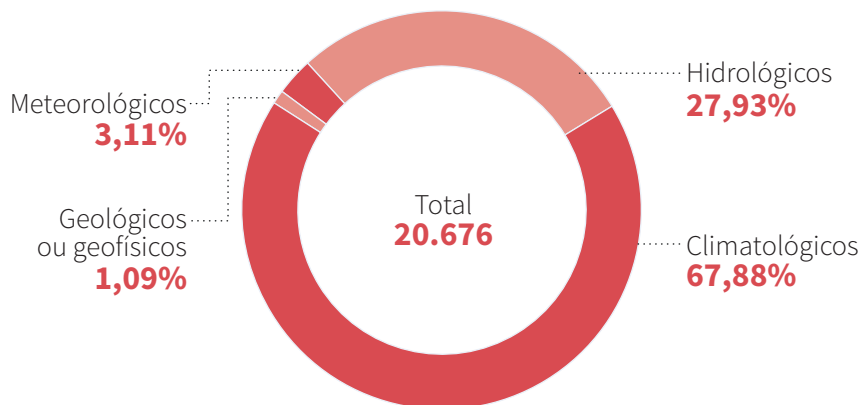
1.200 gestores, técnicos e profissionais de saúde, de diversos órgãos federais e de todas as instâncias gestoras do SUS, participaram de cursos preparatórios para lidar com desastres.

A Vigilância em Saúde dos Riscos Associados a Desastres tem como objetivo promover o desenvolvimento continuado de ações para reduzir a exposição da população e dos profissionais de saúde a doenças e agravos decorrentes de diversos tipos de desastres, bem como reduzir os danos à infraestrutura sanitária de saúde.

Aproximadamente 70% dos desastres naturais ocorridos no Brasil são climatológicos.

GRÁFICO 1

Percentual de decretos de situação de emergência e estado de calamidade pública por desastres. Brasil, de 2003 a 2013



Fonte: CGVAM/SVS/MS.

A SVS tem fortalecido sua capacidade de resposta às emergências em saúde pública por desastres, com ações articuladas e coordenadas, pautadas na gestão do risco e no desenvolvimento de ações de prevenção, mitigação dos danos e recuperação. Neste sentido, foram definidas estratégias e diretrizes de atuação focadas principalmente na organização da esfera federal do SUS para a resposta imediata, assim como no apoio aos estados e municípios, por meio de capacitações, treinamentos e assessorias técnicas.

Com o Decreto nº 7.616, de novembro de 2011, da Presidência da República, foram definidas as condições para a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) e a instituição da Força Nacional do SUS (FN-SUS).

Preparação de Planos de Contingência e Resposta

Alinhados ao Plano Nacional de Resposta a Emergências em Saúde Pública com relação aos desastres:

- Foram elaborados Planos de Resposta para Emergências em Saúde Pública por: Inundação; Seca e Estiagem e Químicos, Biológicos, Radiológicos e Nucleares (QBRN), publicados em 2014.
- Para os casos de emergências radiológicas e nucleares, foi elaborado, entre 2010 e 2011, o Protocolo de Assistência Farmacêutica em Acidentes Radiológico-Nucleares, com a colaboração da Fundação Municipal de Saúde de Angra dos Reis, da Defesa Civil do Município de Angra dos Reis, do Corpo de Bombeiros e da Comissão Nacional de Energia Nuclear.
- A equipe de profissionais da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) foi capacitada em 2013 pela Fundação Eletronuclear de Assistência Médica (Feam) para atendimento a rádio-acidentados e, no mesmo ano, participaram do exercício geral previsto no PEE/RJ.
- Foram realizadas capacitações dos profissionais de saúde do SUS para preparação e resposta a emergências em saúde pública: Capacitação de Gestão de Risco de Desastres no Sistema Único de Saúde; Curso da FN-SUS: "Introdução à prática de gestão da saúde em situação de desastre"; Curso de Capacitação em Saúde Internacional: Emergência e Desastres; Curso: Protocolos e Procedimentos para a Implementação do Plano Nacional de Respostas às Emergências em Saúde Pública; Curso de Emergência em Saúde Pública; Seminário de Emergência em Saúde Pública – Emergência Química, Biológica, Radiológica, Nuclear. Houve, ainda, treinamento em ameaças químicas, biológicas, radiológicas e nucleares.

Plano Setorial da Saúde de Mitigação e Adaptação à Mudança do Clima (PSMC-Saúde)

O PSMC-Saúde, elaborado em 2012, no âmbito da Comissão Gestora e do Comitê Executivo do PSMC-Saúde, foi instituído por meio da Portaria Ministerial nº 3.244/2011, com o objetivo de estabelecer diretrizes, metas e estratégias nacionais para contribuir com medidas de mitigação e de adaptação para o fortalecimento da capacidade de preparação e resposta dos serviços de saúde do SUS para minimizar vulnerabilidades da população frente aos impactos da mudança do clima.

Organização dos Comitês Estaduais de Saúde em Desastres (CESD)

O CESD é um órgão colegiado de caráter contínuo e permanente que tem como objetivo organizar a atuação do setor Saúde, na esfera estadual do SUS, para atuação em situações de emergência em saúde pública decorrentes de desastres. Ao todo, 17 Comitês Estaduais de Saúde em Desastres foram instituídos pelas SES. Em sua maioria, esses comitês têm como foco de ação as emergências em saúde pública e são compostos pelas áreas da atenção e vigilância à saúde.

Disponibilização de kits de medicamentos e insumos estratégicos

O Ministério da Saúde dispõe de kits de medicamentos e insumos estratégicos, conforme o disposto na Portaria GM/MS nº 2.365, de 18 de outubro de 2012, para atendimento aos municípios atingidos por desastres de origem natural associados às chuvas, aos ventos e ao granizo.

Entre 2011 e 2014, foram distribuídos 361 kits. Cada um composto por 30 medicamentos e 18 insumos estratégicos para o atendimento de até 500 pessoas desabrigadas e desalojadas por um período de três meses.

Comunicação e a educação para a saúde em desastres

Foram elaborados folders e cartilhas com orientações sobre cuidados com a saúde a serem repassados à população pelos profissionais de saúde. Também foram criados de spots de livre veiculação para serem divulgados em rádios e carros de som em situações de desastres, disponibilizados no portal do MS.

Temas abordados: enchentes, limpeza de caixas d'água, água e alimentos para consumo humano; recuperação emocional; falta de energia; leptospirose, acidentes com animais peçonhentos; prevenção de doenças respiratórias e tétano acidental.

ESTRUTURAÇÃO DA VIGILÂNCIA DO EBOLA

Em 08 de agosto de 2014, a OMS decreta a Doença causada pelo Vírus Ebola (DVE) como emergência de saúde pública de importância nacional face a ocorrência do surto que acomete a Libéria, a Guiné e Serra Leoa na África Ocidental.

O Brasil prepara-se para uma possível entrada do vírus no país

- No Brasil, a vigilância da DVE foi estruturada e implementada a partir da decretação feita pela OMS, com base no RSI-2005, que define as ações de comunicação e informação, de vigilância, atenção integral aos pacientes, estruturação das ações de preparação da resposta às ESPII. Sob coordenação da SVS/MS foram realizadas as seguintes ações:
- Instalação do COES com o objetivo de definir as medidas para evitar a disseminação do vírus ebola no caso de eventual introdução no Brasil, e de coordenar as ações de resposta à DVE pelo MS em articulação com as SES e SMS das Capitais;
- Convocação sistemática do GEI-ESPII com finalidade acompanhar e propor medidas de prevenção e controle direcionadas à DVE;
- Elaboração do Plano de Contingência para a DVE que visa orientar as ações específicas frente a uma eventual introdução do vírus ebola no território nacional, o qual também serve de base para instrumentalizar a construção dos planos de contingência estaduais por parte das Unidades Federadas;
- Fortalecimento da comunicação, entre o MS, OPAS-OMS, SES e SMS, por meio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde-CIEVS/SVS, para o monitoramento e acompanhamento e repasse permanente das informações sobre os países afetados aos gestores, aos técnicos, às instituições parceiras e à população;
- Definição da estrutura hospitalar de referência nacional e estadual para atendimento de casos suspeitos, bem como fortalecimento da rede laboratorial para análises clínicas de pacientes ou de casos suspeitos;
- Aquisição de todos os equipamentos de proteção individual – EPI necessários e dos kits para coleta e transporte de amostras de casos suspeitos e pacientes;

- Estruturação das condições necessárias ao repatriamento e transporte aéreo de casos suspeitos e pacientes com DVE em parceria com a Força Aérea Brasileira;
- Capacitação de profissionais da saúde por meio de treinamentos e simulações nos aeroportos do Galeão – RJ, Guarulhos – SP, na fronteira do Acre e no porto de Santos para identificação, recepção e encaminhamento de suspeito de DVE;
- Intensificação das orientações de prevenção à DVE nos pontos de entrada de estrangeiros no País, sobretudo nos portos e aeroportos onde há maior circulação de pessoas provenientes dos países afetados pela doença;
- Desta forma, considera-se que foram tomadas as medidas preparatórias necessárias para enfrentar uma possível introdução de casos de DVE no Brasil.

Suspeita de Ebola no Brasil – a experiência de Cascavel/PR¹

Souleymane Bah, 47 anos, oriundo da Guiné, chegou ao Brasil no dia 19 de setembro, em Guarulhos/SP e passou por Santa Catarina, antes de chegar ao Paraná. No início de outubro ele foi atendido em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Cascavel, com febre, dor de garganta e tosse, mas rapidamente a suspeita de DVE foi descartada. O prefeito da cidade, Edgar Bueno, considera que o atendimento foi eficiente.

"Seguimos todo o protocolo. Caso contrário traríamos um pânico, um problema muito sério. Dois dias antes, por acaso, nós tínhamos feito um treinamento no município com nossos médicos, com emergências. Nós tínhamos um protocolo de como agir, que já veio do Ministério da Saúde. Foi interpretar e agir com segurança", disse ele.

Segundo o diretor da 10ª Regional de Saúde, Miroslau Bailak, o paciente tinha os principais sintomas da doença e isso fez com que toda a estrutura da saúde fosse envolvida e respondesse de forma rápida.

"Mesmo com o resultado negativo, o caso deixa um aprendizado considerável. Na eventualidade de acontecer outro caso, teremos uma resposta eficaz a partir do que aconteceu em Cascavel".

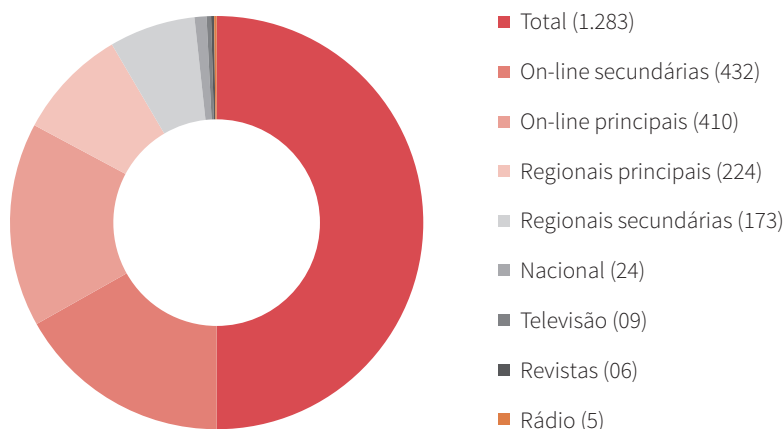
1 | <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/10/11/teste-negativo-para-ebola-e-alivio-para-populacao-de-cascavel-diz-prefeito.htm>. Último acesso: 1/01/2014.

O Ebola na mídia

A possibilidade de entrada do vírus Ebola no Brasil foi um assunto de grande interesse para a população. O tema foi assunto de mais de 25.000 notícias publicadas na mídia impressa, online e televisiva no país, entre abril e dezembro de 2014. Mais de 10.000 notícias saíram em veículos de circulação nacional e internacional. O caso suspeito registrado em Cascavel/PR também provocou grande repercussão. Mais de 96% destas notícias receberam avaliação positiva da população.

GRÁFICO 2

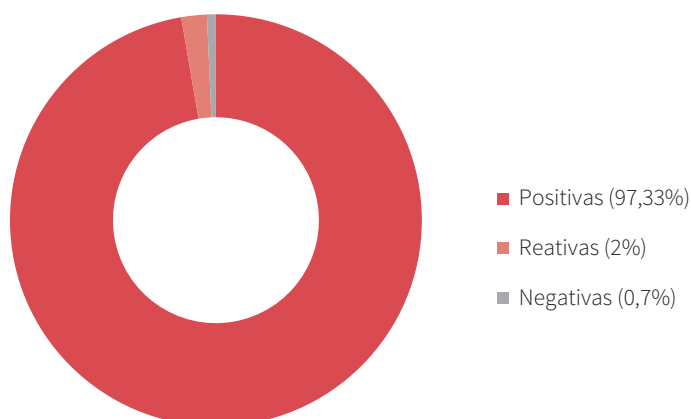
Noticias sobre caso suspeito de ebola em Cascavel/PR, segundo veículo de comunicação. Brasil, 8 outubro a 31 dezembro de 2014



Fonte: Nucom/SVS/MS.

GRÁFICO 3

Avaliação das notícias sobre Ebola e caso suspeito em Cascavel/PR. Brasil, 8 de outubro a 31 de dezembro de 2014



Fonte: Nucom/SVS/MS.

2

Busca da excelência na
informação em saúde

A informação é, na atualidade, um poderoso recurso estratégico em todas as áreas de trabalho. É a essência das ações da vigilância em saúde, fundamental à tomada de decisões e importante ferramenta no processo de descentralização das ações de saúde, tendo em vista a necessidade de uma base comum para o entendimento de problemas, a análise de cenários, o compartilhamento de decisões e a formulação e o monitoramento de estratégias e ações.

A busca de excelência na informação, por meio do fortalecimento dos sistemas nacionais de coleta, sistematização e análise de dados, permite cada vez mais a percepção da heterogeneidade que caracteriza as condições de saúde da população brasileira, o que pode ser discutido com base em diversos critérios: sociais, econômicos, geracionais, de gênero e raça/cor. Tais diferenças possibilitam a formulação de propostas mais adequadas a cada realidade e a otimização de recursos para a sua execução.

APERFEIÇOAMENTO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Com o propósito de buscar a excelência das informações em saúde, a SVS tem investido intensamente na institucionalização dos sistemas de informação, na melhoria da alimentação dos bancos de dados, na formação das equipes de vigilância para a produção de relatórios e a análise das informações. O acompanhamento deste trabalho mostra avanços importantes em vários aspectos: na cobertura dos sistemas, no tempo de fechamento do banco de dados, na investigação de óbitos e na redução das notificações de óbitos com causa básica não definida.

Avanços no SIM e no Sinasc entre 2000 e 2012

Ampliação da cobertura do SIM no território nacional de 91% a 94,2%.

Ampliação da cobertura do Sinasc no território nacional de 92,5% a 95,9%.

Redução do tempo de consolidação do banco de dados do SIM de 24 a 13 meses.

Ampliação do registro de nascimentos, superando a partir de 2011 as estimativas populacionais do IBGE.

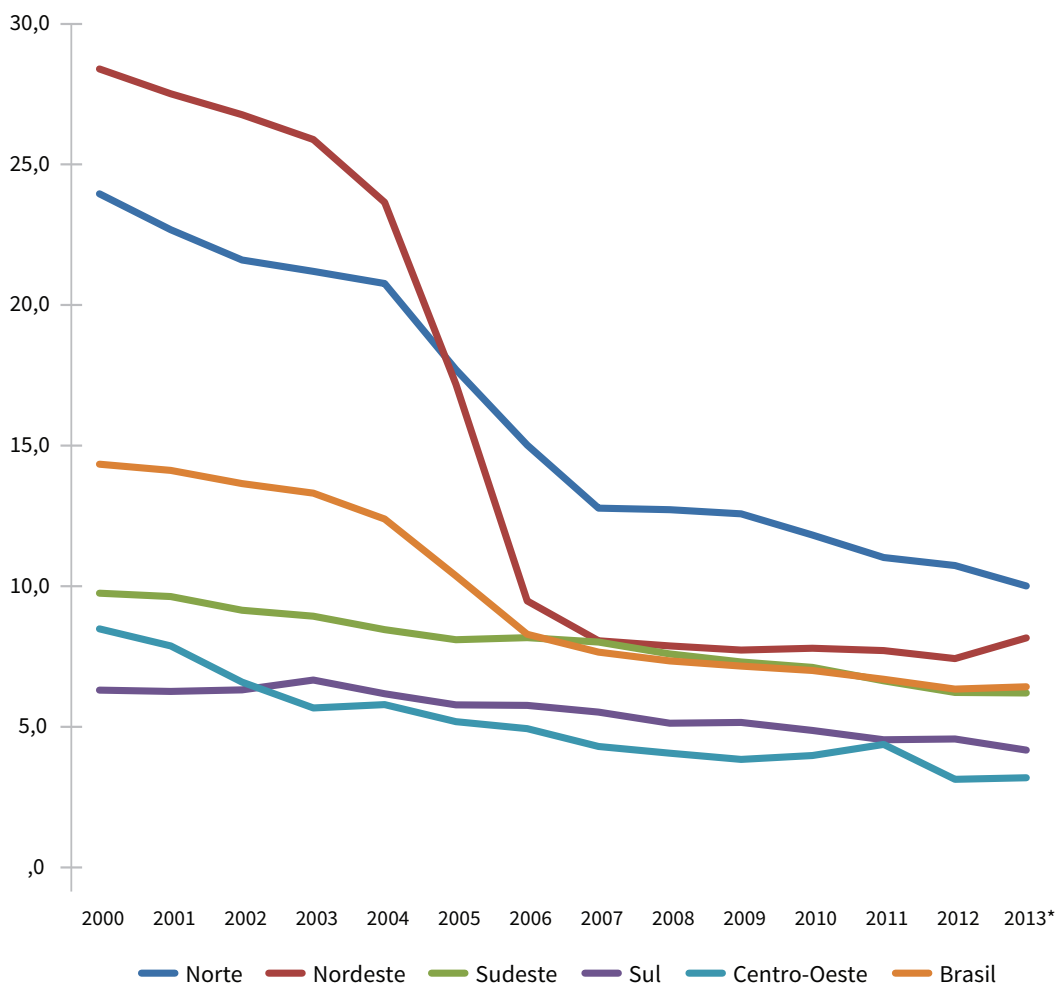
37

Redução de óbitos com causa básica mal definida

Em 2000, o SIM apresentava uma proporção de óbitos com causa básica mal definida superior a 14% e, no Nordeste, chegava-se a 28,4%. Um banco de informações em mortalidade confiável não pode ultrapassar 10% de óbitos com causa básica mal definida. Em 2012, este percentual já havia caído em mais da metade, chegando a 6,4% (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Proporção de óbitos com causa básica mal definida. Brasil e regiões, 2000 a 2013*



Fonte: CGIAE/SVS/MS.

* Dados preliminares

Com a finalidade de qualificar a vigilância dos óbitos foi adotada a estratégia de capacitação descentralizada e compartilhada. Estados e municípios ficaram responsáveis pela realização dos eventos e a equipe da SVS pela capacitação. Fichas e manuais de investigação foram revisados e a SVS iniciou visitas técnicas aos estados e municípios que concentravam a maior parte dos óbitos maternos ou infantis. Quando necessário, a situação local é discutida com os gestores, a fim de sensibilizá-los para apoiar os técnicos da vigilância na implementação das mudanças necessárias à obtenção de melhores e mais rápidos resultados. Relativamente em pouco tempo, os gestores dos estados e municípios foram compreendendo a importância da institucionalização da investigação dos óbitos como função da vigilância em saúde, assim como a necessidade de

atuação integrada com a atenção em saúde, responsável, na maioria das vezes, pela adoção das medidas para a correção dos problemas identificados.

A SVS chegou ao ano de 2012 computando avanços importantes nos sistemas de informação, que hoje apresentam elevada abrangência da cobertura (SIM e Sinasc) na qualidade dos dados, com melhoria do preenchimento de variáveis importantes nos instrumentos de coleta e na redução de aproximadamente 50% do tempo para fechamento dos bancos de dados. Na atualidade, as estatísticas do SIM e do Sinasc são mais confiáveis, sendo utilizadas para as estimativas populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no cálculo de indicadores e em análises de saúde.

Apesar dos avanços, a heterogeneidade do país em termos geográficos e de condições de vida e saúde implica em alguns desafios, entre os quais se destacam:

- Reduzir o percentual de óbitos com causas mal definidas nas regiões Norte e Nordeste;
- Superar as dificuldades dos estados da Bahia, do Amazonas e do Pará, que apresentam os índices mais elevados de causas mal definidas;
- Melhorar a cobertura do SIM e do Sinasc e ampliar a vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);
- Ampliar a articulação e envolver a atenção básica nas três esferas gestoras para a problemática do óbito materno infantil.

A VIGILÂNCIA COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE ÓBITOS PREVENÍVEIS

No Brasil, a maioria dos óbitos maternos e infantis é considerada prevenível. De acordo com a Portaria MS nº 1.119/2008 e a Portaria MS nº 72/2010, são de notificação obrigatória os óbitos maternos e de mulheres em idade fértil e os óbitos infantis e fetais, respectivamente. A vigilância desses eventos é de competência das três esferas gestoras. A notificação dos óbitos ao SIM deve ser realizada em até 30 dias e sua investigação deve ser concluída em até 120 dias.

Resultados entre 2009 e 2013²

A conclusão da investigação de óbitos de MIF caiu de 472 para 115 dias.

A conclusão da investigação dos óbitos infantis caiu de 567 dias para 128 dias.

Aumento da investigação de óbitos de mulheres e crianças:

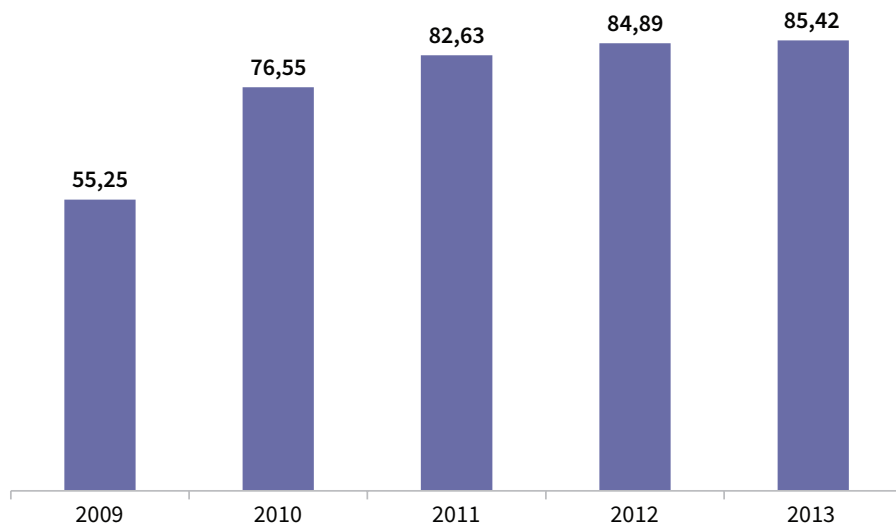
- **70,0%** na investigação de óbitos maternos;
- **54,6%** na investigação de óbito de mulheres em idade fértil (MIF);
- **488%** na investigação de óbitos infantis e fetais.

Esta vigilância tem a finalidade de identificar determinantes, assim como fatores de risco passíveis de prevenção, de modo que os gestores e profissionais da Saúde possam adotar medidas que impeçam a ocorrência de novos casos. Com suporte do MS, os esforços realizados pelas vigilâncias dos estados e municípios nos últimos anos resultaram em avanços importantes na investigação de óbitos de mulheres e crianças, o que se reflete na redução da mortalidade em ambos os casos (Gráficos 2 e 3).

2 | Dados preliminares.

GRÁFICO 2

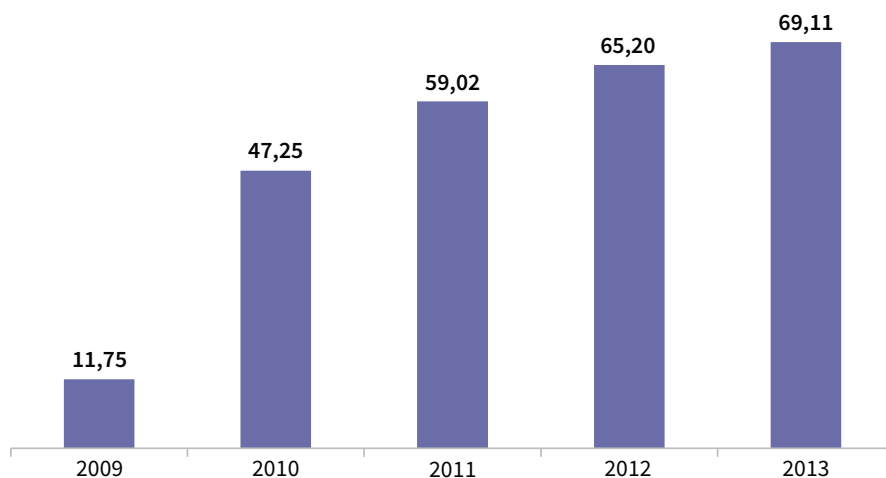
Percentual de óbitos de MIF investigados. Brasil, de 2009 a 2013



Fonte: CGIAE/SVS/MS.

GRÁFICO 3

Percentual de óbitos infantis e fetais investigados. Brasil, de 2009 a 2013



Fonte: CGIAE/SVS/MS.

Este processo continua avançando. Dados preliminares indicam que, em 2013, a investigação de óbitos maternos alcançou 85% e a de óbitos infantis e fetais passou de 69%.

As equipes de vigilância realizam buscas nas unidades notificadoras, de todos os óbitos para inserção oportuna dos dados no SIM, trazendo também a identificação e o cadastramento de cemitérios oficiais e não oficiais, a fim de monitorar as ocorrências que saíram do fluxo de envio de informações.

No Nordeste e na Amazônia Legal, áreas prioritárias para esta ação, foram cadastrados 25.495 cemitérios, sendo 73% não oficiais, dos quais 74% não realizam registros dos sepultamentos, 62% não solicitam qualquer documento para a realização do sepultamento e 64% não têm muros.

No avanço das ações de vigilância, ainda há dificuldades de investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil para o alcance da meta estabelecida. Em 2013, dez estados não conseguiram atingir as metas para investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil e ficaram abaixo de 85%. Para o óbito infantil e fetal, outros dez estados também ficaram abaixo da média do Brasil. Para o óbito infantil e fetal, outros dez estados também ficaram abaixo de 70%. O Amapá obteve menor percentual de investigação (16%).

QUADRO 1

Estados, por região, que ficaram abaixo da média do país na investigação de óbitos em 2013*

Regiões	MIF e maternos (85%)	Fetais e infantis (65,15%)
Norte	AM, PA, AP	RO, AM, RR, PA, AP
Nordeste	BA, MA	AL, BA, MA, RN
Centro-Oeste	GO, MT	
Sudeste	RJ	
Sul	RS e SC	

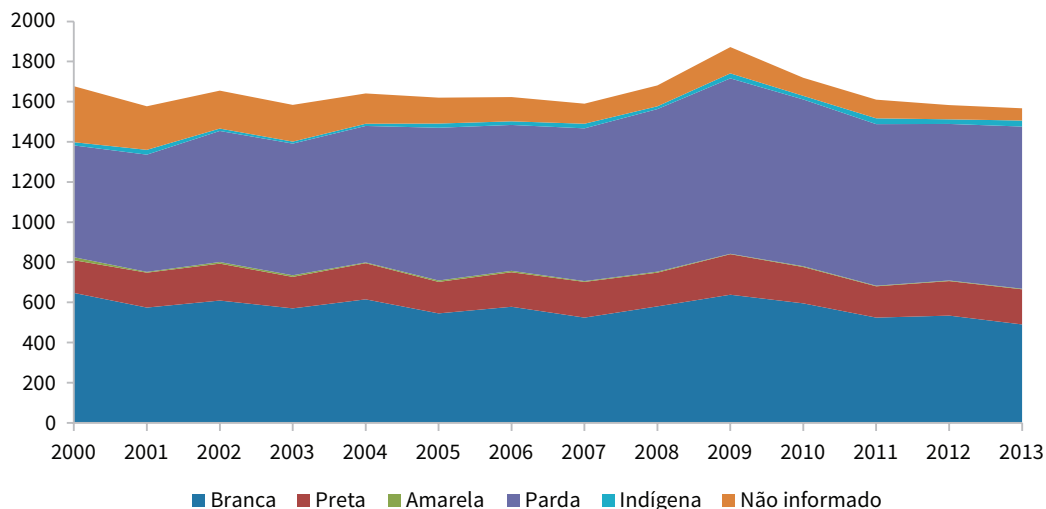
Fonte: CGIAE/SVS/MS.

* Dados preliminares.

A vigilância dos óbitos maternos indica a maior vulnerabilidade das mulheres negras. População, cuja maior parte pertence aos estratos mais pobres da sociedade, têm menor renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde. Daí a importância de que a análise vá além dos aspectos técnicos dos óbitos, da evitabilidade, da magnitude, da estrutura e discuta se o estado está cumprindo sua função de garantir a maternidade segura e, de modo mais amplo, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres (Gráficos 4 e 5).

GRÁFICO 4

Número de óbitos maternos segundo raça/cor. Brasil, de 2000 a 2013*



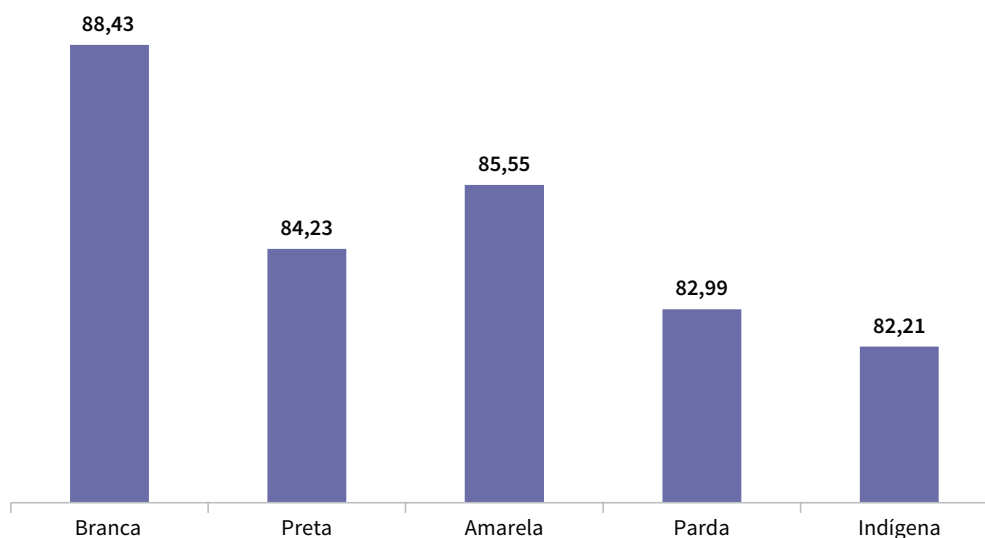
Fonte: CGIAE/SVS/MS.

* Dados preliminares

Apesar dos esforços realizados para uniformização da investigação dos óbitos de MIF, os dados indicam que ainda há barreiras a superar, em particular com relação à população indígena.

GRÁFICO 5

Percentual de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil segundo raça/cor. Brasil, 2013*



Fonte: CGIAE/SVS/MS.

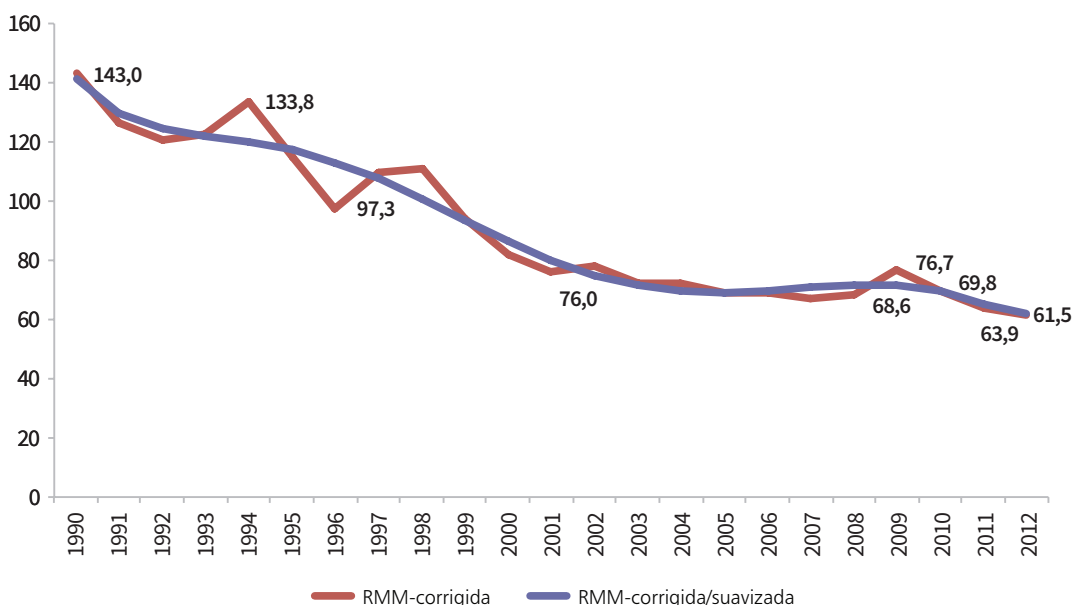
* Dados preliminares

Durante as visitas técnicas realizadas pela SVS aos estados e municípios, tem sido enfatizada a importância da análise das ações e da discussão dos casos, para que as equipes possam indicar soluções e trabalharem de modo integrado com a atenção em saúde, que tem a responsabilidade de intervir para corrigir os problemas identificados e adotar estratégias para a prevenção de novos óbitos. Esse trabalho conjunto possibilita maior agilidade de respostas, sobretudo quando se identificam problemas que requerem mudanças imediatas.

Em 2000, quando os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram pactuados, os investimentos para a melhoria da atenção à saúde das mulheres e das crianças foram ampliados, o que repercutiu na busca de melhoria da informação. No Brasil, as informações eram frágeis, pouco confiáveis e a subnotificação de óbitos muito elevada, o que dificultava o estabelecimento e o monitoramento das metas. Ter um sistema de informação de qualidade tornou-se uma prioridade e os investimentos para o seu aperfeiçoamento, de forma contínua, sistemática e abrangente, produziram bons resultados, que se refletem nos indicadores de mortalidade materna e infantil (Gráficos 6 e 7).

GRÁFICO 6

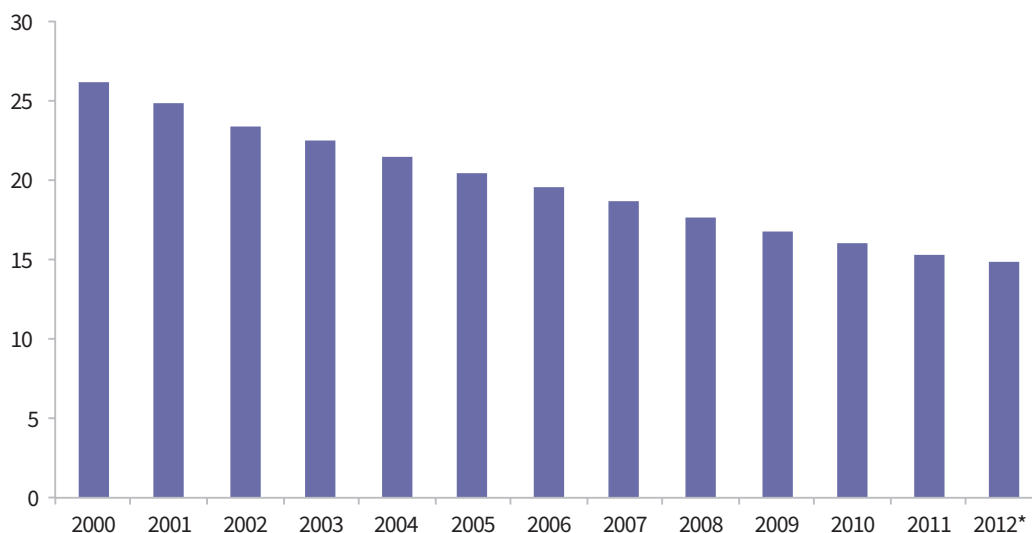
Razão da mortalidade materna. Brasil, de 1990 a 2012



Fonte: CGIAE/SVS/MS.

GRÁFICO 7

Taxa da mortalidade infantil. Brasil, de 2000 a 2012



Fonte: CGIAE/SVS/MS.

* Dados sujeitos a revisão.

Embora tanto a mortalidade materna quanto a infantil apresentem tendência de queda, deve-se ressaltar que a meta do milênio de redução da mortalidade infantil foi alcançada antes do previsto, contudo aproximadamente 70% das ocorrências desses óbitos são considerados evitáveis. Porém, acredita-se, que dada a complexidade do problema, a meta de redução da mortalidade materna – redução de 2/3 de 1990 até 2015 – não será alcançada. Esta situação tem motivado a implantação de políticas prioritárias para a melhoria da atenção à saúde materna, a exemplo da estratégia Rede Cegonha.

3

Doenças transmissíveis

No conjunto das doenças transmissíveis, grande parte está relacionada à pobreza. São doenças cuja incidência é influenciada por diversos fatores, entre eles: a urbanização desordenada; a carência de saneamento urbano; a superpopulação em ambientes e moradias insalubres, favorecendo o contato próximo entre humanos, animais e vetores; a exposição a desastres ambientais, como inundações, quedas de barreiras e incêndios; a alimentação inadequada; o baixo grau de educação, dificultando o acesso a trabalhos dignos e bem remunerados; e a dificuldade ou a falta de acesso aos serviços de saúde e às novas tecnologias de cuidado. A carga dessas doenças está fortemente associada à mortalidade assim como à incapacidades temporárias ou permanentes, que por sua vez acentuam dificuldades de vida pré-existentes. Nesse grupo de doenças podem-se destacar a Aids e a tuberculose, responsáveis por elevada mortalidade em grupos sociais como a população negra, os indígenas, as pessoas privadas de liberdade e as que moram nas ruas. Também representam um desafio para o setor Saúde as doenças cuja ocorrência predomina em regiões mais pobres do país e que historicamente foram negligenciadas, a exemplo da hanseníase, da leishmaniose, da malária, da doença de Chagas, do tracoma, entre outras. São fundamentais, portanto, os esforços consistentes e continuados e a busca de soluções inovadoras para a sua eliminação ou o seu controle.

CONTROLE DO HIV/AIDS, DA SÍFILIS E DAS HEPATITES

A situação da infecção por HIV/Aids no Brasil

As mortes por HIV/Aids caíram mais rapidamente no Brasil do que no restante do mundo. Nos últimos dez anos, o coeficiente de mortalidade passou de 6,4 óbitos por 100 mil habitantes em 2003, para 5,7 em 2013, o que correspondeu a uma queda de 13%.

De 2004 a 2013, o país também registrou uma redução de 35,7% na detecção de casos em menores de cinco anos, mostrando queda expressiva da transmissão vertical do HIV.

O MS estima que aproximadamente 734 mil pessoas viviam com HIV/Aids no Brasil ao final do ano de 2014, o que corresponde a uma prevalência de 0,4% na população geral. Na população de 15 a 49 anos, a prevalência é de 0,6%, sendo de 0,7% em homens e 0,4% em mulheres.

A taxa de detecção de Aids no Brasil tem apresentado estabilização nacional nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de aumento dessa taxa. A região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda, com taxa de detecção de 18,7 casos a cada 100 mil habitantes em 2013.

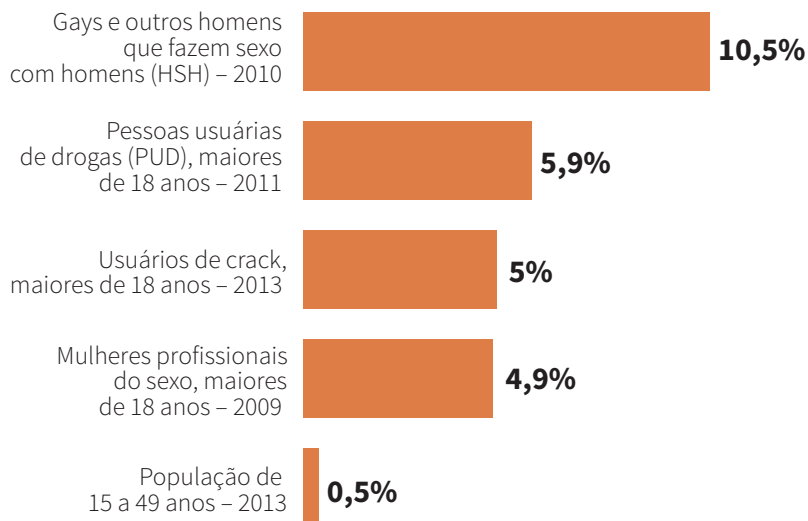
Em 2013, foram registrados 12.431 óbitos, dos quais, 44,0% no Sudeste, 21,2% no Sul, 20,0% no Nordeste, 9,1% no Norte e 5,8% no Centro-Oeste. A tendência de queda no coeficiente de mortalidade para o Brasil não é homogênea, apenas as regiões Sudeste e Sul apresentam tendência de queda, enquanto nas regiões Norte e Nordeste a tendência foi de crescimento nos últimos dez anos.

Em 2014, a revista *The Lancet* publicou um estudo (MURRAY; ORTLAD; GUINOVART, 2014) mostrando que as mortes por HIV/Aids caíram mais rapidamente no Brasil do que no restante do mundo. Entre 2000 e 2013, a queda anual da mortalidade no Brasil foi de 2,3% e, globalmente, a queda estimada foi de 1,5%. Ainda segundo os autores, no Brasil, houve um aumento da vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, como resultado do acesso universal ao tratamento antirretroviral e das políticas de prevenção implantadas.

No Brasil, a infecção pelo HIV/Aids se concentra em locais em que a epidemia ainda segue aquecida (como no Rio Grande do Sul e no Amazonas) e em populações-chave. Além disso, chama a atenção o aumento de casos na população jovem entre 15 e 24 anos de idade, na qual a taxa de detecção subiu de 9,6 por 100 mil habitantes em 2004 para 12,7 em 2013. No mesmo período, houve uma queda de 35,7% na detecção de casos de Aids em menores de cinco anos, o que demonstra uma redução expressiva da transmissão vertical do HIV no país.

GRAFICO 1

Prevalência de HIV em populações-chave. Brasil, 2009 a 2013



Fonte: DDAH/SVS/MS.

Esse perfil epidemiológico tem sido utilizado como critério de eleição de populações-chave para a realização de programas específicos e inovadores, com o objetivo de facilitar o acesso e ampliar a cobertura das ações de prevenção, do diagnóstico e do tratamento precoces.

As principais estratégias de promoção da prevenção, do diagnóstico e do tratamento são, em síntese, o aperfeiçoamento da vigilância e da atenção em saúde, com divulgação de informações de forma continuada e por meio de campanhas educativas para a população geral e para populações-chave; o fortalecimento da articulação interfederativa; o apoio à produção de evidências; a melhoria da informação; a qualificação de gestores e profissionais de saúde; a implantação de testes rápidos para reduzir o diagnóstico tardio; o apoio a organizações da sociedade civil para a realização de ações de vigilância, incluindo programas especiais para o alcance de populações-chave; e a produção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas atualizadas para o manejo da infecção em adultos, crianças, adolescentes e gestantes.

Com a determinação de notificação compulsória da infecção pelo HIV (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014) será possível mensurar com mais celeridade a evolução da infecção no Brasil.

Inovações e novas diretrizes terapêuticas

Teste, trate

Em dezembro de 2013, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento a recomendar o início imediato da terapia antirretroviral (TARV) para todas as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), independentemente da contagem de linfócitos T CD4+. Essa estratégia é conhecida como *Tratamento como Prevenção* (TasP), tendo impacto previsto na morbidade, na mortalidade e na transmissão do HIV. A medida faz parte do novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos.

Em 2014, teve início a implantação do sistema de monitoramento clínico (SIMC) das PVHA. Por meio desse sistema, observou-se até o final de 2014 um aumento de 31% no número de novas pessoas HIV+ em tratamento, em comparação com 2013. Além disso, entre 2013 e 2014, a proporção de indivíduos HIV+ iniciando o tratamento com T CD4+ superior a 500 cels/mm³, passou de 16,6% para 36,4%.

Dose fixa combinada

Outra inovação foi a introdução da dose fixa combinada, o "3 em 1", que concentra em um único comprimido a quantidade diária recomendada das drogas tenofovir, lamivudina e efavirenz, substituindo, assim, a tomada de 4 comprimidos. A inclusão do 3 em 1 no rol de insumos fornecidos pelo SUS favorece o aumento da adesão dos pacientes ao tratamento. O MS adquiriu inicialmente o medicamento 3 em 1 para os novos pacientes dos estados do Amazonas e do Rio Grande do Sul (como ação da cooperação interfederativa). Está previsto para o início de 2015, a distribuição desse medicamento a todos os estados e a todos os pacientes que dele necessitam. Em 2014, também foram introduzidas duas novas formulações: o "2 em 1", incluindo tenofovir e lamivudina, e o ritonavir termoestável.

51

Resgate terapêutico

Para resgatar pacientes complexos entre 2011 e 2014, foram incluídos dois novos medicamentos: o tipranavir (primeiro medicamento de resgate terapêutico adotado no país, utilizado por crianças de 2 a 6 anos de idade) e o maraviroque (pertencente à nova classe de medicamentos utilizados para pacientes que apresentam resistência a outras drogas).

Um novo modelo de atenção

O modelo de atenção em saúde no manejo da infecção pelo HIV na atenção básica está sendo reorganizado, de forma que as ações de assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) se estruturam a partir da realidade local. O modelo centrado unicamente em serviços especializados (SAE) mostrou-se historicamente eficaz. No entanto, com os avanços do cuidado às PVHA e a simplificação do tratamento antirretroviral, a infecção pelo HIV passou a apresentar

características de agravo crônico e esse modelo mostrou deficiências, tais como longas filas de espera, serviços superlotados, entre outros. Dessa forma, surgiu a necessidade de redesenhar a linha de cuidado da pessoa que vive com HIV/Aids dentro da rede do SUS, incluindo a Atenção Básica e a rede de urgência e emergência, deixando para o SAE o papel de referência especializada. Para auxiliar estados e municípios com interesse em aplicar o novo modelo de atenção, foi estruturado o “Caderno de Boas Práticas em HIV/Aids na Atenção Básica”, baseado em experiências bem-sucedidas de alguns municípios brasileiros.

Testes rápidos

Insumo essencial para a ampliação do diagnóstico da sífilis, hepatites e HIV, o teste rápido (TR) permite que o usuário conheça seu estado sorológico em no máximo 30 minutos. Em 2005, o MS iniciou a distribuição do teste rápido de HIV, com 509.180 testes, chegando a 1.680.940 em 2010. No ano seguinte, em 2011, foram incluídos os testes para sífilis e hepatites, cujo volume vem aumentando anualmente (Tabela 1). Em outubro de 2014, foram disponibilizados novos cursos a distância, sobre a realização de testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C, para fortalecer sua aplicação na rede de saúde.

TABELA 1

Evolução do número de testes rápidos distribuídos, segundo o tipo. Brasil, 2011 a 2014

Ano	HIV1	Sífilis	HBsAg	Anti-HCV
2011	2.307.615	31.500	15.000	15.000
2012	3.750.400	1.126.235	759.200	755.900
2013	4.729.485	2.957.126	1.197.500	1.100.820
2014	6.492.105	3.156.410	1.952.675	1.867.720

Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Parcerias com organizações da sociedade civil

Em 2014, o MS financiou 60 projetos de organizações não governamentais (*Projeto Viva Melhor Sabendo*) para ampliar a testagem voluntária e oportuna do HIV, utilizando o teste rápido de fluido oral entre *gays*, homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas, trans e profissionais do sexo. Até 2014, foram realizados 13.945 testes rápidos de fluido oral, com percentuais de reagentes que vão de 1,1% a 12,5%. A estratégia é baseada na intervenção de pares e tem tido grande sucesso entre as populações-chave, além de se mostrar bastante efetiva para alcançar os locais com maior concentração de pessoas que vivem com HIV.

Hepatites Virais

Hepatite A – introdução de nova vacina

Em 2014, o MS passou a oferecer a vacina contra hepatite A na rede pública, sendo previstos 5,6 milhões de doses da vacina para crianças entre um e dois anos de idade. A meta é atingir 95% de um público-alvo estimado em três milhões de crianças. A vacina é de dose única e protege durante toda a vida.

Hepatite B – ampliação de faixa etária de vacinação

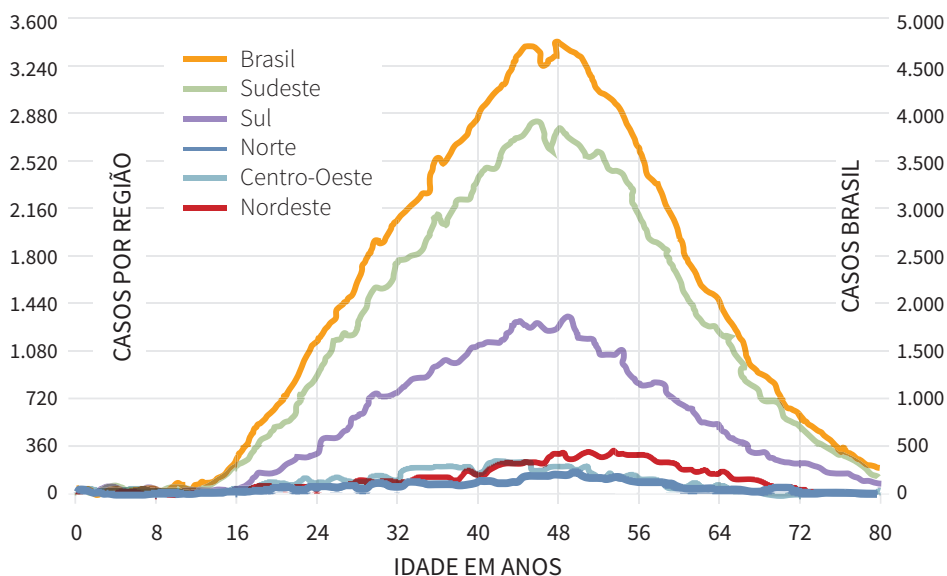
Foi elaborado o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B que deverá entrar em vigor no início de 2015, com vistas a implantar uma linha de cuidado que atenda as necessidades das pessoas com o diagnóstico de hepatite B, padronizando cuidados como exames mínimos de diagnóstico e acompanhamento.

Hepatite C

Atualmente, a hepatite C afeta mais de 185 milhões de pessoas em todos os continentes. No Brasil, estima-se que entre 1,4 a 1,7 milhão de pessoas vivam com a infecção, muitas vezes desconhecida. A distribuição da doença varia conforme regiões e faixas etárias (Gráfico 2). Considerada geralmente uma doença silenciosa, a hepatite C alcançou visibilidade internacional mediante resoluções lideradas pelo Brasil na Organização das Nações Unidas (ONU). Trata-se de iniciativas aprovadas, como a que resultou na criação do *Dia Mundial de Luta contra as Hepatites Virais* em 2010 e no reconhecimento das hepatites virais como de extrema importância para a saúde pública em 2014, definindo procedimentos a serem executados para obtenção de melhores resultados no enfrentamento da doença.

GRÁFICO 2

Concentração de casos de hepatite C, segundo faixas etárias. Brasil e regiões, 2014*



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

* Casos estimados.

Um dos procedimentos recomendados é o tratamento universal, oferecido pelo Brasil há 12 anos, após a criação do Programa Nacional de Hepatites Virais (PNHV) em 2002. Entretanto, os resultados com o tratamento nunca atingiram o ideal, devido às suas limitações: elevado índice de efeitos adversos, posologia inadequada (muitas vezes exigindo a tomada de mais de dez comprimidos ao dia), a necessidade de medicação injetável (interferon), além da duração de até 72 semanas.

Inovações – terapia tripla e novos medicamentos

Atualmente, uma nova geração de medicamentos está disponível – sofosbuvir, daclatasvir e simeprevir – para a hepatite C e também para o tratamento de pacientes com cirrose, descompensação e insuficiência hepática, coinfeção com HIV e daqueles em pré ou pós-transplantados. Eles apresentam inúmeras vantagens em relação ao tratamento anterior:

- O tempo de tratamento dura 12 semanas.
- As taxas de cura podem ultrapassar 90% (30% a mais).
- Exigem menos controle laboratorial.
- São praticamente isentos de eventos adversos.
- O custo é 55% menor.

Estima-se que, a oferta desse tratamento (a partir de 2015) terá grande impacto na redução da mortalidade, da morbidade, da fila de transplantes e da coinfeção com o HIV. O Brasil será um dos primeiros países do mundo a fornecer o tratamento universal com esses três novos medicamentos. Em 2014 foi elaborado o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C Crônica com a participação do CTA-Aids, Conitec e Anvisa. Os medicamentos sofosbuvir e simeprevir estão em processo de regularização no Brasil.

Além de participar do CTA-Aids, a sociedade civil realizou um abaixo-assinado com 80 mil assinaturas, pela adoção da nova geração de antivirais, desde que o governo pagasse por eles um preço acessível e sustentável.

Sífilis Congênita

Em 2013, os casos de sífilis congênita somaram 13.705 em menores de um ano e o SIM registrou 161 óbitos por sífilis nessa mesma faixa etária, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 5,5 para cada 100.000 nascidos vivos. As maiores proporções de casos de sífilis congênita ocorreram em crianças cujas mães têm entre 20 e 29 anos de idade (51,2%) e ensino fundamental incompleto (24,7%). O número de casos de sífilis congênita continua em níveis elevados no Brasil (Gráfico 4).

Inovações no diagnóstico e na oferta do tratamento

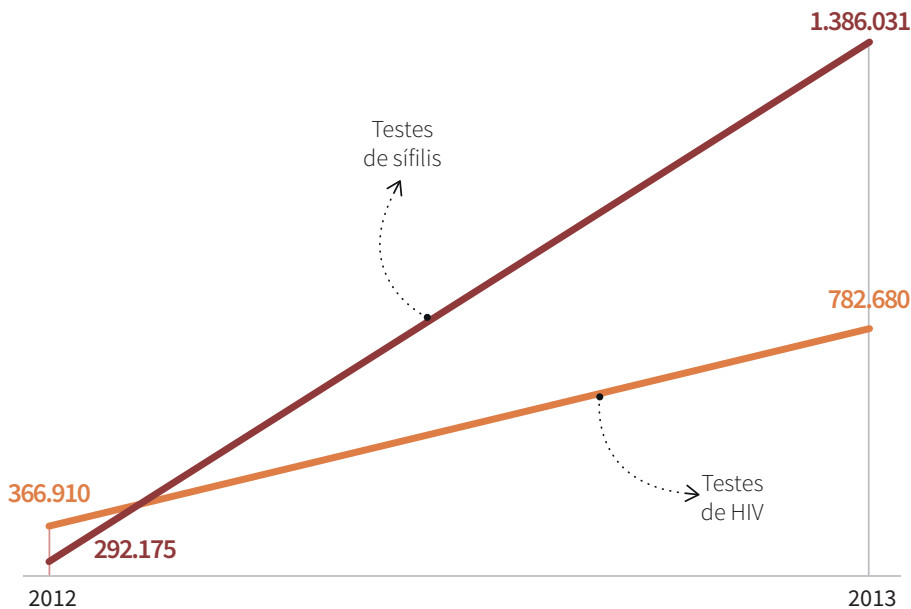
55

O controle da sífilis é uma prioridade, sobretudo na atenção básica e na vigilância em saúde. Para ampliar o diagnóstico precoce e o tratamento da gestante e do parceiro, foram implantados o teste rápido e o tratamento com penicilina nas unidades básicas de saúde (UBS). A normatização do teste rápido e o tratamento da sífilis foram objeto da Portaria GM/MS nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o fluxograma laboratorial e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais.

Em 2012, o MS massificou a distribuição do TR de sífilis na rede assistencial, usando como base, principalmente, o programa Rede Cegonha (Gráfico 3). No entanto, é necessário superar dificuldades existentes de aplicação da penicilina benzatina nas UBS, passo essencial para a eliminação da sífilis congênita. Medidas suplementares foram adotadas com essa finalidade: i) discussão de estratégias bem-sucedidas e inclusão do tema na 14ª Expoepi; ii) eleição de 100 municípios prioritários que apresentaram as maiores taxas de incidência de sífilis congênita em 2011; e iii) criação de um grupo de trabalho para apoiar a ampliação da testagem de sífilis na atenção básica.

GRÁFICO 3

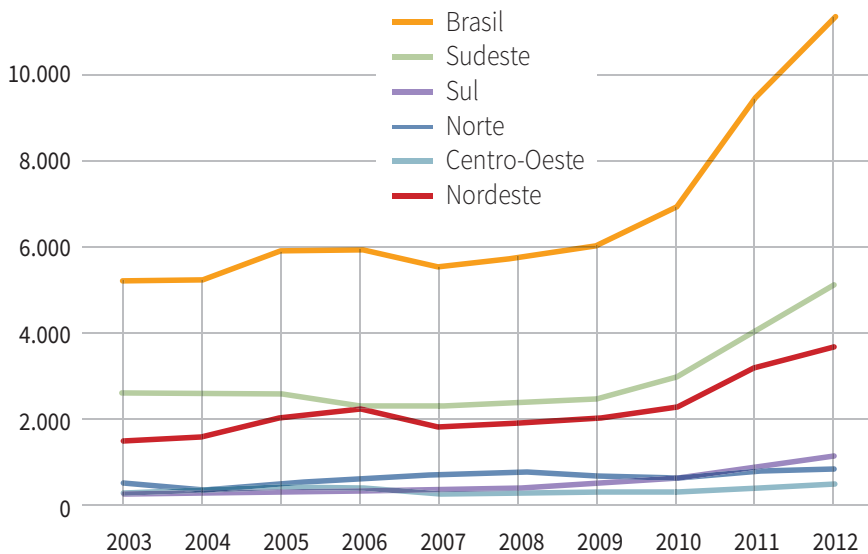
Número de testes rápidos distribuídos pelo Programa Rede Cegonha. Brasil, de 2012 a 2013



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

GRÁFICO 4

Número de casos de sífilis congênita por ano de diagnóstico. Brasil e regiões, de 2003 a 2012



Fonte: DDAHV/SVS/MS.

Para o enfrentamento da sífilis adquirida e congênita, destaca-se a implantação do Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis nas capitais brasileiras; a implantação de comitês com o objetivo de identificar os determinantes da transmissão vertical e propor medidas que possam corrigir falhas na prevenção, assistência e vigilância do HIV e da sífilis no pré-natal, no parto e no puerpério. Em 2014, foram implantados comitês em 14 municípios.

Também foram publicados no Guia de Vigilância em Saúde da SVS os novos critérios de definição de casos de sífilis adquirida e sífilis congênita.

Mais recursos para as ações de vigilância das DST/Aids e hepatites virais

A política de incentivo para estados, DF e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST foi instituída em 2002, pela Portaria nº 2.313/2002 e alterada pela Portaria nº 3.276/2013, que regulamenta o incentivo às ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST, Aids e Hepatites Virais. Atualmente os 26 estados, o DF e 934 municípios estão habilitados para o incentivo, conforme os critérios definidos pelo MS e a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. Esses recursos, conforme preconiza a Portaria, também devem manter o suporte às ações de Casas de Apoio, OSC e à aquisição de fórmula infantil.

Cooperação interfederativa com o Amazonas e o Rio Grande do Sul

Para responder à situação crítica de HIV/Aids nos estados do Rio Grande do Sul e Amazonas, foram definidas como medidas para conter o crescimento da epidemia: reduzir a mortalidade e aumentar a cobertura do diagnóstico por meio da cooperação com os dois estados, com municípios prioritários, com membros da academia e da sociedade civil local, segundo o critério de relevância epidemiológica. Esta cooperação interfederativa é uma iniciativa técnica prevista no âmbito da gestão para situações críticas e que exigem a participação das três esferas da gestão do SUS, no sentido de reverter uma dada situação epidemiológica. No caso específico do RS e do AM, foi firmado um termo de cooperação e a SVS destinou R\$ 3 milhões para atender às necessidades dos dois estados em 2014.

57

Desafios atuais

- Encontrar uma comunicação adequada para alcançar os jovens através dos meios de comunicação que eles utilizam, visando ao controle da disseminação do HIV nessa população.
- Diminuir o número de pessoas com HIV que desconhecem seu estado sorológico, ampliando de todas as formas possíveis a oferta do diagnóstico.
- Dar acesso aos tratamentos de nova geração a cerca de 50 mil pacientes com falhas nos tratamentos antigos de hepatites virais, para os que também têm HIV, para os pré e pós-transplantados de fígado.
- Chegar a 100% das unidades básicas de saúde do SUS realizando aplicação de penicilina para o controle da sífilis congênita.

CONTROLE DA TUBERCULOSE

De acordo com as estimativas da Organização Mundial da Saúde, em 2010, o Brasil alcançou a meta de redução de 50% da mortalidade por tuberculose, estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para 2015.

Em 2009, o país introduziu uma quarta droga no esquema terapêutico e, em 2014, implantou o teste rápido molecular para tuberculose, um novo método diagnóstico cujo resultado fica pronto em duas horas.

A cura da tuberculose tornou-se realidade na década de 1960, a partir de um esquema terapêutico que contava com o uso simultâneo de três antibióticos. Àquela época, acreditou-se que, com a cura, a doença estaria eliminada até o final do século XX. No entanto, mesmo com os avanços obtidos, a doença ainda é sério problema de saúde pública, mantendo-se como prioridade para a vigilância em saúde do país.

58

Nesse sentido, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) centrou esforços na definição de estratégias específicas para grupos prioritários, na agilidade do diagnóstico e nas inovações terapêuticas que pudessem acelerar a redução da carga da doença para além de seu curso natural.

Principais estratégias adotadas pelo PNCT

- Introdução de uma quarta droga no esquema terapêutico em dose fixa combinada (quatro drogas em apenas um comprimido);
- Incorporação do teste rápido molecular para diagnóstico da tuberculose na rede SUS (TRM-TB);
- Descentralização das ações de controle da tuberculose para a atenção básica;
- Estruturação de equipes de monitoramento e avaliação para a melhoria da gestão nas esferas estaduais e municipais;
- Inclusão de ações de controle da tuberculose em todos os pactos de gestão;
- Promoção de maior articulação intra e interinstitucional;
- Fortalecimento da mobilização, das organizações sociais e dos comitês que trabalham no controle da tuberculose;

- Articulação com o Congresso Nacional, por meio da criação da Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose, em 2012, que resultou na implantação da Subcomissão de Doenças Determinadas pela Pobreza, em 2013. Essas ações têm ampliado a visibilidade da TB e evidenciado a necessidade de maior articulação intra e intersetorial para o melhor controle da doença.

No Brasil, foram notificados 70.372 casos novos de tuberculose em 2013, o que corresponde a um coeficiente de incidência de 35 casos novos por 100 mil habitantes. Segundo a OMS, o Brasil é um dos 22 países que concentram 80% da carga mundial de TB. Nesse grupo, o país ocupa a 16ª posição em relação ao número de casos novos e a 22ª posição em relação ao coeficiente de incidência, prevalência e mortalidade. Considerada uma das doenças determinadas pela pobreza, a tuberculose não se distribui igualmente nas regiões geográficas do país. Dos 5.570 municípios brasileiros, 181 concentram 63% dos casos novos de tuberculose e a incidência da doença é maior nos grupos de vulnerabilidade acentuada.

Populações mais vulneráveis à tuberculose e incidência da doença com relação à população geral

*Coeficiente de incidência na população geral brasileira:
35,0/100.000 habitantes (2013)*

População indígena: 3 vezes mais.

Pessoas privadas de liberdade: 28 vezes mais.

Pessoas que vivem com HIV/Aids: 35 vezes mais.

Pessoas que vivem em situação de rua: 44 vezes mais.

Inovações no diagnóstico e tratamento da tuberculose

Introdução do etambutol no esquema terapêutico

Em 2009, o Ministério da Saúde introduziu o etambutol como o quarto medicamento utilizado durante a fase intensiva do tratamento da tuberculose (nos dois primeiros meses do tratamento para adultos e adolescentes acima de 10 anos) em virtude do aumento da resistência primária à isoniazida e também à isoniazida associada à rifampicina.

Além disso, foi modificada a apresentação em dose fixa combinada dos quatro medicamentos em um único comprimido para dar maior conforto ao paciente e melhorar a adesão ao tratamento. Esta medida impede a tomada isolada de medicamentos e simplifica a gestão farmacêutica em todas as esferas do SUS.

Adoção do Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB)

Após 120 anos sem inovação no diagnóstico direto da tuberculose, em 2014 o SUS incorporou o TRM-TB, automatizado, de simples execução e com liberação do resultado em duas horas no laboratório. O estudo-piloto realizado no Rio de Janeiro e em Manaus mostrou um aumento de 59% na taxa de notificação de casos bacteriologicamente confirmados.

Em 2013, o MS adquiriu 160 equipamentos, distribuídos em 150 laboratórios de 94 municípios selecionados a partir de critérios técnicos e operacionais. Também foram capacitados 3.800 profissionais de saúde como multiplicadores do TRM-TB, com previsão de replicação para 38.000 profissionais; 280 técnicos de laboratório e 35 monitores estaduais da Rede de Teste Rápido para Tuberculose (RTR-TB).

QUADRO 1

Diagnóstico laboratorial da tuberculose

Teste rápido	Baciloscopia
Utiliza a metodologia de biologia molecular (PCR em tempo real), que pode liberar o resultado do exame em duas horas.	Por ser uma técnica realizada manualmente, tem seu resultado liberado em 24 horas.
É de simples execução, automatizado, cujo processo é realizado dentro de um único cartucho, o que reduz a possibilidade de contaminação dos profissionais de saúde.	É dependente dos técnicos que preparam as lâminas e fazem a leitura do exame.
A técnica detecta o DNA do <i>Mycobacterium tuberculosis</i> , com sensibilidade de cerca de 90%.	A sensibilidade da baciloscopia é de aproximadamente 65% e detecta micobactérias tuberculosas e não tuberculosas.
Permite que o diagnóstico seja feito com apenas uma amostra de escarro.	Recomenda-se a utilização de duas amostras de escarro.
Além de detectar a presença do <i>M. tuberculosis</i> na amostra examinada, indica se há resistência à rifampicina, uma das principais drogas para o tratamento da tuberculose.	Não evidencia sensibilidade ou resistência a medicamentos.

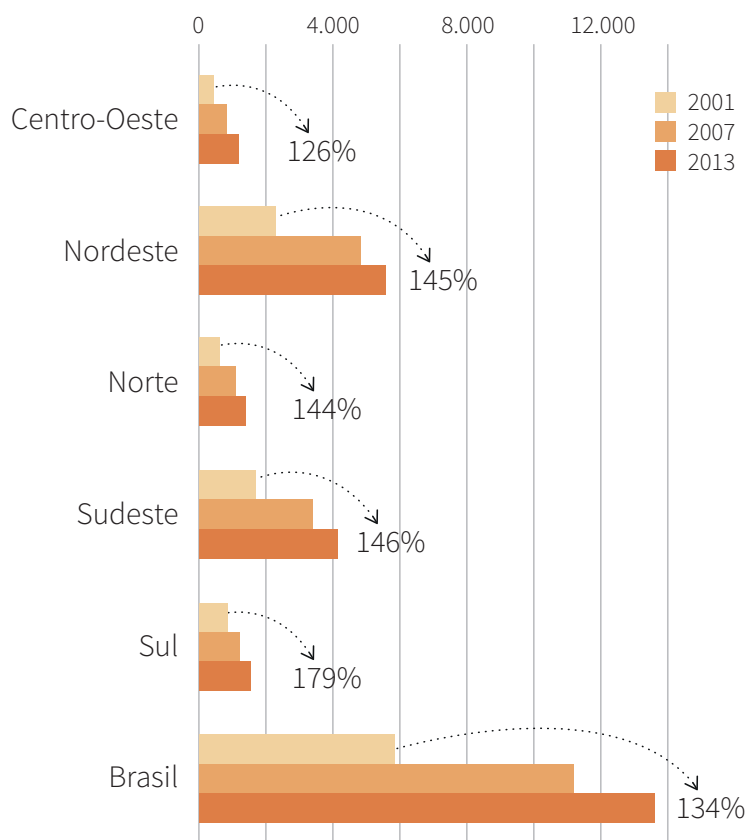
Fonte: CGPNCT/DEVIT/SVS/MS.

Resultados

Aumento da notificação de casos de tuberculose

GRÁFICO 5

Ampliação do número (%) de serviços de saúde que notificaram casos de tuberculose. Brasil e regiões, de 2001 a 2013

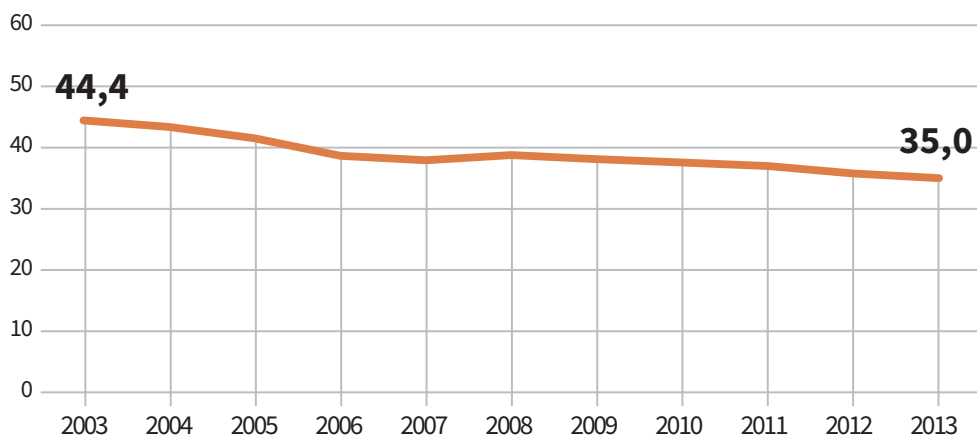


Fonte: PNCT/SVS/MS.

Redução da taxa de mortalidade

GRÁFICO 6

Taxa de incidência de tuberculose. Brasil, de 2003 a 2013



Fonte: PNCT/SVS/MS.

Com os avanços obtidos em anos recentes, o PNCT obteve reconhecimento internacional e atua com protagonismo e destaque na formulação da nova estratégia global de enfrentamento da tuberculose.

CONTROLE DA MALÁRIA

Situação atual – Uma doença em franco declínio

Com 178.614 casos de malária em 2013, o Brasil alcança o menor número de notificações dos últimos 33 anos.

Os casos novos de malária notificados caíram 56,5% de 2003 e 2013, sendo que de 2011 a 2013 o percentual de queda foi de aproximadamente 33%.

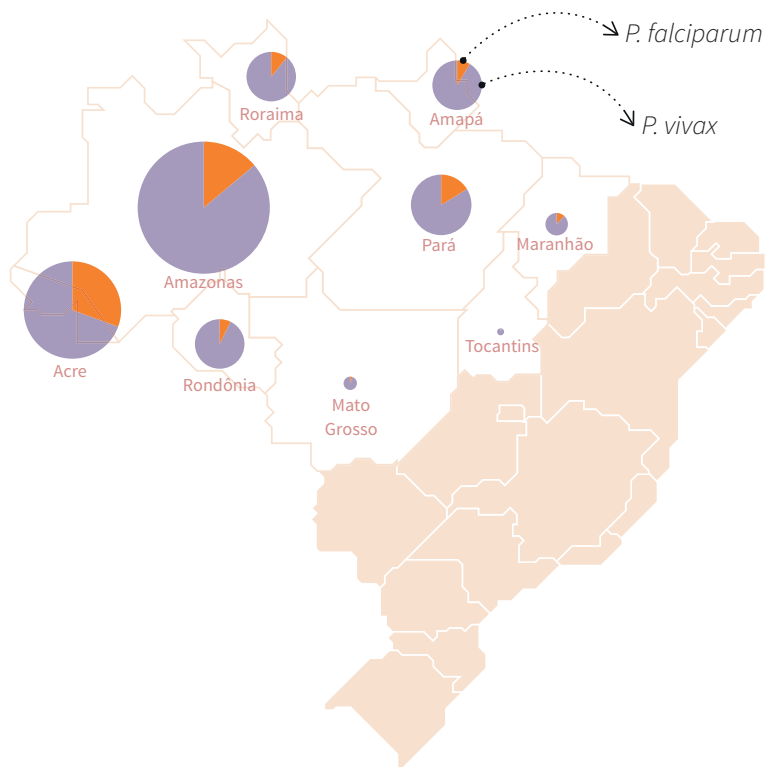
Em Santo Antônio e Jirau, mesmo com a construção das usinas e a migração de 70 mil pessoas para a região, entre 2007 e 2013 o número de casos novos caiu 72%.

A malária é uma das mais antigas doenças do mundo e ainda representa um desafio para os gestores e profissionais de saúde. Como doença relacionada à pobreza, sua incidência é maior em grupos vulneráveis, daí a importância da vigilância monitorar com maior atenção esses grupos populacionais. No Brasil, a quase totalidade (99,7%) dos casos está concentrada na Região Amazônica, formada pelos estados do Amazonas, Acre, Amapá, Maranhão, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e Mato Grosso, que em conjunto representam 81% do território nacional. O risco de adoecimento no país não é uniforme e 86% dos casos ocorrem em áreas rurais ou indígenas.

Nas áreas fora da Região Amazônica mais de 80% dos casos registrados são importados dos estados pertencentes à área endêmica, outros países amazônicos, continente africano e Paraguai, mas existe transmissão residual de malária no PI e PR e em áreas de Mata Atlântica nos estados de SP, MG, RJ e ES. Vale destacar que nas regiões com poucas notificações, a doença não pode ser negligenciada, pois se observa uma letalidade mais elevada que na região endêmica.

Também registra-se diferenças quanto à predominância das espécies parasitárias responsáveis pela malária (*Plasmodium falciparum* e *Plasmodium vivax*) nos estados das regiões endêmicas (Figura 1).

FIGURA 1
Predominância de espécies parasitárias nas regiões endêmicas para malária. Brasil, 2014

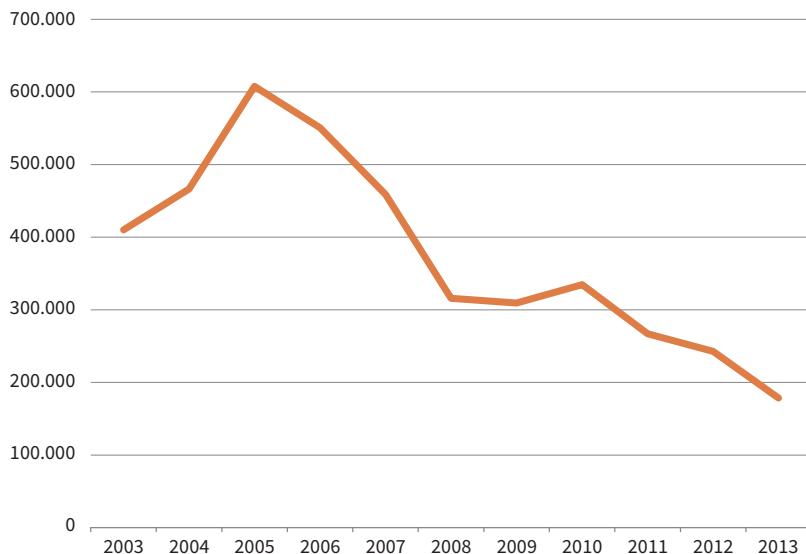


Fonte: CGPNM/SVS/MS.

Os processos migratórios e a ocupação desordenada da região, pelo garimpo, pela construção de rodovias e projetos de grandes dimensões, contribuíram para o grande aumento do número de casos dos anos 1980 até 2005. A partir de então, a incidência da malária começa a cair, em resposta à intensificação da vigilância na região (TAUIL, 2002). Na última década, inovações nas ações de controle influenciaram de forma determinante os resultados que vêm sendo alcançados e consolidaram a tendência de queda da doença (Gráfico 7).

GRÁFICO 7

Número de casos novos de malária notificados. Brasil, 2003 a 2013

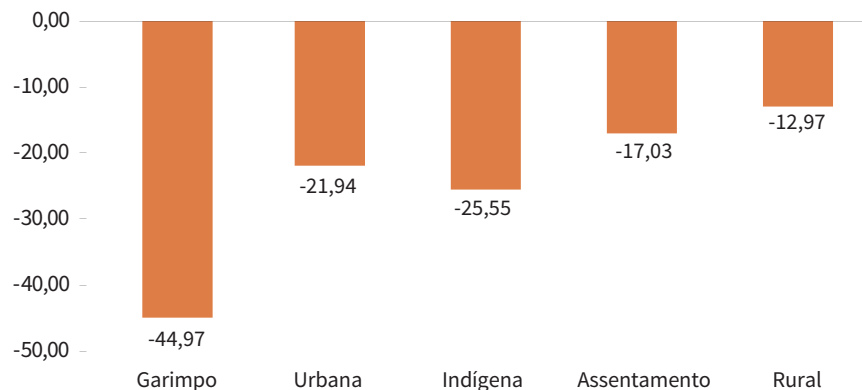


Fonte: CGPNM/ SVS/MS.

Em 2014, todas as áreas atingidas vêm apresentando redução no número de casos quando comparado com o número de ocorrências do ano anterior.

GRÁFICO 8

Varição do percentual de malária em áreas especiais. Brasil, janeiro a agosto de 2013 e 2014*



Fonte: CGPNM/SVS/MS.

* 2014 – dados parciais.

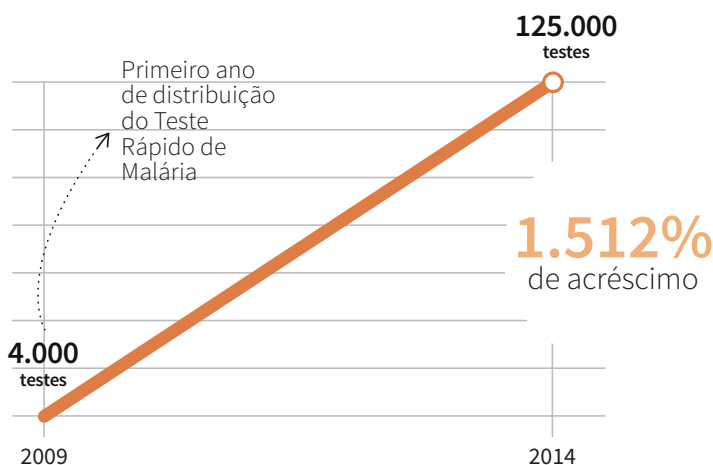
Ações

Descentralização do diagnóstico e tratamento para a atenção básica

A descentralização das ações de prevenção e controle da doença, a ampliação dos investimentos e a capacitação dos profissionais expandiram o diagnóstico da malária na rede de atenção básica, propiciando o início do tratamento em até 48 horas, após o aparecimento dos primeiros sintomas. Em 2013, foram realizados 2.039.361 exames para diagnóstico da malária na Região Amazônica. A oferta de testes rápidos para diagnóstico da malária aumentou 1.512% entre 2009 e 2014 (Gráfico 9).

GRÁFICO 9

Número de testes rápidos distribuídos para diagnóstico da malária. Brasil, de 2009 a 2014



Fonte: PNCM/SVS/MS.

Instalação de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração (MILD)

A instalação de MILD foi realizada especialmente em áreas de difícil acesso aos serviços de saúde ou com alta transmissão de malária. Os mosquiteiros funcionam como barreira de proteção, contribuem para a morte de vetores e têm ação repelente. A redução da densidade populacional e de infectividade do vetor quando a maioria das pessoas de uma comunidade utiliza os mosquiteiros é uma importante estratégia para a redução dos casos de malária em localidades isoladas. Em 2011, foram distribuídos 1.100.000 mosquiteiros e repassados R\$ 15.633.810,00 para a sua instalação em 47 municípios da Região Amazônica.

Medidas legais para licenciamento ambiental em regiões endêmicas

Localidades que sediam projetos de desenvolvimento econômico e social com fluxos migratórios intensos e precárias condições de vida propiciam o aparecimento de problemas sociais, tais como aumento da natalidade, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis, etc. Em áreas endêmicas para malária, o risco de aumento do número de casos é uma realidade. Porém, com os recursos disponíveis, a identificação de áreas de risco e a elaboração prévia de planos de ação envolvendo o governo, o setor privado e a sociedade, é possível evitar impactos negativos desses empreendimentos na transmissão da malária. Com esta finalidade, foram editadas duas portarias interministeriais entre 2011 e 2014:

- A Portaria Interministerial nº 419, de 26 de outubro de 2011, que envolve os Ministérios do Meio Ambiente, Justiça, Cultura e Saúde e regulamenta a atuação dos órgãos e das entidades da administração pública federal envolvidos no licenciamento ambiental.
- A Portaria nº 1, de 13 de janeiro de 2014, que estabelece diretrizes, procedimentos, fluxos e competência para a obtenção do Laudo de Avaliação do Potencial Malarígeno (LAPM) e do Atestado de Condição Sanitária (ATCS) de projetos de assentamento de reforma agrária e outros empreendimentos sujeitos ao licenciamento ambiental em áreas de risco ou endêmicas para malária.

No período de 2009 a 2014, foram emitidos 22 atestados de condição sanitária após análise dos Planos de Ação para Controle de Malária (PACM), sendo 13 linhas de transmissão, 1 terminal ferroviário, 1 base espacial e 6 usinas hidrelétricas. Estes PACM beneficiaram 144 municípios e propiciaram a aplicação de R\$ 93.162.996,00, por parte dos empreendedores, em equipamentos, insumos, recursos humanos, logística, capacitação e infraestrutura.

Como exemplo, no município de Porto Velho, em Rondônia, houve a implantação de duas usinas hidrelétricas, de Santo Antônio e Jirau. Sua construção mobilizou 70 mil pessoas, 40 mil trabalhadores diretos e 30 mil residentes temporários. O PACM, em suas duas etapas, foi orçado em R\$ 44 milhões. O intenso trabalho conjunto no município não apenas evitou o aumento na transmissão de malária, como permitiu a redução em 72% da incidência da doença entre 2007 e 2013, passando de 85,9 para 19,7 casos por 1.000 habitantes.

HANSENÍASE, GEO-HELMINTÍASES E TRACOMA

Em 2011, a SVS publicou o Plano Integrado de Ações Estratégicas para eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíases. O Plano define metas a serem alcançadas até 2015 e reafirma o compromisso do governo com a eliminação da pobreza ao definir a implantação de estratégias e intervenções inovadoras e custo-efetivas para redução drástica da carga dessas doenças.

A decisão de enfrentá-las em conjunto, entre outros fatores, deve-se à sua tendência de coexistir em áreas mais pobres, nas quais as populações enfrentam dificuldades de acesso ao trabalho, à moradia, à educação e à saúde. Essas doenças representam também uma carga importante no desenvolvimento de incapacidades, acarretando a perda de anos de vida saudáveis, o que acentua ainda mais as dificuldades de ruptura da condição de pobreza a que estão submetidas esses grupos. São doenças ditas *negligenciadas*, tanto por falta de uma forte decisão política para eliminá-las ou controlá-las como problema de saúde pública, quanto pelo pouco interesse em pesquisas e na procura de formas mais adequadas ao seu enfrentamento.

68

Essas doenças apresentam tendência de queda nos últimos anos. Algumas ainda em patamares elevados e redução lenta como a hanseníase. Outras, como a filariose, com curva de declínio rápido, tendendo à eliminação em pouco tempo.

Considerando esse contexto, as estratégias adotadas pelo MS objetivam atingir os grupos mais vulneráveis e acelerar o processo de eliminação e controle dessas doenças. Neste relatório são destacadas as principais ações empreendidas, que envolvem não só o setor Saúde, mas também as famílias, o setor privado e a sociedade em geral.

Hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico, o *Mycobacterium leprae* tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. O coeficiente de detecção de hanseníase na população geral caiu de 19,64/100 mil habitantes em 2009 para 15,44 em 2013. Nesse período, em menores de 15 anos este coeficiente passou de 5,43/100 mil habitantes a 5,03. A prevalência da doença é maior em áreas das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste.

De evolução lenta, a incidência em menores de 15 anos é um dos principais indicadores para monitorar a ocorrência da hanseníase e o diagnóstico precoce é essencial para interromper a cadeia de transmissão. Com este propósito, o MS investiu na realização de campanhas como metodologia inovadora para detecção de casos em crianças e adolescentes. Em 2013, a campanha incluiu o tratamento em massa de verminoses e em 2014, o diagnóstico do tracoma.

Campanhas 2013 e 2014: diagnóstico e tratamento precoces

População-alvo: escolares de 5 a 14 anos da rede pública de ensino de municípios de áreas endêmicas para hanseníase e verminoses.

Em 2013 a campanha foi intitulada "Hanseníase e Verminoses Têm Cura. É possível prevenir e tratar". E em 2014: "Hanseníase, Verminoses e Tracoma Têm Cura. Faça essa lição de casa e proteja-se". A estratégia das campanhas é identificar casos suspeitos de hanseníase mediante o "método do espelho"; reduzir a carga parasitária da população-alvo, preconizada pela OMS como medida de redução de incidência e complicações, além de identificar e tratar casos de tracoma.

69

PASSOS DA CAMPANHA

- Profissionais de saúde da atenção primária visitam escolas selecionadas e repassam informações sobre as doenças, suas formas de prevenção e tratamento.
- Os professores entregam aos alunos a ficha de autoimagem, que contém perguntas sobre sinais e sintomas da hanseníase, entre outras enfermidades.
- Os alunos preenchem a ficha com a ajuda dos pais ou responsáveis.
- As fichas preenchidas são encaminhadas às SMS, que ficam responsáveis pelo encaminhamento dos alunos com manchas sugestivas de hanseníase às UBS, para confirmação e tratamento, se necessário.
- O tratamento coletivo das geo-helminthíases é feito com albendazol, 400 mg.
- Os dados da campanha são coletados por meio de formulário on-line criado especificamente para este fim, o FormSUS.

TABELA 2

Principais resultados da campanha para diagnóstico e tratamento da hanseníase, geo-hemintíases e tracoma, realizadas em municípios de risco. Brasil, 2013 e 2014

	2013	2014
Nº de municípios	852	1944
Duração	abril a novembro	abril a novembro
Nº de escolares envolvidos	3.743.093	5.633.265
Nº de escolares que responderam a ficha de autoimagem	2.444.341 (65,3%)	4.160.493 (73,85%)
Nº de escolares encaminhados à rede básica e unidades de referência	242.680	231.247
Nº de casos novos confirmados em menores de 15 anos durante a campanha	291	354
Nº de crianças e adolescentes tratados preventivamente com Albendazol 400 mg (meta da campanha: 70% dos escolares tratados em 2013 e 80% em 2014)	2.883.396 (77,0% – meta ultrapassada)	4.754.092 (84,39% – meta ultrapassada)
Tracoma	2013	2014
Nº de municípios onde foram realizados exames	460 (19 UF)	34 (06 UF)
Nº de exames oculares	434.743	45.295
Nº de casos positivos	18.321	2.307 (crianças)
Nº de contatos tratados		1.273
Total de tratamentos		3.660

Fonte: CGHDE/SVS/MS.

Entre 2009 e 2013, a detecção de casos novos de hanseníase na população geral caiu de 37.610 para 31.044. Em menores de 15 anos, esta detecção foi de 2.669 e 2.439 respectivamente. Durante a campanha, em 2013, foram detectados aproximadamente 12,4% do total de casos novos notificados nesta faixa etária em 2012. Pelo caráter inovador e pelos resultados em curto prazo, esta campanha teve grande repercussão internacional, sendo vista como modelo de ações integradas em outros países.

Em 2013, também foram realizados exames oculares para o diagnóstico do tracoma em 460 municípios de 19 UF. Os estados do Ceará, Espírito Santo e São Paulo registraram o maior número de casos, com 3.250, 3.181 e 2.756, respectivamente.

Em 2014, o tracoma foi incluído na Campanha Nacional de Hanseníase e Geo-Helminthíases. Foram realizados 45.295 exames oculares em 34 municípios de seis estados, 41% de exames a mais em comparação com 2013. 2.307 crianças tiveram exame positivo e 1.273 contatos foram tratados, totalizando no período 3.660 tratamentos.

METAS RELACIONADAS À HANSENÍASE PARA 2015

- Eliminar a doença como problema de saúde pública, alcançando o coeficiente de prevalência da hanseníase (menos de 1/10 mil habitantes) até 2015. Em 2013, o coeficiente de prevalência de ponto da hanseníase foi de 1,42/10 mil habitantes.
- Alcançar cobertura de exames de contatos intradomiciliares maior ou igual a 80% nos casos novos de hanseníase. Esta cobertura passou de 59,8% em 2009 a 75,1% em 2013.
- Alcançar 90% de cura nas *coortes* de casos novos de hanseníase até 2015. Este percentual passou de 82,1% em 2009 a 84% em 2013.

Tracoma

O tracoma é uma doença crônica, causada pela *Chlamydia trachomatis*, que pode ocasionar a cegueira. É frequente em crianças que vivem em condições precárias de higiene, de falta d'água e de aglomeração domiciliar. A meta de eliminação corresponde à prevalência de menos de um caso para 1.000 habitantes. Recomenda-se para o alcance da meta uma estratégia combinada de cirurgia, antibioticoterapia (em casos ativos), orientação para higiene adequada e melhoria do ambiente. A doença vem declinando nas últimas quatro décadas. Porém, ainda se encontram média e alta prevalências nas localidades mais pobres.

As principais estratégias em desenvolvimento são a busca ativa de casos pela atenção básica, com ênfase em áreas rurais, indígenas e quilombolas, as cirurgias corretivas e o tratamento coletivo em áreas com prevalência de tracoma inflamatório igual ou superior a 10% em crianças de 1 a 9 anos de idade.

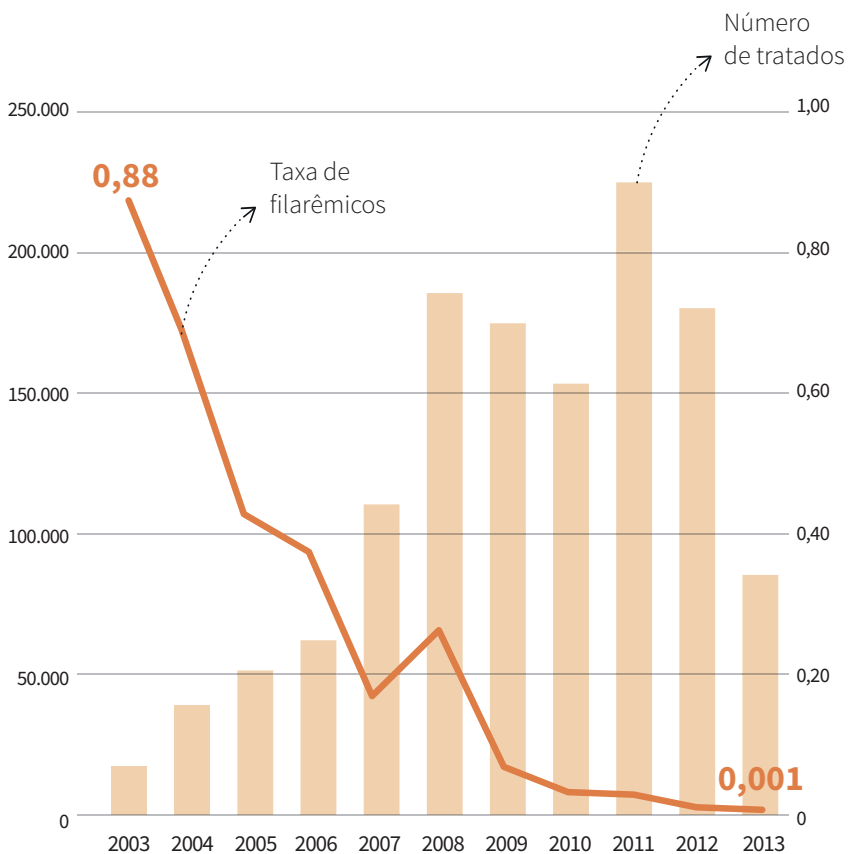
Filariose

A filariose está restrita aos municípios de Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Paulista, com perspectiva de eliminação até 2015.

O tratamento coletivo nas áreas endêmicas, medida que vem sendo utilizada para interromper a transmissão, tem mostrado resultados expressivos. A taxa de filaremia, que, em 2003 era de 0,88, passou a 0,001 em 2013 (Gráfico 10).

GRÁFICO 10

Número de pessoas tratadas e taxa de filarêmia nas regiões endêmicas, de 2003 a 2013



Fonte: SVS/MS.

Esquistossomose

Em 2011, a vigilância da esquistossomose e das geo-helmintíases recebeu reforço financeiro de R\$ 3,2 milhões, repassados pelo MS aos municípios com prevalência acima de 10% para esquistossomose e 20% para geo-helmintíases, considerados como prioritários.

Meta: implantar tratamento coletivo em 222 municípios da área endêmica para esquistossomose, com percentual de positividade acima de 25%.

Transmitida em águas contaminadas por larvas do *Schistosoma mansoni* liberadas por caramujos, a doença é mais frequente em áreas sem saneamento básico. A transmissão está presente em 78 países. Na América do Sul, ela está presente na Venezuela, nas ilhas do Caribe e no Brasil, onde a

esquistossomose está presente em todos os estados do Nordeste, Sul e Sudeste e também está no Distrito Federal, em Goiás e no Pará.

Estima-se que em 2012 foram registrados cerca de 37.215 casos de esquistossomose e 488 óbitos, sendo 63,3% no Nordeste. Pernambuco apresentou a situação mais grave, sendo responsável por 32,4% do total de óbitos do país. Em 2013, 385 municípios de 17 UF registraram casos e 161 internações.

Oncocercose

A oncocercose é uma doença parasitária humana crônica, transmitida pela picada do mosquito conhecido popularmente como "borrachudo", que prolifera em córregos e rios de correnteza rápida. Não há transmissão inter-humanos. A doença pode provocar cegueira, hipertrofia ganglionar e lesões dermatológicas graves.

No Brasil, a maioria dos casos advém dos estados de Roraima e Amazonas, com maior ocorrência nas reservas das populações Yanomami e Makiritari. São acometidos principalmente adultos do sexo masculino. Em razão da grande mobilidade dos Yanomamis, é difícil manter o acompanhamento dessas populações.

A oncocercose está em fase de pré-eliminação. Não há registros de casos novos no Brasil entre o período de 2000 a 2012. Apenas uma proporção de portadores assintomáticos de microfilárias na pele, com baixas densidades da parasitemia, foi detectada nas áreas-sentinelas (média de 20% em 2003, 15% em 2007 e 4% em 2012). Esses resultados se referem a áreas de maior risco, em sua maior parte zonas hiperendêmicas, no alto da Serra do Paríma, na fronteira com a Venezuela.

A intervenção mediante tratamentos coletivos, com altas coberturas em área endêmica da população Yanomami, é a medida para se alcançar a meta de eliminação. O desafio da vigilância é a manutenção dos tratamentos coletivos com regularidade, para atingir coberturas adequadas e homogêneas.

CONTROLE DAS DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

Na atualidade, todas as vacinas recomendadas pela OMS são oferecidas pelo SUS e totalizam 31 tipos de imunobiológicos:

- 14 vacinas (para 27 doenças).
- 13 soros heterólogos (imunoglobulinas animais).
- 4 soros homólogos (imunoglobulinas humanas).

A partir do início do século XX, a introdução de vacinas nos programas de vigilância em saúde é uma importante estratégia para a eliminação e o controle das doenças, como foi o caso da varíola, da interrupção da transmissão da poliomielite e do sarampo autóctone. Há cinco anos o Brasil está livre de casos de rubéola. O Programa Nacional de Imunizações, formulado em 1973, é reconhecido pela população brasileira e bem avaliado nacional e internacionalmente pelos resultados positivos alcançados. O que se deve à sua capacidade de atuar de modo articulado com estados e municípios, com planejamento, capacitação, infraestrutura e logística. No entanto, o PNI ainda enfrenta desafios com relação às informações sobre as coberturas vacinais em todo o país e a implementação do sistema de informação.

74

O desafio de aprimorar as informações do PNI e ampliar as coberturas vacinais

Em 1994, foi implantado no país o Sistema de Informação do PNI. Em 2004, foram instituídos o Calendário Básico de Vacinação da Criança, o Calendário de Vacinação do Adolescente e o Calendário de Vacinação do Adulto e Idoso. Em 2008, foi criado o vacinômetro, com o Zé Gotinha ao lado de uma seringa que se enche gradativamente à medida que o sistema era alimentado pelos municípios. O método foi utilizado para fornecer, quase em tempo real, informações sobre resultados da campanha de vacinação para eliminação da rubéola, mediante registro *on-line*, e desde então adotado para todas as campanhas de vacina com acesso universal.

A qualidade da informação sobre a cobertura de cada vacina, em cada localidade, é essencial para uma visão apropriada da situação do Brasil. Dada a heterogeneidade do país em aspectos geográficos, econômicos e de estrutura de serviços de saúde, entre outros, as coberturas vacinais variam, de modo que as médias nacionais escondem situações que precisam ser identificadas para evitar prejuízos à saúde da população, em geral as mais carentes.

Enfrentando os desafios, o PNI definiu como estratégias prioritárias:

- o apoio à estruturação e à operacionalização do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) nominal e por procedência do vacinado;
- a implantação de estratégias inovadoras, como o monitoramento rápido de coberturas vacinais realizado pós-campanha de vacinação;
- a oferta de novas vacinas.

Implantação e fortalecimento do SI-PNI

O SI-PNI representa um salto qualitativo para o Programa de Imunizações, porém sua efetiva utilização é um desafio para o SNVS. Das 33.837 salas de vacina cadastradas no país, 24,4% (8.253) estão utilizando o SI-PNI com transmissão de dados para o Datasus. Este sistema possibilita a avaliação da situação vacinal por grupos populacionais específicos; o agendamento de doses subsequentes; a busca ativa dos faltosos; o monitoramento de eventos adversos pós-vacinação; a movimentação de usos e perdas de vacinas em cada sala de vacina do país e a congregação de informações de usuários dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie) e Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV), este último, um módulo *on-line* já em fase de implantação no país. A Portaria GM/MS nº 2.363, de 18 de outubro de 2012, instituiu repasses financeiros (de R\$ 1.500,00), por sala de vacina, para a compra de equipamentos e informatização. O total de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) foi de R\$ 50.344.500,00.

75

Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal

O Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal é uma estratégia complementar ao SI-PNI e, tão logo foi implantado, mostrou sua importância na ampliação da cobertura vacinal. O método, desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e adaptado pelo Ministério da Saúde/SVS, consiste na visita domiciliar para avaliação da situação vacinal da população-alvo e resgate de não vacinados, ou seja, possibilita a busca ativa e a vacinação de pessoas que, por algum motivo, não tenham sido vacinadas ou estejam com a vacinação incompleta.

100.000 doses aplicadas no monitoramento de 2011

Em 2011, após a campanha de seguimento para manter a eliminação do sarampo e da rubéola, cerca de 100 mil doses da vacina tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba) foram administradas em crianças não adequadamente vacinadas, identificadas durante o monitoramento na faixa etária de 1 a 6 anos.

22.804 doses aplicadas no monitoramento de 2013

O monitoramento mais recente ocorreu em 2013, para avaliar a cobertura vacinal das vacinas pneumococos 10 valente e meningocócica conjugada C. Na ocasião, foram administradas 22.804 doses dessas vacinas em crianças menores de 2 anos de idade, grupo-alvo da vacinação.

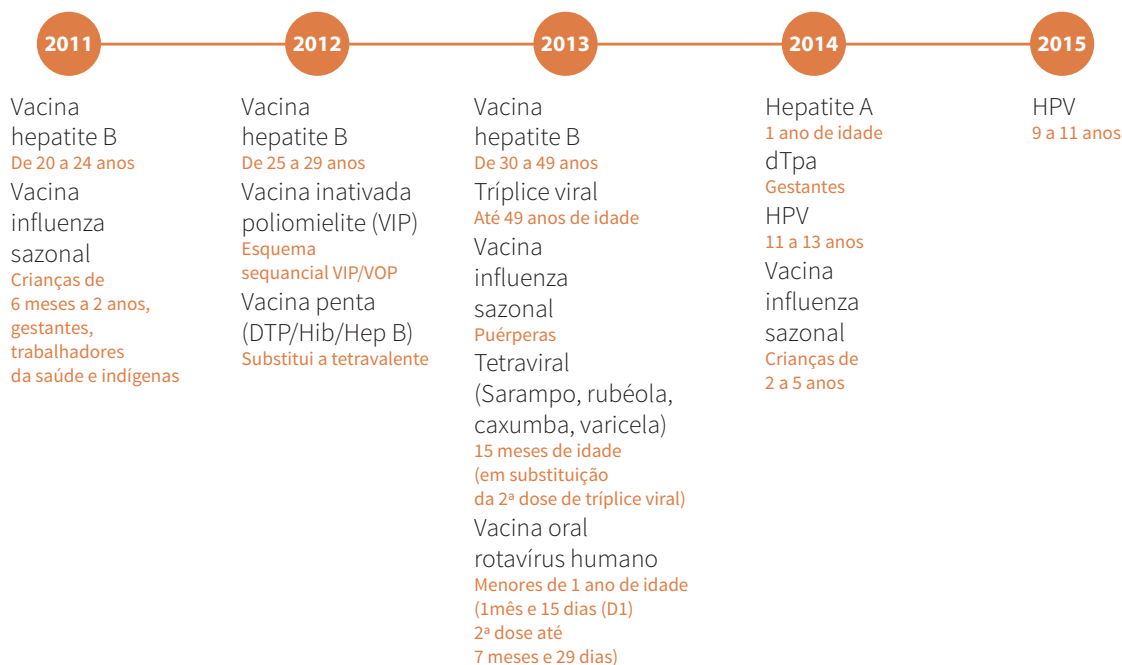
Ampliação da oferta de vacinas

A ampliação da oferta de novas vacinas atende a diversos critérios: a) epidemiológicos: prevalência e incidência da doença e impacto sobre a morbimortalidade; b) imunológicos: duração da proteção e eficácia da vacina; c) operacionais: capacidade e adequação da Rede de Frio das três esferas de governo; d) socioeconômicos: relação entre os benefícios da vacina à saúde e os custos da doença; e e) garantia dos recursos financeiros, humanos e materiais, além dos tecnológicos e legais.

Entre 2006 e 2014: a) o Brasil ampliou a vacinação para hepatite B disponível até os 19 anos de idade para grupos de risco e adultos a partir de 20 a 49 anos; e b) a vacina contra influenza sazonal para idosos foi estendida para gestantes, trabalhadores de saúde, indígenas, crianças de seis meses a 4 anos, puérperas, pessoas privadas de liberdade e grupos com comorbidades. Além disso, o país incorporou novas vacinas ao seu calendário oficial: rotavírus humano, meningocócica conjugada C, pneumocócica 10 valente, poliomielite inativada (VIP), pentavalente, tetraviral (oral), hepatite A, dTpa e HPV.

Introdução de novas vacinas e ampliação de faixas etárias. Brasil, de 2011 a 2014

FIGURA 2
Linha do tempo de introdução de vacinas



Fonte: PNI/SVS/MS.



Vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde

Em 2008, a OMS já considerava as doenças crônicas não transmissíveis uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento, recomendando que fossem consideradas prioridades nas discussões da Assembleia Mundial de Saúde de 2011.

Em 2012, as DCNT foram responsáveis por 72% das causas de óbito no Brasil. Percentuais importantes das doenças cardiovasculares, da diabetes e, em menor grau, do câncer são evitáveis ou podem ser diagnosticados e tratados precocemente, evitando mortes prematuras. A esperança de vida aumentou, vive-se melhor e a tecnologia nunca se desenvolveu de modo tão acelerado. Mas, envelhecer com saúde é um grande desafio para as pessoas que precisam reconhecer a necessidade e mudar hábitos arraigados, assumindo a corresponsabilidade na prevenção e promoção do seu próprio bem-estar, assim como para o sistema de saúde que precisa recriar os modelos de atenção.

Torna-se evidente a necessidade de construção de modelos integrados, com novas tecnologias de conhecimento, processos, medicamentos e equipamentos; com usuários mais conscientes fazendo escolhas adequadas e com inclusão dos grupos vulneráveis.

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS 2011-2022

Vigitel: média de 54 mil pessoas entrevistadas anualmente.

PeNSE: 109 mil alunos e alunas entrevistados em 2012.

PNS: 80.000 domicílios visitados em 1.600 municípios.

19,4 milhões de brasileiros beneficiados com medicamentos gratuitos para asma, hipertensão e diabetes; 30.146 farmácias populares (públicas e privadas) credenciadas em 4.119 cidades.

A transição demográfica e a redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas provocaram mudanças na estrutura etária e no perfil epidemiológico da população. A análise dos determinantes e condicionantes dessas mudanças tem reorientado o planejamento e a definição de novas estratégias para atenção às demandas relacionadas ao envelhecimento da população, e ao aumento das doenças crônicas e degenerativas. Com este propósito a SVS orienta-se pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), recém-atualizada e pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) no Brasil 2011-2022.

81

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Atualizada e aprovada em 2014, a PNPS reforça a institucionalização da promoção da saúde no SUS e legitima a análise da situação de saúde como ferramenta de planejamento, indução e sustentabilidade das estratégias de redução dos fatores de risco, de proteção e controle das DCNT no país. Esta política estabelece como objetivo principal a promoção da equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver. Assim, amplia-se a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. No conjunto das ações de promoção e proteção à saúde, a SVS atua em parceria com entidades científicas, instituições públicas, privadas e organizações da sociedade civil.

Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) no Brasil 2011-2022

O plano estabeleceu ações e metas a serem realizadas pelo governo em parceria com a sociedade, empresas, instituições de pesquisa, outros órgãos de governo, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros, pactuado nas instâncias gestoras do SUS. Dentre elas se destacam as ações prioritárias para o controle de doenças circulatórias, respiratórias crônicas, câncer, diabetes e seus fatores de risco: tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade. O plano enfoca também diretrizes e estratégias de vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e atenção integral. As ações estão em consonância com a mobilização global para o enfrentamento das DCNT no contexto atual.

O plano contém 12 metas, das quais 50% estão sendo alcançadas: a redução da mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por DCNT em 2% ao ano; a redução do tabagismo e do consumo abusivo de bebidas alcoólicas; o aumento de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos; o aumento da prática de atividade física no tempo livre e do consumo de frutas e hortaliças; a realização de pesquisas e inquéritos: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), Inquérito Telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel) e da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e Viva Contínuo e Viva Inquérito.

INQUÉRITOS E PESQUISAS – VIGITEL, PNS, PSE, PENSE

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel)

Realizado anualmente desde 2006 nas 26 capitais e no Distrito Federal, o Vigitel mede a prevalência autorreferida de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira, por meio de inquérito telefônico. São entrevistados adultos com 18 anos e com mais idade residentes nas capitais dos 26 estados brasileiros e do DF, em domicílios com pelo menos uma linha telefônica fixa. Em 2011 e 2012, foram entrevistados 54.144 e 45.400 pessoas, respectivamente.

Tabagismo

A parcela de fumantes caiu 19,8% entre 2006 e 2013. O hábito de fumar é menor entre as mulheres.

5 regulamentações foram publicadas entre 2011 e 2014 estabelecendo restrições ao ato de fumar.

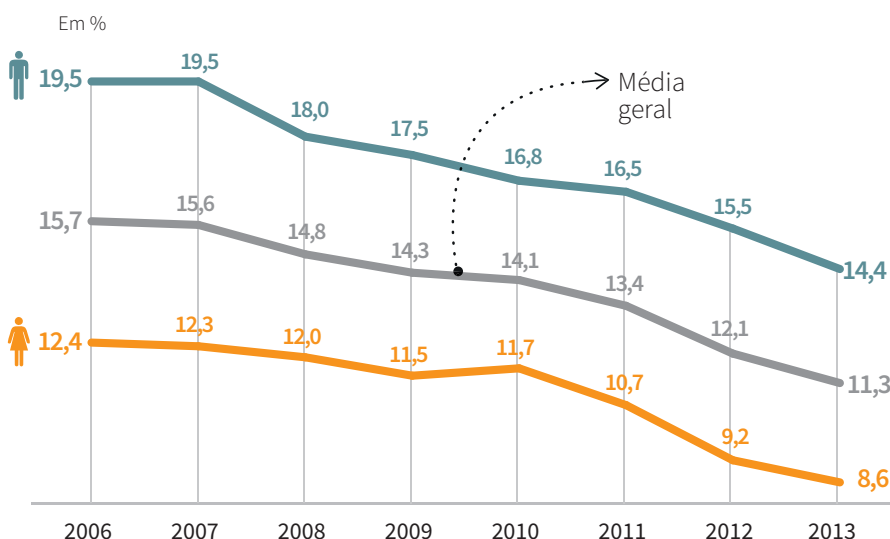
A prevalência de fumantes não é homogênea no país. Em 2013, os maiores percentuais foram encontrados em capitais do Sul e do Sudeste, sendo o maior (16,5%) em Porto Alegre e o menor (5,7%) em Palmas.

Em 2011, foi publicada a Lei nº 12.546, que proíbe fumar em recintos coletivos fechados, aumenta a taxação dos cigarros em 85%, define preços mínimos e aumenta o espaço destinado às advertências nas embalagens dos cigarros. Esta lei foi regulamentada pelo Decreto nº 8.262, de 31 de maio de 2014.

A Portaria GM/MS nº 571, de 5 de abril de 2013, preconiza a universalização da oferta do tratamento das pessoas tabagistas. A SVS integra a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq) e faz parte do grupo de trabalho instituído pela Portaria nº 1.256, de 28 de agosto de 2012, com o objetivo de avaliar o 3º grupo de advertências sanitárias nas embalagens e os materiais de propaganda dos produtos derivados do tabaco e elaborar o 4º grupo de advertências sanitárias.

GRÁFICO 1

Percentual de fumantes, segundo sexo e média geral. Brasil, de 2006 a 2013



Fonte: CGDANT/SVS/MS.

A redução de 19,8% no número de fumantes no Brasil, de 2006 a 2013, tem sido atribuída às campanhas sistemáticas de esclarecimento da população sobre os efeitos negativos do cigarro e às regulamentações publicadas entre 2011-2014, que incluem: restrição do ato de fumar em recintos coletivos; elevação de impostos do cigarro para 85%, regulamentação do preço mínimo do cigarro e ampliação do espaço de advertências nos maços de cigarro. Além disso, foi instituído o tratamento de fumantes no SUS e o Laboratório de Toxicologia do Tabaco e Derivados passou a atuar exclusivamente na análise de produtos derivados do tabaco.

Consumo abusivo de bebidas alcoólicas

Brasil registra redução de consumo abusivo de bebidas alcoólicas de 9,3% entre 2010 e 2013.

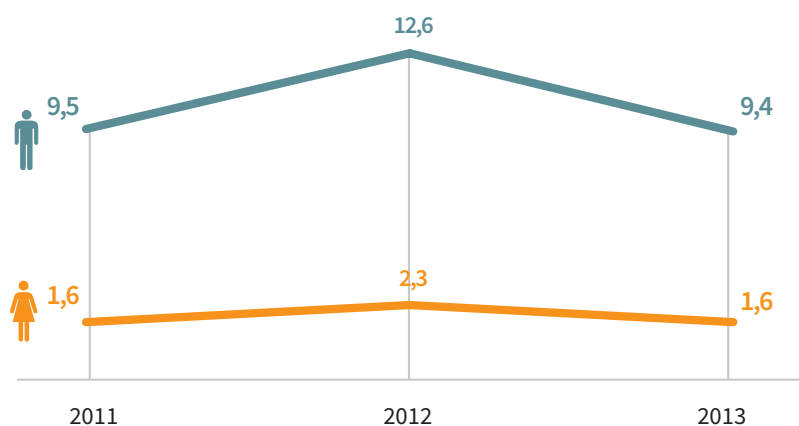
Consideram-se como consumo abusivo de bebida alcoólica 4 doses para as mulheres e 5 doses para os homens, que são os maiores consumidores. No período de 2006 a 2010, não houve grande variação nos percentuais de consumo na população masculina, ao contrário da feminina, que mostra um incremento de 7,7% em 2006 a 9,7% em 2010.

Dirigir após o consumo de bebida alcoólica

Dirigir após a ingestão de bebida alcoólica aumenta o risco de acidentes de trânsito. Em 2011 e 2013, os percentuais foram praticamente os mesmos, com ligeiro aumento em 2012. Esta conduta é mais frequente entre os homens. Em 2013, 1,6% das mulheres relataram dirigir após o consumo de bebida alcoólica. Este percentual foi muito mais elevado entre os homens, alcançando 9,4%.

GRÁFICO 2

Percentual de homens e mulheres que referiram dirigir após consumo de bebida alcoólica, segundo o Vigitel. Brasil, de 2011 a 2013



Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Sobrepeso, obesidade, padrão alimentar e atividade física

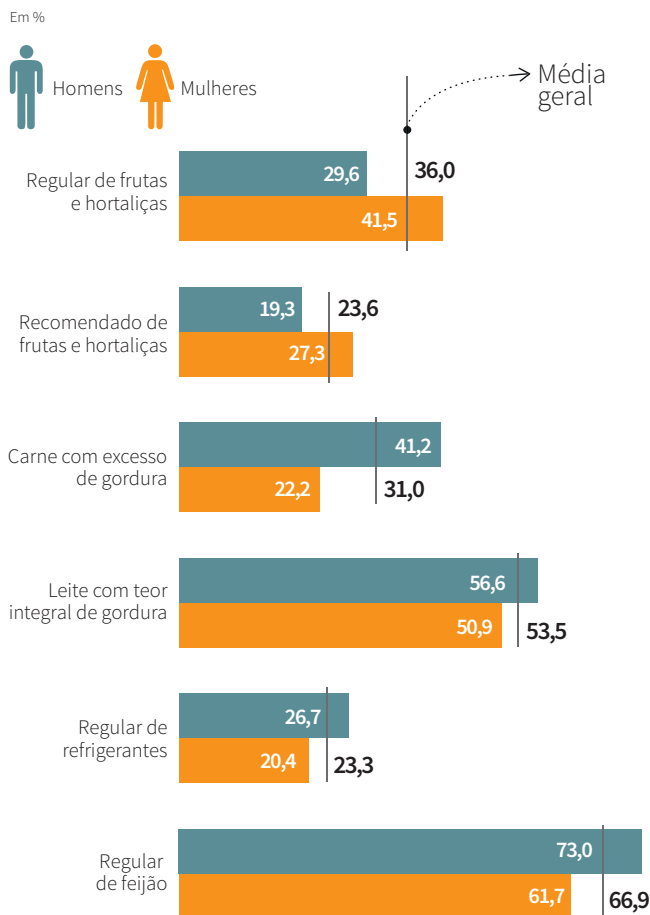
Em 2013, 51% da população brasileira com 18 anos e mais de idade estava acima do peso ideal (54,7% de homens e 47,4% de mulheres). Com relação à obesidade, o percentual foi de 17,5% para ambos os sexos.

Um aspecto positivo foi o aumento na prática de atividades físicas no tempo livre, maior frequência nas academias da saúde e aumento de 21% no consumo recomendado de frutas e hortaliças entre 2012 e 2013. Além disso, pela primeira vez, nesse intervalo de tempo, não houve aumento da obesidade.

O padrão alimentar das mulheres inclui maior consumo de frutas e hortaliças, menos carne com excesso de gordura, menos leite com teor integral de gordura e menos refrigerantes. Os homens, por sua vez, consomem feijão com maior regularidade e substituem menos o almoço ou o jantar por lanches.

GRAFICO 3

Hábitos alimentares referidos pela população brasileira, segundo o sexo. Vigitel. Brasil, 2013



Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Realização de mamografias e exames de Papanicolaou

O Vigitel 2013 indica aumento do número de mamografias e estabilidade do exame de Papanicolaou.

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Estatísticas indicam aumento de sua incidência em países desenvolvidos e em desenvolvimento. O Instituto Nacional do Câncer (Inca) estima para 2014 a ocorrência de 57.120 novos casos.

O câncer de colo de útero, terceiro tumor mais frequente na população feminina, atrás do câncer de mama e do câncer colorretal, é a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. Na década de 1990, 70% dos casos eram diagnosticados em fase invasiva. Atualmente, 44% dos casos são de lesão precursora do câncer (*in situ*). O percentual de mulheres entre 25 a 64 anos que realizou o exame de Papanicolaou manteve-se praticamente estável, com uma variação de apenas 0,9%, passando de 82% em 2007 a 82,9% em 2013. O Inca estima a ocorrência de 15.590 novos casos para 2014. O país avançou na capacidade de realizar o diagnóstico precoce da doença, mas precisa buscar estratégias para alcançar grupos mais vulneráveis e ampliar o número de mulheres que realizam o exame.

Hipertensão, diabetes e dislipidemias segundo os entrevistados

Em 2013, grande número de pessoas afirmaram ser portadoras de hipertensão, diabetes e dislipidemias. Entre as mulheres, os percentuais foram mais elevados nos três casos. É possível que, como maiores frequentadoras de serviços de saúde, as mulheres tenham mais conhecimento de sua situação de saúde do que os homens.

TABELA 1

Percentual de adultos que referem hipertensão, diabetes e dislipidemia, segundo o sexo. Vigitel, Brasil, 2013

	Homens (%)	Mulheres (%)	Total (%)
Hipertensão arterial	21,5	23,6	24,1
Diabetes	6,5	7,2	6,9
Dislipidemia	17,2	22,1	20,3

Fonte: DANTPS/SVS/MS.

A prevalência dessas doenças aumenta com a idade, sendo mais frequentes acima de 60 anos. No caso da hipertensão, um dos fatores de risco é o consumo elevado de sódio que representa 40%, do sal de cozinha. No Brasil, consome-se o dobro do recomendável. Para modificar este quadro, o MS firmou acordos para a redução do sódio em alimentos industrializados com a Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação.

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

A PNS é a mais completa pesquisa sobre as condições de saúde da população brasileira relacionada às doenças crônicas não transmissíveis, a estilos de vida e ao acesso à atenção em saúde.

R\$ 21 milhões foram investidos na realização da primeira edição da pesquisa (2013-2014).

A PNS é parte do Plano de Enfrentamento das DCNT. É uma pesquisa de base domiciliar e de âmbito nacional, realizada e coordenada em parceria entre o MS e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Iniciada em 2013, ela fará parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE e deverá ser repetida a cada cinco anos. O inquérito é composto por três questionários: o domiciliar, referente às características do domicílio; o relativo a todos os moradores do domicílio; e o individual, a ser respondido por um morador de 18 anos ou mais de idade do domicílio.

A amostra é composta de 80 mil domicílios, selecionados em 1.600 municípios. Foram realizadas medidas antropométricas e da pressão arterial e colhidas amostras de sangue e de urina de 20 mil pessoas. A análise dos exames ficou sob a responsabilidade do Hospital Sírio-Libanês e se refere ao diagnóstico de diabetes, anemia falciforme, aumento do colesterol, alteração nos percentuais de creatinina, potássio e sódio.

Os resultados da pesquisa trazem o percentual da população brasileira que já entrou em contato com os vírus da dengue. Esta sorologia poderá subsidiar, no futuro, a implantação da vacina contra a dengue no país. O material coletado compõe um banco de soro humano para monitorar a doença no país e está disponível para universidades e institutos de pesquisas.

Programa Saúde na Escola (PSE)

Em 2013, aderiram ao PSE 4.864 municípios, beneficiando 18,7 milhões de alunos. Temas trabalhados: "prevenção à obesidade" e "práticas corporais, atividades físicas e lazer numa perspectiva de cultura de paz e direitos humanos".

Segundo o Vigitel, nos últimos anos, no Brasil, cresceu o número de jovens acima do peso e com obesidade. Hábitos ruins da infância e da adolescência podem se refletir na idade adulta. Estratégias de promoção da saúde na escola têm sido realizadas pelo MS em conjunto com o Ministério da Educação e com outros parceiros.

O Programa Saúde na Escola, instituído em 2007, é uma articulação entre a escola e a Rede Básica de Saúde. Tem como público-alvo crianças, adolescentes, jovens e adultos inseridos na educação pública e objetiva promover saúde, educação integral, desenvolvimento da cidadania e qualificação das políticas públicas brasileiras.

Em 2012, foi instituída a Semana Saúde na Escola. A cada ano, equipes de saúde e de educação realizam campanha com temas relacionados à promoção e à prevenção de agravos à saúde, que passam a fazer parte do cotidiano escolar durante o ano inteiro.

Em abril de 2012, esta ação foi ampliada, com a assinatura do acordo de cooperação técnica entre o MS e a Federação Nacional das Escolas Particulares (Fenep), que reúne 18 mil escolas particulares. O acordo prevê a atuação conjunta de ações de promoção da alimentação saudável nas escolas da rede privada de ensino em âmbito nacional. O tema "prevenção à obesidade" foi trabalhado na Semana Saúde na Escola em 2012 e 2013. Em 2014, o tema escolhido foi "práticas corporais, atividades físicas e lazer numa perspectiva de cultura de paz e direitos humanos".

Em 2014 também foi instituído o prêmio "Escola Promotora da Alimentação Saudável" e produzido o Guia de Sugestões de Atividades da Semana Saúde na Escola, para profissionais de saúde, educação, assistência, membros da comunidade, educandos e suas famílias.

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)

A PeNSE é uma ferramenta para subsidiar políticas e dar sustentabilidade ao sistema de vigilância da saúde dos escolares no país. É coordenada pelo MS, realizada em parceria com o IBGE e conta com o apoio do Ministério da Educação (MEC). A pesquisa, de metodologia inovadora, foi realizada em 2009 e 2012, sendo a primeira iniciativa nacional que perguntou diretamente aos adolescentes questões sobre fatores de risco e proteção. Desde a primeira edição (em 2009), usa-se a metodologia *Personal Digital Assistant* (PDA), que permite ao escolar responder diretamente ao questionário eletrônico sem interferência de entrevistador. O método permite trabalhar com uma grande amostra de escolares, com garantia da privacidade e sigilo das informações.

Foram incorporadas práticas participativas, como reuniões e discussões conjuntas entre representantes e gestores da saúde e da educação em diferentes esferas administrativas e de governo, com a participação dos responsáveis pela vigilância das doenças e dos agravos não transmissíveis dos estados e municípios envolvidos.

Em 2012, foram ampliados a abrangência e o conteúdo abordado. Além das capitais e do Distrito Federal, foi incluída uma amostra de escolas com representação nacional e estratificação para as grandes regiões do Brasil, fornecendo indicadores mais adequados para retratar as diferenças do país que permitem comparabilidade internacional.

Em 2009, foram abordados aspectos socioeconômicos; os contextos social e familiar; hábitos alimentares; a prática de atividade física; a experimentação e o consumo de cigarro, álcool e outras drogas; a saúde sexual e reprodutiva; a violência, a segurança e os acidentes; a percepção da imagem corporal etc. Em 2012, foram introduzidas novos temas, como: trabalho entre escolares; hábitos de higiene; saúde mental; uso de serviços de saúde; e prevalência da asma, entre outros. Neste ano, foram entrevistados 109.104 escolares em 2.842 escolas públicas e privadas da 9ª série do ensino fundamental, o que representou um aumento de 47% no número de escolas envolvidas.

RESULTADOS DE 2012

- 28,7% dos jovens (18,3% das meninas e 40,1% dos meninos) haviam iniciado suas vidas sexuais.
- Um em cada três estudantes já teve relação sexual.
- 69,7% dos entrevistados sabiam ser possível adquirir preservativos no SUS.
- 89,1% dos adolescentes receberam orientação sobre DST e Aids.
- 82,9% receberam informações de como evitar a gravidez.
- 75,3% usaram o preservativo na última relação sexual.
- 63% das escolas no Brasil trabalham o tema DST/Aids.
- A escola pública é o segundo lugar de maior acesso a preservativos, depois dos serviços de saúde, com distribuição gratuita.
- Escolares brasileiros frequentemente dirigem sem habilitação, o que está associado de maneira importante ao consumo de álcool e à baixa adesão ao cinto de segurança.
- Mais de 80% dos adolescentes de 13 a 15 anos não realizam atividade física como recomendado.
- Houve redução do consumo de refrigerantes e guloseimas, mas também de feijão e frutas.
- O uso do tabaco e o consumo de bebida alcoólica se mostraram estáveis nas duas pesquisas.
- A desigualdade social é um importante marcador para o comportamento sexual de risco e o uso de substâncias psicoativas.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES – VIVA

Desde tempos imemoriais existe uma preocupação do ser humano em entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social (MINAYO, 1994).

A expressiva elevação da morbimortalidade por violências e acidentes constitui um dos aspectos relevantes da transição epidemiológica no Brasil desde os anos de 1980. Elas representam a terceira causa de morte entre crianças até 9 anos e a primeira na população entre 10 a 39 anos na atualidade e atingem principalmente negros e pobres. As violências também atingem de forma diferenciada homens e mulheres, sendo necessárias abordagens específicas para o controle do problema. Em ambos os sexos, são frequentes as sequelas temporárias ou permanentes, que acarretam incapacidades para o trabalho e outras atividades rotineiras, além de representarem um elevado custo financeiro para a Previdência e o setor da Saúde.

A complexidade desses problemas exigiu a formulação de políticas, envolvendo diversos órgãos de governo, legislações específicas, equipamentos de prevenção, tratamento e reabilitação, assim como estratégias de promoção da cultura de paz. Nesse contexto, destaca-se a estruturação de sistemas de informação que respondam à necessidade do aperfeiçoamento das informações sobre a magnitude e a estrutura desses problemas em suas distintas formas de apresentação.

No âmbito do SUS, o SIM, por sua abrangência e qualidade, permite conhecer o número de mortes por violências e acidentes no Brasil. Por sua vez, o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) permite o monitoramento de internações por essas causas. No entanto, os dois sistemas não oferecem acesso a informações relativas aos casos que não acarretam a internação ou a morte nem oferecem informações detalhadas sobre o perfil das vítimas e dos agressores.

Em 2006, com a finalidade de construir um diagnóstico mais refinado da situação, apreendendo casos não incorporados aos sistemas de informação do SUS, foi implantado o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violências (Viva), com dois componentes: o Viva Contínuo, voltado à vigilância da violência interpessoal e autoprovocada (atrelado posteriormente ao Sinan); e o Viva Inquérito (com unidades-sentinela), dirigido à vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência. A Portaria GM/MS nº 1.356, de 23 de junho de 2006, instituiu repasses financeiros para o incentivo a essas ações.

O Viva é uma ferramenta que contribui para o cumprimento de legislações específicas sobre a notificação compulsória da violência contra crianças e adolescentes: Estatuto da Criança e Adolescente (1990), Estatuto do Idoso (2003) e Lei Maria da Penha (2006).

Viva Contínuo

O Viva Contínuo registra as notificações de violência doméstica, sexual, psicológica, moral, financeira, institucional, casos de tortura, tráfico de pessoas, trabalho infantil, negligência e abandono contra homens e mulheres de todas as idades, com exceção de homens entre 20 e 59 anos.

Em 2014, a fim de intervir de forma oportuna nas tentativas de suicídio e de violência sexual, esses agravos passam a ser de notificação imediata em âmbito municipal (Portaria nº 1.271/2014, de 6 de junho de 2014), para que seja acionada a rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso. O número de unidades notificadoras e de casos registrados vem aumentando gradativamente. Porém, considerando-se as dimensões do país e da rede de atenção, são necessários esforços para treinar equipes e acelerar a implantação do sistema de notificação.

QUADRO 1

Número de unidades notificadoras e de casos de violência registrados segundo Viva Contínuo. Brasil, de 2009 a 2014

Ano	Unidades notificadoras	Número de casos
2009	2.079	39.976
2010	4.196	73.794
2011	5.898	107.530
2012	8.425	162.885
2014	9.693	160.000

Fonte: DANTPS/SVS/MS.

Viva Inquérito

Este inquérito tem por objetivo fazer a análise de tendência das violências e dos acidentes, descrever o perfil das vítimas de violências e dos acidentes atendidas em unidades selecionadas de urgência e emergência (unidades-sentinela).

O Viva Inquérito 2011, realizado durante 30 dias, em 25 capitais, 11 municípios e 105 serviços, registrou 48.258 atendimentos, em sua grande maioria à população negra. 64,2% dos acidentes e 70,3% das violências ocorreram na população masculina. Dos casos de violência, 90% foram tentativas de homicídio. As mulheres responderam por 54,8% (449) das tentativas de suicídio.

Fortalecimento do Viva

O sistema Viva mostrou-se uma ferramenta importante, que necessita ser fortalecida. Para tanto, por meio da Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, foi universalizada a notificação da violência doméstica, sexual e de outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação ao Sinan. Também foi autorizado o repasse de recursos financeiros, por meio da Portaria GM/MS nº 708, de 2 de maio de 2014, para a realização do Viva Inquérito 2014 nos serviços-sentinela de urgência e emergência, definidos em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Um total de 39 municípios, incluindo todas as capitais e o Distrito Federal, foi contemplado por meio de repasse fundo a fundo, em parcela única.

Projeto Vida no Trânsito

Em 2012, os acidentes de trânsito representaram a maior parte das mortes por acidentes de crianças e adolescentes até 14 anos. As crianças entre 5 e 9 anos são as mais afetadas pelos atropelamentos.

Segundo o Datasus/MS, ocorreram 1.862 mortes, assim distribuídas: pedestres: 584; passageiros de veículos: 547; passageiros de motos: 170; e ciclistas: 136, além de 425 casos não especificados.

O Projeto Vida no Trânsito é uma resposta do setor Saúde ao Pacto Nacional pela Redução das Mortes no Trânsito e atende às recomendações da ONU, que instituiu o período de 2011 a 2020 como a Década de Ação pela Segurança no Trânsito.

O “Pacto Nacional pela Redução de Acidentes no Trânsito – Um Pacto pela Vida” foi lançado em 11 de maio de 2011 pelo MS e pelo Ministério das Cidades, com o objetivo de engajar os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário nas três esferas de governo e a sociedade civil na redução dos acidentes e da violência no trânsito.

MEDIDAS ADOTADAS PARA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO VIDA NO TRÂNSITO NO BRASIL

- Instituição da Comissão Nacional Interministerial para acompanhamento da implantação e implementação do Projeto Vida no Trânsito (Portaria Interministerial nº 2.268, de 10/08/2010), coordenada pelo MS.
- Definição dos fatores de risco prioritários: “beber e dirigir” e “velocidade excessiva ou inadequada para a via”.
- Definição de critérios para eleição das cidades para implantação do projeto.

- Comprometimento político do prefeito e viabilidade de implantação do projeto.
- Definição das capitais com representação das macrorregiões do país.
- Elaboração do Plano Nacional do Projeto Vida no Trânsito 2010-2012.
- Elaboração do plano de ação em cada cidade e lançamento pelos prefeitos.

RESULTADOS

Iniciado em 2010, como piloto em cinco capitais, em 2012, o projeto foi ampliado para as 26 capitais, o DF e para municípios com mais de um milhão de habitantes. Em 2013, foram incluídos São José dos Pinhais (PR) e Foz do Iguaçu (PR).

Foram produzidas legislações específicas com intensificação da exigência do uso de capacete e outras ferramentas de segurança para motoqueiros, assim como a obrigatoriedade do uso de cadeirinhas para crianças e bebês.

Entre 2011 e 2013, o monitoramento – em Palmas (TO), Teresina (PI), Belo Horizonte (MG), Curitiba (PR) e Campo Grande (MS) – mostrou aumento relevante do número de testes do bafômetro e queda no percentual de testes positivos para álcool.

Entre 2011 e 2013, foram preservadas 173 vidas e economizados R\$ 18.503.849,00 no atendimento em saúde nas capitais com o projeto implantado.

5

Saúde do Trabalhador e Vigilância em Saúde Ambiental

A precarização das relações de trabalho e as agressões ao meio ambiente estão na pauta de debates nacionais e internacionais pela importância que têm para a qualidade de vida e saúde das populações e para o futuro do planeta.

Para mulheres e homens, o trabalho engloba uma série de condições ou expectativas: capacidade de produzir, necessidade de estar em um ambiente seguro, aprimoramento profissional e pessoal, proteção familiar, remuneração equitativa, participação em decisões que afetam suas vidas e igualdade de oportunidades frente a pessoas de diferentes classes sociais, sexo, raça/etnia.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem entre seus principais objetivos a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e a atenção integral à saúde, condições básicas para a qualidade de vida de todos e todas que estão dentro ou fora do mercado formal de trabalho.

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) tem a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde e abrange diversas áreas: a qualidade da água para consumo humano, o controle de poluentes atmosféricos para garantir a qualidade do ar, a vigilância do uso de agrotóxicos e outros contaminantes do solo, os desastres naturais, acidentes com produtos perigosos e o próprio ambiente de trabalho.

As Políticas de Saúde do Trabalhador e de Vigilância em Saúde Ambiental, ainda que tenham objetos específicos, confluem para a promoção da segurança, do bem estar e da qualidade de vida de trabalhadores, da população em geral e da proteção ao meio ambiente.

SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Uma nova política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora

Promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, conforme preconizado pela Constituição Federal e pela Lei nº 8.080/1990. O documento unifica diversas legislações produzidas anteriormente e avança nos princípios, nas diretrizes e nas estratégias voltadas à identificação de riscos no ambiente de trabalho, agravos e doenças. Assim como nas propostas de intervenção sobre os processos de trabalho, na produção de tecnologias de intervenção, no monitoramento e na organização das ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A inclusão do termo trabalhadora deu ênfase à questão da discriminação de gênero no trabalho, atendendo à reivindicação de movimentos sociais e agregando, com isso, atores importantes na discussão, na implantação e no controle social do desenvolvimento das estratégias e ações da PNSTT.

97

Destaques da PNSTT

- Objetivos: fortalece a vigilância em saúde do trabalhador e a integração com os demais componentes da vigilância em saúde; promover ambientes e processos de trabalho saudáveis e garantir a atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora.
- Atribui responsabilidades compartilhadas às três esferas gestoras.
- Define estratégias de fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).
- Abrange todos os trabalhadores, homens e mulheres, urbanos ou rurais, inseridos no mercado de trabalho formal ou informal, com vínculo público ou privado, assalariados, autônomos, avulsos, temporários, cooperativados, aprendizes, estagiários, domésticos, aposentados ou desempregados.

- Prevê a articulação de informações sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora baseada nos sistemas de informações do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego e do Ministério da Previdência, assim como do IBGE, entre outros.
- Está de acordo com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), instituída pelo Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011.

O Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011 define como competências do MS: i) fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores; ii) definir, em conjunto com as SES e as SMS, normas, parâmetros e indicadores para o acompanhamento das ações de saúde do trabalhador no SUS, segundo os respectivos níveis de complexidade dessas ações; iii) promover a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho; iv) contribuir para a estruturação e a operacionalização da rede integrada de informações em saúde do trabalhador; v) apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador; vi) estimular o desenvolvimento de processos de capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador; e vii) promover a participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

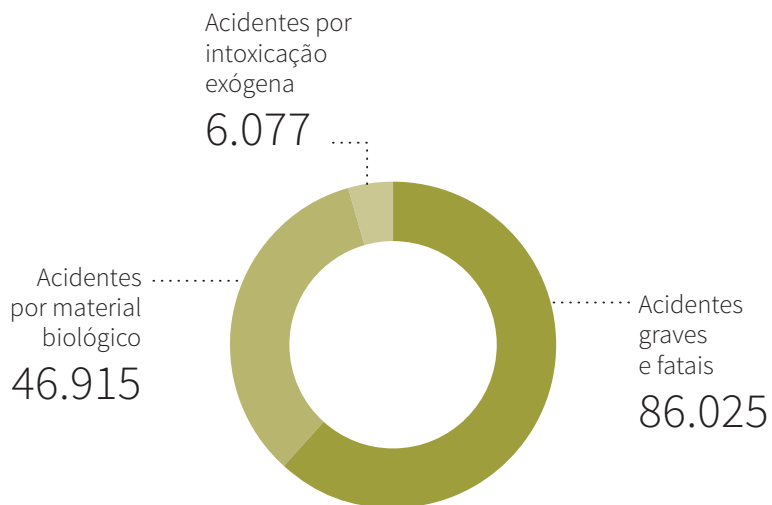
A Renast é composta por 209 Cerest (26 estaduais e 183 regionais) dos quais 10 atendem especialmente a população do campo e da floresta, e por todos os outros pontos de atenção à saúde do SUS, que desenvolvem ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Estes centros atuam no suporte técnico, educação permanente, desenvolvimento de projetos de vigilância, apoio matricial às ações de vigilância para a atenção primária, serviços especializados, urgências e emergência; articulação intra e intersetorial e irradiação de experiências. O planejamento de suas ações se dá em conjunto com SMS e SES sob a coordenação dos gestores.

Os Cerest recebem recursos fundo a fundo para o desenvolvimento de suas atividades: R\$ 40 mil para os centros estaduais e R\$ 30 mil para os regionais. Entre 2003 e 2012, os recursos foram ampliados em aproximadamente 7 vezes, passando de R\$ 10.476.000,00 a R\$ 70.720.000,00. Este aumento não foi linear, registrando-se um valor acima de 2014, no ano de 2014, quando o total foi de R\$ 74.840.000,00.

A Renast conta com uma Rede-Sentinela, com mais de 7.500 serviços que atuam no diagnóstico de acidentes e de doenças do trabalho e notificação ao Sinan.

GRÁFICO 1

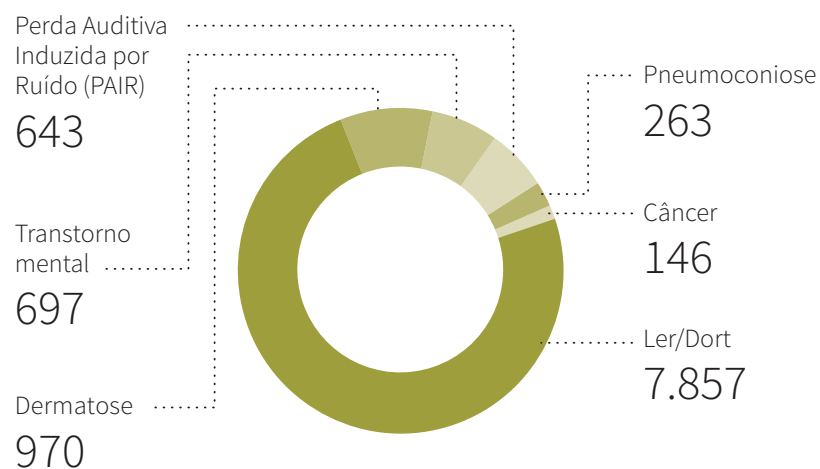
Agravos de notificação universal relacionados ao trabalho. Brasil, 2013



Fonte: SVS/MS.

GRÁFICO 2

Agravos notificados pelas unidades-sentinela. Brasil, 2013



Fonte: SVS/MS.

Ações prioritárias em desenvolvimento

- Aprimoramento do monitoramento dos Cerest e fortalecimento da gestão da Renast.
- Assessoria técnica aos estados e municípios, com enfoque nas ações de vigilância.
- Articulação com o Departamento de Atenção Básica (DAB) para a incorporação do conhecimento da relação saúde-trabalho-doença nas práticas de atenção primária.
- Aperfeiçoamento da articulação intersetorial (em especial, com o Ministério do Trabalho e Emprego e o Ministério da Previdência Social) e do diálogo com os representantes dos trabalhadores nas instâncias do controle social do SUS, com as centrais sindicais e com as categorias de trabalhadores, como os trabalhadores rurais, para melhor tratamento e encaminhamento das suas demandas.
- Qualificação de trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de ações de vigilância no ambiente de trabalho.
- Oferta de cursos de especialização e mestrado, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Resultados

Em oito anos (de 2006 a 2014), o número de centros foi ampliado em 40,3%, passando de 149 a 209, distribuídos em todas as regiões do país.

Em 2013, foram notificados 140.691 casos relativos a: acidentes de trabalho graves e fatais, exposição a material biológico e intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho. Nesse mesmo ano, as unidades-sentinela registraram 10.576 agravos à saúde e doenças, como perda auditiva, transtorno mental, dermatoses, LER/Dort, câncer e pneumoconiose.

O número de casos notificados vem aumentando desde 2007, mostrando maior capacidade de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho pelo SUS. Em 2013, em razão do processo da reformulação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) este padrão de aumento não se manteve.

A partir de 2013, com base na Portaria MS/SAS nº 1.206, de 24 de outubro, foi incluído no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) o registro de procedimentos de vigilância em saúde do trabalhador.

4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

A 4ª Conferência Nacional – “Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado” – foi realizada entre 15 e 18 de dezembro de 2014, após 172 conferências macrorregionais, 26 estaduais e a conferência do DF. Em conjunto elas envolveram a participação de mais de 32 mil pessoas.

Resultados

A Conferência Nacional contou com 1000 delegados que aprovaram 219 propostas, assim distribuídas: desenvolvimento socioeconômico e seus reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora (20); fortalecer a participação dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora (25); efetivação da PNSTT, considerando os princípios da integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo (121) e financiamento da PNSTT, nos Municípios, Estados e União (53).

Essas propostas contemplam responsabilidades de todas as esferas gestoras e dos conselhos de saúde com relação às ações do SUS, assim como com relação às ações que envolvem outras áreas, entre elas, o Trabalho e Emprego, a Previdência Social, o Meio Ambiente, a Educação e Agricultura.

Houve maior participação dos movimentos sociais, com representações das populações do campo, florestas e águas; dos indígenas, dos movimentos negro, LGBT, de mulheres e de pessoas com deficiência.

Foram realizados diálogos temáticos e transversais que emergiram ou foram aprofundados na etapa nacional, a exemplo da vigilância em saúde do trabalhador e sua articulação com a atenção básica; a desigualdade no trabalho; a seguridade social, saúde mental e trabalho.

As propostas aprovadas reforçam as estratégias para implantação da PNSTT e apontam caminhos e prioridades.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

Em âmbito mundial, os danos à camada de ozônio, o aquecimento dos mares, o efeito estufa, o uso indiscriminado de agrotóxicos e a poluição das águas, do solo e do ar trouxeram novos riscos ambientais à humanidade e também o debate sobre a sustentabilidade do planeta. O câncer, as intoxicações químicas, as doenças neurológicas, imunológicas e congênitas, os problemas respiratórios, o estresse, as drogas, os diversos tipos de violência, os acidentes de trânsito e de trabalho, assim como o aparecimento de novos organismos patogênicos tornaram evidentes o desequilíbrio social e do meio ambiente, a degradação dos espaços rurais e urbanos, a desigualdade entre os povos e os prejuízos à qualidade de vida e à saúde.

A Vigilância em Saúde Ambiental proporciona o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de adotar medidas de prevenção e controle destes fatores relacionados às doenças ou a agravos à saúde. As áreas de atuação abrangem: qualidade da água para consumo humano; qualidade do ar; solo contaminado; contaminantes ambientais e substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos (radiações ionizantes e não ionizantes); e ambiente de trabalho. São também atribuições da VSA os procedimentos de vigilância epidemiológica das doenças e dos agravos à saúde humana associados a contaminantes ambientais, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo.

Dado que a formulação e a implantação de políticas neste campo demandam aportes de várias áreas do conhecimento, o trabalho interdisciplinar é uma condição obrigatória para o estabelecimento de metas e resultados esperados.

Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)

O Brasil é o primeiro país a incorporar à legislação nacional o princípio do Plano Segurança da Água com enfoque na avaliação e no gerenciamento de riscos à saúde relacionados ao abastecimento de água, desde a captação até o consumidor, conforme recomendação da OMS. Tal instrumento é baseado na abordagem preventiva de risco, a fim de garantir a segurança da água para consumo humano.

O “Plano de Segurança da Água: Garantindo Qualidade e Promovendo Saúde – Um Olhar do SUS-PSA”, lançado em 8 de maio de 2012, aborda diretrizes gerais para o desenvolvimento dos planos de segurança da água.

São objetivos do PSA:

- Otimizar a remoção ou eliminar a contaminação durante o processo de tratamento.
- Prevenir a contaminação ou recontaminação da água durante a reserva, a distribuição e o armazenamento.
- Minimizar as fontes de contaminação pontual e difusa nos mananciais.
- Melhorar as práticas de gestão e operação e, assim, a eficiência e a redução dos custos.
- Identificar vulnerabilidades e necessidades de melhorias do sistema de abastecimento.

A Portaria GM/MS nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011, dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Estabelece as competências e responsabilidades do setor Saúde nas três esferas de gestão do SUS e dos responsáveis pelos sistemas ou pelas soluções alternativas coletivas de abastecimento de água para consumo humano. O padrão de potabilidade é subdividido em padrão microbiológico, físico-químico e organoléptico. A água potável deve atender ao padrão de potabilidade estabelecido e que não oferecer risco à saúde e à vida.

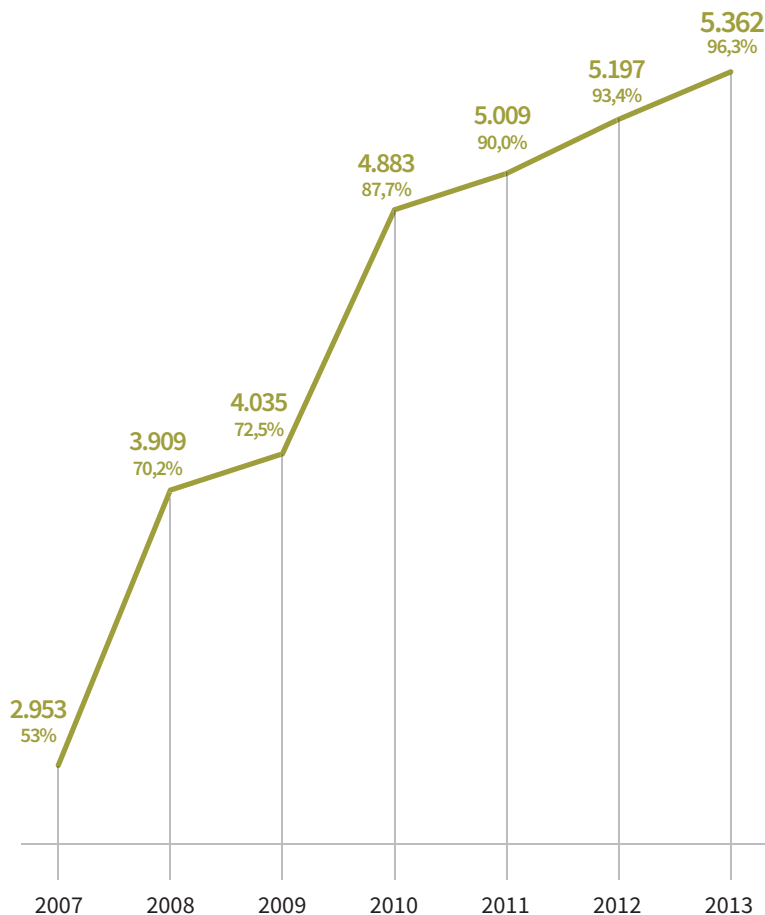
O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua) tem por objetivo desenvolver ações que garantam à população o acesso à água em quantidade suficiente e com qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação para a promoção da saúde.

Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua)

O Sisagua é o principal instrumento de gestão do Vigiagua. Em fevereiro de 2014, foi disponibilizada a nova versão do Sistema, com o intuito de promover o aperfeiçoamento dos campos de entrada de dados, e adequá-lo à legislação atual. Essa adequação é relativa à legislação da potabilidade vigente e torna mais funcionais os relatórios, além de permitir a exportação de dados de forma a subsidiar a realização de análise de situação em saúde relacionada ao abastecimento de água, a agilidade do sistema e a compatibilidade com navegadores de *internet* livres. Deve-se ressaltar que, em 2014, ano de transição para a nova versão do Sisagua, o volume de dados inseridos no sistema foi inferior ao do ano de 2013, o que não significa retrocesso no trabalho realizado pelos municípios.

GRÁFICO 3

Número de municípios com informações no Sisagua. Brasil, de 2007 a 2013



Fonte: SVS/MS.

Resultados

VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA

Ampliação do número de municípios brasileiros que realizam a vigilância da qualidade da água para consumo humano, que passou de 3.809 (68,3%) municípios a 4.019 (72,1%) municípios, de 2011 a 2013. Estes municípios realizam pelo menos três importantes ações:

- cadastramento das formas de abastecimento de água e identificação das principais características das fontes de consumo da população;
- avaliação dos dados de controle de qualidade da água fornecidos pelos prestadores de serviço de abastecimento;
- monitoramento rotineiro da qualidade da água, realizado pelos técnicos da vigilância municipal.

CAPACITAÇÃO DE TÉCNICOS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DA NOVA VERSÃO DO SISAGUA

Foram capacitados representantes de todas as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, para replicar o treinamento para os técnicos das regionais de saúde e dos municípios, conforme planejamento e cronograma de trabalho feitos pelos estados.

Também foram capacitados técnicos da área de saneamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) responsáveis pelo monitoramento da qualidade da água para consumo dessas populações.

MONITORAMENTO DA ANÁLISE DA QUALIDADE DA ÁGUA

O monitoramento da análise da qualidade da água tem sido realizado regularmente. O número de análises referentes ao período de 2011 a 2014 (Quadro 2) aumentou ano a ano com relação aos parâmetros básicos. Ressalta-se que o banco de dados referente ao ano de 2014 será fechado em março de 2015.

QUADRO 1

Número de análises realizadas no monitoramento da qualidade da água, segundo parâmetros básicos de análise. Brasil, de 2011 a 2014

Parâmetros avaliados	2011	2012	2013	Meta para 2014	Realizado em 2014(*)
Turbidez	408.604 análises	442.803 análises	491.118 análises	477.371 análises	398.509 análises
Coliforme total	392.691 análises	419.679 análises	464.612 análises	474.233 análises	443.447 análises
Cloro residual livre	323.994 análises	346.750 análises	362.996 análises	364.794 análises	233.010 análises

Fonte: CGVAM/SVS/MS.

* Dados parciais (O Sisagua encerra a entrada de dados referentes a 2014 em 31/03/15).

MONITORAMENTO DE AGROTÓXICOS NA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO PELO SETOR SAÚDE

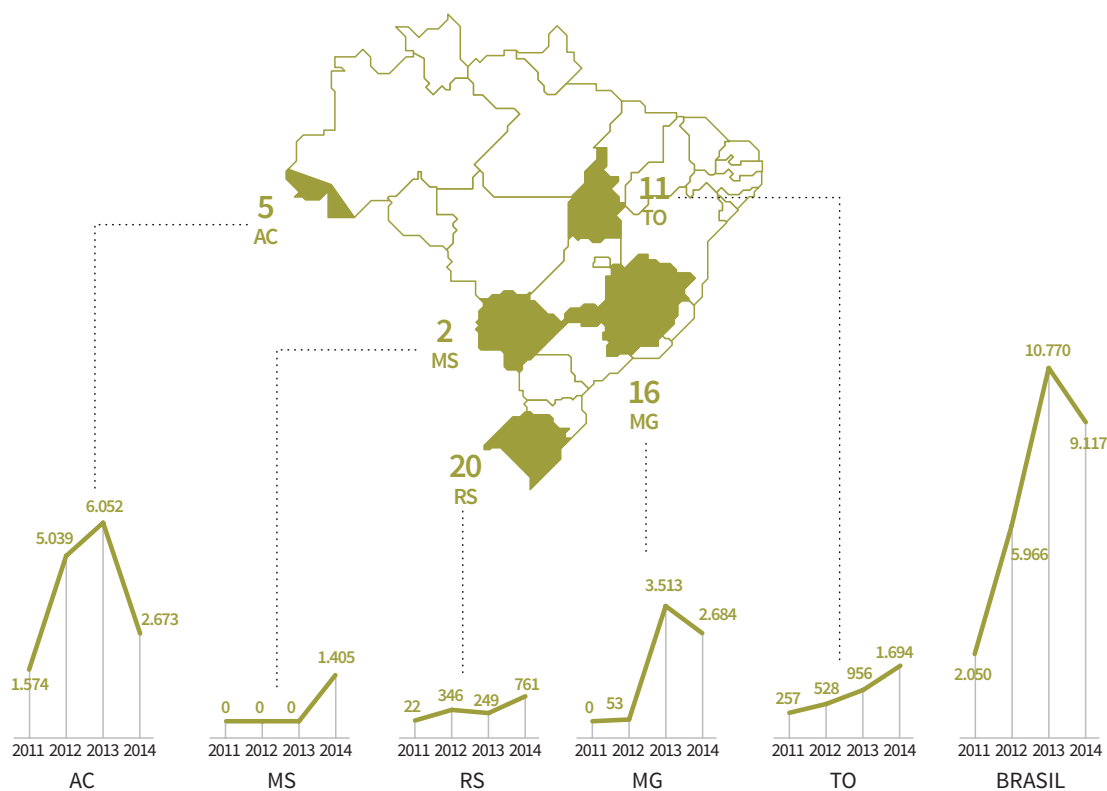
Realizado por 20 Unidades da Federação: RR, AM, AL, PA, TO, MT, MS, GO, DF, MA, PI, PB, SE, BA, RN, PE, MG, ES, RJ e SC.

Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica (Vigiar)

As ações da Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição Atmosférica buscam identificar e realizar ações de prevenção, recuperação e promoção da saúde. As etapas de identificação e priorização de áreas contaminadas por poluentes atmosféricos de interesse para a saúde e de populações expostas são realizadas por meio do Instrumento de Identificação de Municípios de Risco (IIMR) e Unidades-Sentinela.

O Brasil conta com 54 unidades-sentinela do Vigiar.

FIGURA 1
Distribuição de unidades sentinelas do Vigiar por UF. Brasil, 2014



Fonte: SVS/MS.

Em quatro unidades foram notificados 28 mil casos de doenças respiratórias, como asma, bronquite e infecção respiratória aguda.

Vários fatores influenciam o grau de contaminação de uma região específica, tais como: características geográficas e sazonais, atividade predominante na área, tipos de poluentes emitidos, distribuição espacial e temporal da pluma de contaminação ou do gradiente de contaminação, velocidade e direção dos ventos e sua influência sobre a dispersão dos poluentes e a ausência de rede de monitoramento da qualidade do ar na maioria dos estados.

Estratégias e ações em curso

- Implantação da vigilância em saúde de populações expostas à poluição atmosférica.
- Preenchimento do IIMR nos municípios brasileiros e identificação dos municípios prioritários para atuação.
- Definição de indicadores de exposição e efeito para a estruturação de um painel com o intuito de subsidiar os gestores na tomada de decisão.
- Apoio a pesquisas para conhecimento da situação de saúde da população frente aos agravos respiratórios e cardiovasculares associados à exposição à poluição atmosférica.
- Publicação de Boletim Anual sobre Poluição Atmosférica e Saúde Humana.
- Publicação do Relatório Anual com a Análise da Situação em Saúde das Populações Expostas à Poluição Atmosférica.

Vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos

Em 2012, foi autorizado o repasse de R\$ 22.700.000,00 (vinte e dois milhões e setecentos mil reais) para o fortalecimento da VSPEA.

Em 2014, a VSPEA está implantada em 92% das Unidades da Federação.

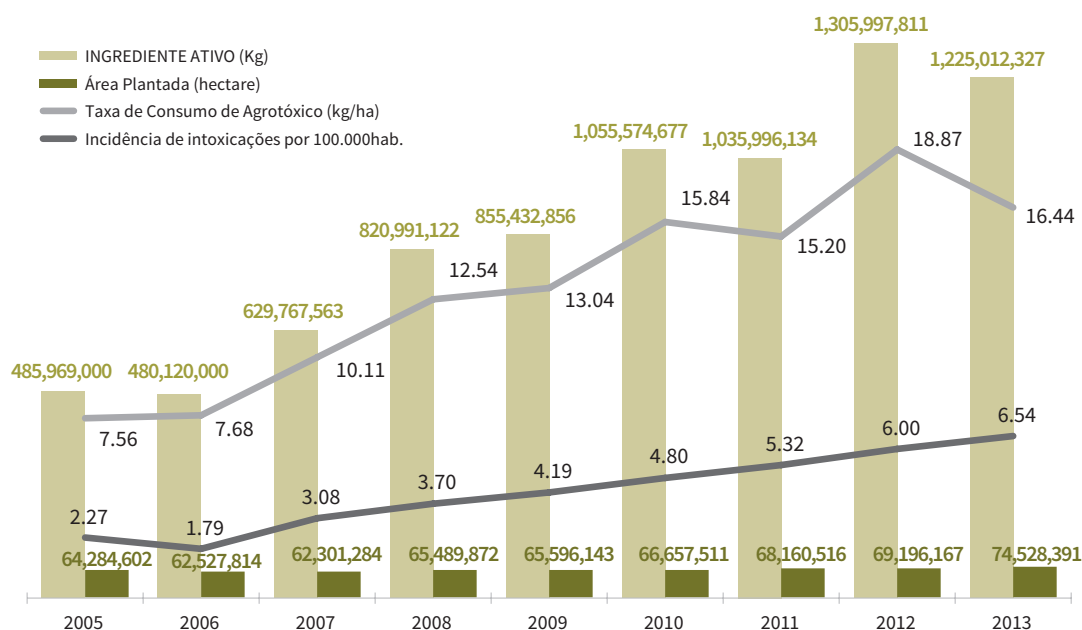
O Brasil se destacou, em 2008, como o maior consumidor mundial de agrotóxicos. Em 2010, foi responsável por 19% do mercado mundial. A taxa de crescimento do mercado brasileiro de agrotóxicos, entre 2000 e 2010, foi de 190%, contra 93% de crescimento do mercado mundial. O crescimento do consumo de agrotóxicos no país alcançou mais de 1 bilhão e 300 milhões de quilos de ingrediente ativo em 2012, cenário que reforça a necessidade das ações de regulação e vigilância. O Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos (Para) da Anvisa identificou 26% de amostras de alimentos de origem vegetal insatisfatórias em 2011 e 35% em 2012.

Com a economia do país calcada na agricultura e como grande consumidor de agrotóxicos, o Brasil apresenta condições para que boa parte de sua população esteja sujeita à exposição a estes químicos. Entretanto, é a população de trabalhadores rurais que encontram-se em maior condição de vulnerabilidade, pois entram em contato direto com estes produtos ao longo de toda sua vida laboral, tornando-os susceptíveis a intoxicações agudas ou crônicas. Portanto, cabe ao setor Saúde estar atento à exposição ambiental e dos trabalhadores em toda a cadeia produtiva envolvendo os agrotóxicos, a fim de propiciar a estrutura necessária para o monitoramento, a vigilância e a assistência da população exposta.

De 2006 a 2014, foram notificados no Sinan 59.998 casos de intoxicação por agrotóxicos no Brasil, assim distribuídos: 66% entre pessoas de 20 a 59 anos e 16% entre 1 a 14 anos; 30% eram trabalhadores rurais; 55% foram tentativas de suicídio e 27% foram acidentais. Com relação ao tipo de exposição: 80% foram do tipo de exposição aguda única; 7% de aguda repetida e apenas 1% de crônica, o que indica a existência de subnotificação.

GRÁFICO 4

Consumo de agrotóxicos, ingrediente ativo intoxicações notificadas no SINAN, por área plantada. Brasil, 2005 a 2013



Fonte: CGVAM/SVS/MS, IBGE, AGROVIT.

De 2011 a 2014, destacam-se como principais marcos da VSPEA:

- Inclusão da temática no Planejamento Estratégico 2012/2015 do MS, que passou a monitorar a implantação da VSPEA nos entes federados e o percentual de municípios prioritários que notificam casos de intoxicações por agrotóxicos.
- Revisão do Modelo de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos.
- Publicação da Portaria nº 1.271/2014.
- Publicação da Portaria GM/MS nº 2.938, de dezembro de 2012, que autorizou o repasse de R\$ 22.700.000,00 (vinte e dois milhões e setecentos mil reais) do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o fortalecimento da VSPEA.

Resultados

- Realização de seminários e reuniões para fortalecimento da implantação e implementação da VSPEA nos estados e municípios.
- VSPEA implantada em 25 (92%) Unidades da Federação.

6

Governança

A Secretaria de Vigilância em Saúde, como coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, desenvolve um modelo de gestão voltado ao alcance de resultados e ao fortalecimento dos processos de gestão compartilhada e participativa, envolvendo diferentes atores sociais no processo decisório e na execução das ações. A partir do planejamento estratégico, a SVS tem como premissas: a pactuação de políticas entre as esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS); o fortalecimento da articulação com outros órgãos de governo e com instâncias de controle social; o desenvolvimento de ações articuladas com o setor privado, com entidades científicas e com a sociedade civil, para a realização de ações conjuntas de vigilância em saúde e o monitoramento permanente dos resultados pactuados para o alcance dos objetivos propostos. Além disso, são realizados esforços para promover a sustentabilidade das políticas de vigilância em saúde, a equidade, a inclusão de grupos mais vulneráveis e a garantia universal dos direitos sociais.

APERFEIÇOAMENTO DA GESTÃO

Planejamento, modelo de gestão e instâncias de participação

Construção da Agenda da Vigilância em Saúde

Em janeiro de 2011, a SVS iniciou o planejamento da Agenda Estratégica 2011-2015, redefinindo prioridades, resultados e indicadores. Essa iniciativa foi ao encontro do terceiro ciclo de Planejamento Estratégico do MS para o quadriênio 2012-2015, para a gestão centrada em resultados e o acompanhamento sistemático das metas estabelecidas. A Agenda do MS, alinhada ao Plano Nacional de Saúde (PNS) e ao Plano Plurianual do MS (PPA-MS) 2012-2015, resultou em diretrizes únicas para a realização do Programa de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, coube à SVS coordenar ações para o alcance de dois objetivos estratégicos do MS: i) reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde; e ii) promover a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, estimulando o envelhecimento ativo e saudável, fortalecendo as ações de promoção e prevenção. Coube, ainda, à SVS contribuir para erradicar a extrema pobreza no país, objetivo comum a todos os órgãos do governo federal, no qual estão inseridas as ações para o controle de doenças que afetam particularmente as populações que vivem em precárias condições de vida e saúde.

No ano de 2014, a Agenda estratégica (AE) da Vigilância em Saúde foi composta por 75 resultados. Ela contempla parte da AE do MS e resultados relacionados ao Programa de Qualificação das Ações de vigilância em Saúde (PQA-VS), ao Contrato Organizativo da Ação Pública (Coap), ao PPA, ao PNS e aos Objetivos do Milênio (ODM).

Modelo de Gestão

A SVS privilegia a gestão colegiada e participativa; o acompanhamento sistemático e tempestivo dos resultados; a pactuação de ações e a articulação com outros órgãos de governo e atores sociais. A Agenda da SVS é acompanhada pelos Colegiados Executivo e Ampliado¹ em reuniões deliberativas coordenadas pelo secretário. A análise das ações e dos processos em curso e dos resultados apoia-se nas informações registradas no programa de Controle, Acompanhamento e Avaliação de

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

Resultados (e-Car). Também participam do debate, da formulação e do acompanhamento das ações de vigilância, os órgãos consultivos, gestores e de controle social – Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GT-VS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) –, assim como Comitês Técnicos Assessores (CTA), criados para ampliar o envolvimento da comunidade científica e da sociedade civil nesse processo.

Para o desenvolvimento de ações como as realizadas para o enfrentamento de emergências em saúde pública, foram criados instrumentos, formalizadas parcerias e desenvolvidas estratégias conjuntas com outros órgãos de governo e atores sociais e políticos.

O aperfeiçoamento da gestão participativa tem em perspectiva a obtenção de melhores e mais rápidos resultados para a saúde da população, assim como a promoção da equidade e a garantia de participação da sociedade nas ações do governo.

Atuação do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde

O GT-VS é um fórum consultivo coordenado pela SVS que participa do planejamento e da avaliação das ações de vigilância em saúde que envolvem a descentralização para estados e municípios. O GT-VS é um grupo paritário vinculado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composto por três representantes do MS (dois da SVS e um da Anvisa) e três do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A atuação do GT-VS é reconhecida pela legitimidade e influência nas políticas de vigilância em saúde. Previamente às reuniões da CIT, o GT-VS reúne-se com a finalidade de realizar a avaliação técnica das políticas propostas pela SVS, pelo Conass e pelo Conasems, em que se inclui a análise de cenários e, análises técnicas e operacionais para implantação das políticas, em especial aquelas que implicam a reorganização de serviços ou o impacto financeiro. O GT-VS é responsável pela produção de consensos com relação aos assuntos de interesse das três esferas de governo; pela qualificação de instrumentos normativos referentes aos aspectos comuns do trabalho dessas esferas, assim como pela proposição de pautas que exigem pactuação na CIT.

Atuação dos Comitês Técnicos Assessores

Com a Portaria MS/SVS nº 224, de 15 de julho de 2011, foram instituídos os Comitês Técnicos Assessores da SVS e definidos os procedimentos inerentes às suas atividades. Os CTA são compostos por especialistas, gestores, representantes do Conass, Conasems e da sociedade civil e têm como objetivo fortalecer as políticas de vigilância em saúde, prestando assessoria técnica e científica à SVS em áreas estratégicas: vigilância da malária, dengue, hanseníase, doenças transmissíveis e imunopreveníveis, doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco e vigilância em saúde ambiental.

Atuação da Comissão Externa de Monitoramento e Avaliação do SNVS

A Comissão Externa de Monitoramento e Avaliação reúne pessoas de notório saber das áreas integrantes do SNVS. Ela foi constituída com o objetivo de contribuir com o aperfeiçoamento permanente do SNVS e para a sustentabilidade e a institucionalização dos avanços obtidos na vigilância em saúde. Suas principais atribuições são: monitorar e avaliar o desempenho do SNVS e elaborar recomendações à SVS para corrigir insuficiências detectadas e proteger os avanços obtidos. Nesta gestão foram realizadas duas reuniões, a primeira em 2011 e a segunda em novembro de 2014.

Novos instrumentos de gestão

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011

O Decreto nº 7.508 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento e a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto fortalece o planejamento, a assistência e a vigilância em saúde; garante mais segurança jurídica às relações interfederativas e maior controle social; favorece o entendimento do Ministério Público e do Poder Judiciário com relação às responsabilidades dos entes federativos e define o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), que prevê: a oferta de ações e serviços de vigilância; responsabilidades individuais e solidárias, indicadores, metas; critérios de avaliação de desempenho e de recursos financeiros; e, meios de controle e de fiscalização das ações e dos serviços.

115

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

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

Dentre outras medidas, destacam-se nesta portaria: a pactuação de recursos diferenciados para reduzir desigualdades acumuladas ao longo do tempo; a definição de dois componentes financeiros de vigilância em saúde – Vigilância em Saúde (subdividido em Piso Fixo e Piso Variável) e o componente Vigilância Sanitária –; a criação do grupo tripartite para a elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde, assim como o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).

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

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

O PQA-VS instaura um processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de vigilância em saúde. A gestão do PQA-VS é baseada em compromissos, resultados, metas e indicadores pactuados, de acordo com o porte dos municípios e a situação epidemiológica dos estados e municípios.

Portaria nº 3.276, de 26 de dezembro de 2013

A Portaria 3.276 regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e das hepatites virais, unificando os repasses anteriormente existentes: i) qualificação das ações de vigilância e promoção da saúde às DST/Aids e hepatites virais; ii) casas de apoio pra pessoas vivendo com HIV/Aids e iii) fórmula infantil para as crianças expostas verticalmente ao HIV. Estão previstos também critérios gerais, regras de financiamento e monitoramento. Os valores anuais destinados às Unidades Federadas foram calculados com base em critérios epidemiológicos.

Entre os critérios de classificação dos municípios estão a carga de doença e o número de crianças nascidas com sífilis congênita em 2012. O valor total do incentivo passou de R\$ 160 milhões a R\$ 178.437.980,00 (cento e setenta e oito milhões, quatrocentos e trinta e sete mil e novecentos e oitenta reais), o que representa um aumento aproximado de R\$ 19 milhões para o desenvolvimento das ações.

Portaria nº 183 GM/MS, de 30 de Janeiro de 2014

A Portaria nº 183/2014 regulamenta o incentivo financeiro de custeio para manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria no 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação.

Esta portaria unifica o repasse de recursos para as ações e serviços públicos estratégicos da vigilância em saúde, constantes no Quadro 1. Os entes federados recebem recursos de acordo com o número de ações e serviços aos quais se habilitarem seguindo os critérios da Portaria.

QUADRO 1

Ações e Serviços Públicos Estratégicos

- Vigilância Epidemiológica Hospitalar – VEH
- Serviço de Verificação de Óbito – SVO
- Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP
- Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen
- Vigilância Sentinela da Influenza
- Projeto Vida no Trânsito
- Programa Academia da Saúde

Fonte: SVS/MS.

Novo modelo de financiamento da vigilância em saúde

A Portaria nº 1.378/2013 altera o modelo de financiamento introduzindo mudanças com a finalidade de desburocratizar o processo de repasse de recursos, de garantir maior autonomia (e conseqüentemente maior responsabilidade) aos gestores na utilização dos recursos da vigilância em saúde e de corrigir desigualdades existentes, ajustando os repasses *per capita* de forma diferenciada entre grupos de estados.

117

FIGURA 1

Financiamento das ações de vigilância em saúde – Portaria GM/MS 1.378/2013



Fonte: SVS/MS.

O PFVS compõe-se de um valor *per capita*, diferenciado, estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde.

- **Estrato I:** AC, AM, AP, PA, RO, RR, TO e municípios da Amazônia Legal dos estados do MA (1) e MT (1) com *per capita* de 10,58 a 13,56.
- **Estrato II:** AL, BA, CE, ES, GO, MA (2), MG, MS, MT (2), PB, PE, PI, RJ, RN e SE com *per capita* de 6,62 a 7,43.
- **Estrato III:** DF, SP, PR, SC e RS com *per capita* de 3,95 a 3,97.

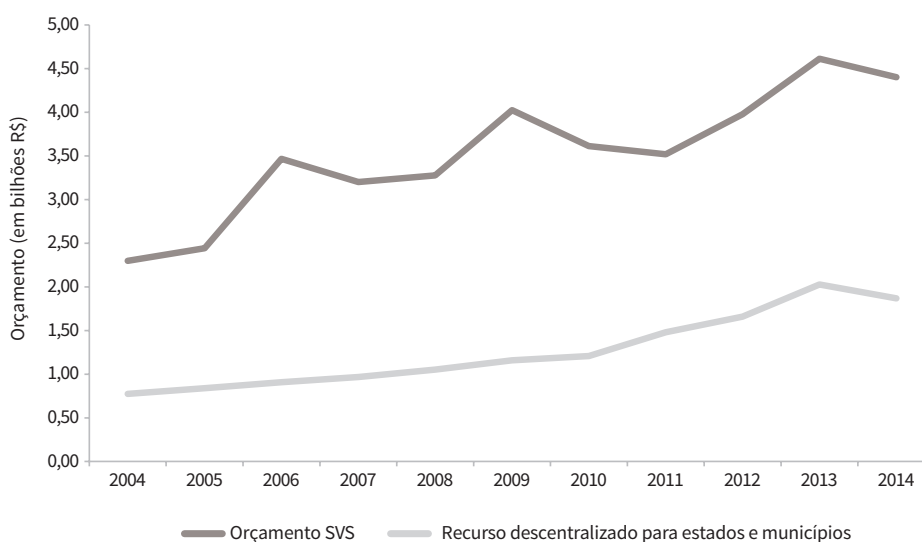
O PVVS é composto de três incentivos para: i) implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde; ii) ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e hepatites virais e, iii) implantação do PQA-VS.

Recursos financeiros da vigilância em saúde: 2004 a 2014

Criada em 2003, a SVS passou a ter orçamento próprio em 2004. Desde então, o volume de recursos autorizados no PPA para as ações de vigilância em saúde vem aumentando regularmente. Em dez anos, os valores anuais passaram de aproximadamente R\$ 2,3 bilhões a R\$ 4,4 bilhões (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Evolução do orçamento da Vigilância em Saúde (R\$). Brasil, de 2004 a 2014



Fonte: CGPLAN/SVS/MS.

De 2004 a 2014, foram autorizados recursos da ordem de R\$ 38,9 bilhões. Desse montante, 36%, cerca de R\$ 14 bilhões, foram descentralizados para estados e municípios, como incentivo ao desenvolvimento da vigilância em saúde. Esses recursos são administrados pelos gestores de acordo com o perfil epidemiológico dos estados e municípios e composição de suas agendas. Merece destaque o fato de que, enquanto o volume total de recursos autorizados teve aumento de aproximadamente 100%, o recurso descentralizado teve um incremento de, cerca de, 150% ao longo desse período.

Do total de recursos para as ações de vigilância de 2004 a 2014, R\$ 14,7 bilhões foram autorizados para a aquisição de imunobiológicos, dos quais mais de 50%, R\$ 7,5 bilhões, se referem ao período de 2011 a 2014. No Gráfico 1, a elevação do volume de recursos observada em 2009 se deve ao crédito extraordinário relativo às ações de enfrentamento da epidemia de Influenza (H1N1) no Brasil. E o declínio entre 2010 e 2011 corresponde ao momento em que parte dos recursos para a compra de imunobiológicos passou a ser compartilhado com a Fiocruz, não significando, no entanto, prejuízo para a ação. Para ações de promoção, prevenção e tratamento da Aids e de outras DST, foram aprovados R\$ 20 bilhões, dos quais R\$ 3,2 bilhões nos últimos quatro anos. O restante do total de recursos entre 2004 e 2014 (aproximadamente R\$ 6,6 bilhões) foi autorizado para as demais prioridades: prevenção e controle das doenças transmissíveis agudas e crônicas; promoção da saúde; vigilância ambiental, produção de evidências, inovações tecnológicas e preparação para emergências em saúde pública.

Para ações de promoção, prevenção e tratamento da Aids e de outras DST, foram aprovados R\$ 20 bilhões, dos quais R\$ 3,2 bilhões nos últimos quatro anos. O restante do total de recursos entre 2004 e 2014 (aproximadamente R\$ 6,6 bilhões) foi autorizado para as demais prioridades: prevenção e controle das doenças transmissíveis agudas e crônicas; promoção da saúde; vigilância ambiental, produção de evidências, inovações tecnológicas e preparação para emergências em saúde pública.

QUALIFICAÇÃO DE TRABALHADORES DO SUS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A SVS/MS priorizou, no período de 2011 a 2014, a produção de estudos e pesquisas, a disseminação de evidências epidemiológicas aplicadas à vigilância em saúde, ofertou cursos em parcerias com instituições de ensino e aprovou projetos submetidos ao Edital Público de iniciativas educacionais com a finalidade de qualificar as ações de vigilância em saúde no Brasil.

Estudos e pesquisas aplicadas à vigilância em saúde

Estudos e pesquisas: 153 projetos apoiados.

A SVS apoiou a realização de estudos e pesquisas por meio de 2 Chamamentos Públicos, estimulando ao uso de evidências científicas aplicadas às ações da vigilância em saúde.

120

A partir de 2011, a SVS passou a definir prioridades de pesquisas aplicadas à vigilância em saúde. Foi realizada a convocação das instituições para submissão de projetos nos Chamamentos Públicos de 2012 e 2013, totalizando 464 projetos submetidos. No período de 2011 a 2014, foi aprovado o montante de R\$ 57.456.799,35 para a contratação de 153 projetos de pesquisa. Com o objetivo de monitorar os projetos apoiados, foi realizado, em 2014, o I Encontro Científico para a discussão dos resultados de 128 pesquisas apoiadas pela SVS/MS.

Disseminação de análises epidemiológicas aplicadas à vigilância em saúde

A política editorial da SVS sustenta-se em três publicações periódicas principais: a *Epidemiologia e Serviços de Saúde: a revista do Sistema Único de Saúde*; o *Boletim Epidemiológico*; e o livro *Saúde Brasil: uma análise de situação de saúde dos brasileiros*. Estas publicações, em alguma medida, se complementam para oferecer aos seus leitores, especialmente aos trabalhadores e gestores do SUS, subsídios para o aprimoramento das práticas, das ações e dos serviços da vigilância em saúde do país.

Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS)

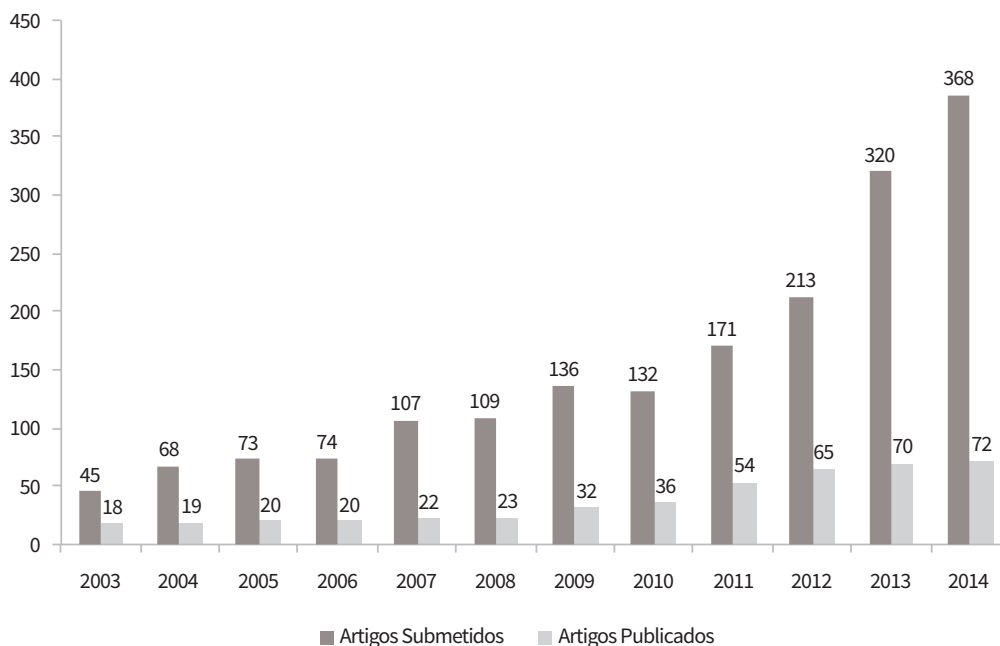
Em 2014, a RESS completou 21 anos de existência e passa a compor a coleção Eletronic Library Online – SciELO Brasil.

Nos últimos quatro anos, a revista publicou 261 dos 1.072 artigos científicos submetidos à análise.

A RESS, editada desde 1992, é uma publicação trimestral, de acesso livre, em formato eletrônico e impressa com tiragem de 30 mil exemplares, distribuídos gratuitamente. A maioria dos assinantes é constituída de profissionais de saúde, gestores e pesquisadores, mas também são cadastrados secretarias, serviços de saúde e bibliotecas. A missão da RESS é a difusão do conhecimento epidemiológico e das melhores evidências científicas disponíveis e aplicáveis às ações de vigilância, prevenção e controle das doenças e dos agravos de interesse da Saúde Pública. O Comitê Editorial, com vinculação expressivamente independente da SVS, é composto por profissionais de reconhecida competência na área de vigilância em saúde. A revista publica artigos originais, revisões sistemáticas e notas de pesquisa, além de outros formatos, cujas instruções foram revisadas e atualizadas nesta gestão. Já presente na base bibliográfica LILACS, a RESS foi aceita, em junho de 2014, para compor a Coleção *Scientific Electronic Library Online* – SciELO Brasil, biblioteca eletrônica de referência internacional e que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos. Após rigoroso processo de seleção, esta inclusão na coleção SciELO atesta a RESS como uma publicação de relevância e qualidade. O número de artigos submetidos e publicados cresceu substancialmente nos últimos anos (Gráfico 2).

GRÁFICO 2

Artigos submetidos e publicados na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, de 2003 a 2014



Fonte: CGDEP/SVS/MS.

Boletim Epidemiológico

64 textos foram publicados no Boletim Epidemiológico de 2012 a 2014, em formato eletrônico e acesso livre.

A primeira edição do Boletim Epidemiológico foi publicada há 45 anos, em fins dos anos de 1970, mas sua produção editorial passou por flutuações ao longo deste período. Em 2011, a SVS redefiniu seu formato e escopo e o institucionalizou como ferramenta para a vigilância em saúde, de acesso livre e em formato eletrônico. Essa retomada foi marcada pela edição de um número especial sobre a tuberculose. Desde então, o Boletim é publicado de acordo com a necessidade da SVS de disponibilizar informações oportunas para as ações de vigilância. Desta forma, gestores e demais trabalhadores do SUS têm acesso facilitado às informações sobre o monitoramento de eventos e doenças de importância de saúde pública; análises da situação epidemiológica de doenças e agravos; e relatos de investigação de surtos e outros temas de interesse da vigilância em saúde no Brasil. De autoria institucional, as recomendações do Boletim para orientar as ações de vigilância em saúde estão sempre alinhadas àquelas definidas pela SVS/MS.

Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde

Publicação anual, o livro Saúde Brasil reflete a institucionalização dos processos de análise da situação de saúde da SVS, fornecendo evidências para a tomada de decisão e para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde.

Iniciada em 2004, esta publicação apresenta análises atualizadas sobre a situação de saúde no país, compreendendo: indicadores sociodemográficos, informações sobre morbimortalidade, melhoria dos sistemas de informação, fatores de risco e proteção, perfis de mortalidade relativos a doenças transmissíveis e agravos e doenças não transmissíveis, entre outros temas. As análises apresentadas nesta publicação são baseadas nos sistemas de informação em saúde do SUS, reforçando seu potencial de uso como ferramenta analítica e gerencial.

A partir da edição publicada em 2011, foram tratados em destaque temas como: as evidências de impacto de ações de vigilância em saúde (2011), a vigilância da saúde da mulher (2012) e os 40 anos do Programa Nacional de Imunizações (2013). Em 2014, em sua edição comemorativa do 10º livro, o *Saúde Brasil 2013* homenageou Florence Nightingale e destacou a temática das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.

Guia de Vigilância em Saúde

123

Atualização do Guia de Vigilância Epidemiológica, de acesso eletrônico livre, publica as recomendações relacionadas às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de importância de saúde pública.

O Guia de Vigilância Epidemiológica (GVE) teve sua primeira edição em 1985. Foram publicadas seis edições, sendo a última em 2009. Com a reedição da portaria de doenças de notificação compulsória nesse período de gestão e, mais recentemente, com o processo de revisão do Sinan e de suas fichas de notificação e investigação de doenças e agravos, a revisão do Guia se mostrou imprescindível. A edição de 2014, de acesso eletrônico livre, passou a ser denominada Guia de Vigilância em Saúde (GVS), atualizou as estratégias e recomendações relacionadas às ações de saúde pública para o enfrentamento das doenças transmissíveis e incorporou recomendações sobre intoxicação exógena, vigilância em saúde do trabalhador e violência interpessoal e autoprovocada.

Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi)

Iniciada em 2001, em 14 edições, a Expoepi vem alcançando ano a ano recordes de público e de premiação às melhores experiências realizadas pelos serviços de saúde do país.



A Expoepi é o maior fórum anual sobre vigilância em saúde do país, com o propósito de difundir temas importantes para a consolidação do SUS e premiar, por meio de mostra competitiva, os profissionais, os serviços de saúde e, desde 2012, os movimentos sociais que se destacaram no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde relevantes para a saúde pública. O evento estimula o uso da epidemiologia em serviços e promove maior integração entre a academia e os serviços de saúde.

Em 2011, o evento passou a contar com um regulamento publicado em formato de edital para a publicação das normas que regem o processo de submissão, julgamento e divulgação das experiências exitosas nas áreas de epidemiologia, vigilância, prevenção e controle das doenças.

O crescimento da Expoepi em número de trabalhos apresentados e selecionados mostra o interesse que a mostra desperta e sua importância como estímulo ao debate dos diferentes aspectos da vigilância, tais como a gestão e o financiamento das ações de vigilância, integração com as ações da atenção à saúde, participação social, além das estratégias recomendadas pela SVS para as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos.

QUADRO 2

Evolução do número de participantes, submissões, seleção de trabalhos e premiações das edições da Expoepi, de 2001 a 2014

Expoepi	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Participantes	200	700	1.000	1.000	1.300	1.400	2.500	2.000	2.500	2.500	2.454	3.518	3.695	3.853
Experiências e trabalhos submetidos	89	221	250	250	334	300	300	336	300	407	776	805	704	742
Experiências e trabalhos selecionados	5	10	15	27	21	30	30	33	21	21	39	45	54	51
Prêmios conferidos			5	9	8	11	11	12	8	8	13	16	18	51

Fonte: CGDEP/DEGEVS/SVS/MS.

Novas modalidades de participação foram incorporadas nos últimos anos ao evento, a exemplo do *Prêmio RESS Evidência*, que reconhece publicamente o melhor artigo publicado no ano pela revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS), editada pela SVS/MS.

O julgamento dos vencedores, entre os finalistas selecionados previamente por comissões técnicas para todas as modalidades de participação, é definido pela audiência de cada sessão da mostra competitiva, que acontece durante a realização do evento. Esta dinâmica vem sendo mantida nas últimas edições da Expoepi para valorizar o voto dos participantes do evento, constituído predominantemente por trabalhadores do SUS.

Iniciativas educacionais em vigilância em saúde

A SVS tem desenvolvido iniciativas educacionais com vistas à qualificação de sua força de trabalho e dos profissionais da vigilância em saúde do país, por meio do estabelecimento de parcerias com instituições nacionais e internacionais, alcançando milhares de trabalhadores do SUS.

Resultados 2011-2014

- Pós-graduação: 3.251 vagas ofertadas.
- Epibus: 27 participantes.
- Capacitações presenciais: 251 cursos e 20.210 participantes.
- Capacitações a distância: 19 cursos e 17.165 concluintes.
- Telelab: 26 cursos realizados e 37.923 concluintes.
- Parceria com a Johns Hopkins University: 2 cursos e 99 concluintes.
- Edital Público de Iniciativas Educacionais: 606 projetos apresentados, 67 selecionados, com investimento previsto de R\$ 24,2 milhões.
- PET-Saúde/VS: 103 projetos em curso e 194 grupos tutoriais em atividades (2013-2015), com investimento previsto de R\$ 27,5 milhões.

As ações de qualificação da SVS abrangem cursos de mestrado, especialização, aperfeiçoamento e cursos de atualização. Investimentos financeiros têm sido aplicados em metodologias inovadoras para atingir um grande número de trabalhadores do SUS, em curto espaço de tempo. Para o desenvolvimento dessas ações, foram firmadas parcerias com instituições de ensino superior e com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que possibilitam a realização de cursos a distância, autoinstrutivos, de alcance nacional. Em quatro anos, milhares de pessoas participaram dessas iniciativas educacionais e de outras implementadas em parceria com instituições internacionais.

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS)

1.940 pessoas foram envolvidas nas duas edições do PET/VS.

Iniciado em 2012, por meio de edital público, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o PET-Saúde/VS destina-se a fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na área de vigilância em saúde, tendo como pressuposto básico a educação pelo trabalho. Caracteriza-se como um instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais da Saúde, bem como para a iniciação ao trabalho e vivências direcionadas aos estudantes dos cursos de graduação na área da Saúde, de acordo com as necessidades do SUS.

Em resposta ao edital de 2012 foram submetidos 139 projetos e solicitados 436 grupos tutoriais. Destes, foram aprovados 103 projetos com 194 grupos tutoriais. Cada grupo tutorial é composto por: um tutor – professor da instituição de ensino superior; um preceptor – vinculado aos serviços de saúde; e oito alunos de cursos de graduação. O PET-Saúde/VS está em sua segunda edição e os grupos tutoriais aprovados executarão as atividades programadas até meados de 2015. O valor total investido em bolsas dos participantes destes grupos totalizará, até 2015, o montante de aproximadamente R\$ 27,5 milhões.

127

Capacitações presenciais

Capacitações presenciais específicas nas áreas de doenças transmissíveis, doenças e agravos não transmissíveis, vigilância ambiental, saúde do trabalhador e promoção da saúde têm sido realizadas pela SVS com o objetivo de qualificar os profissionais de seu corpo técnico e do SUS atuantes na Vigilância em Saúde. A seguir, o Quadro 3 apresenta o total de cursos realizados nos últimos anos (2011-2014) e de seus participantes.

QUADRO 3

Relação de cursos oferecidos pela SVS/MS e número de participantes, de 2011 a 2014

Ano	Total de cursos	Total de participantes
2011	64	4.559
2012	50	3.466
2013	71	3.947
2014	66	8.238
Total	251	20.210

Fonte: CGDEP/SVS/MS.

Episus – Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS

O Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicado aos Serviços do SUS (Episus) se diferencia das demais capacitações presenciais promovidas pela SVS por sua duração de dois anos e pelo propósito de capacitar profissionais na área de epidemiologia de campo, de modo a potencializar a capacidade de resposta às emergências em saúde pública, por meio de, entre outras medidas, investigação de surtos em campo e avaliação dos sistemas de vigilância.

QUADRO 4

Relação de turmas e participantes do Episus, de 2011 a 2014

Período de oferta	Participantes
De 2011 a 2013	8
De 2012 a 2014	10
De 2014 a 2016	9
Total	27

Fonte: CGDEP/SVS/MS.

Pós-graduação em vigilância em saúde

Os cursos de pós-graduação (aperfeiçoamento, especialização e mestrado profissional) são oferecidos por meio de parcerias firmadas com instituições nacionais de ensino superior públicas e privadas. No período desta gestão foram ofertados 27 cursos de pós-graduação, sendo 5 cursos de aperfeiçoamento, 14 especializações e 8 mestrados profissionais.

Educação a distância

A parceria estabelecida entre a SVS, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e instituições públicas de educação superior tem contribuído para o desenvolvimento de cursos a distância, autoinstrutivos e com grande alcance nacional em curto espaço de tempo. A seguir, os principais cursos desenvolvidos a partir dessas parcerias. Entre 2010 e 2014, foram oferecidos 12 cursos, com 43.400 ingressos e 13.983 concluintes. Além destes, entre 2011 e 2014, foram oferecidos mais 7 cursos a distância em parceria com outras instituições de ensino, com 3.182 concluintes.

Telelab

Outra modalidade de educação a distância é o *Telelab – sistema de capacitação para profissionais do SUS*, cujo foco principal é o diagnóstico laboratorial de DST/Aids e é desenvolvido por meio da parceria entre o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da SVS e a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Entre 2011 e 2014, foram oferecidos 26 cursos, com 37.923 concluintes.

Iniciativas educacionais em parceria com a Johns Hopkins University

A SVS, por meio de parcerias com instituições internacionais, busca oferecer capacitações de alta qualidade com o objetivo de desenvolver, nos profissionais do SUS, competências necessárias para o aprimoramento de atividades na área de vigilância em saúde.

QUADRO 5

Iniciativas educacionais por ano e número de participantes. Brasil, 2012 a 2014

Iniciativas educacionais	Ano	Participantes
Programa Certificado em Epidemiologia (PCE)	2012	10
	2013	33
	2014	35
Uso de Evidências Epidemiológicas	2014	21
Total		99

Fonte: CGDEP/SVS/MS.

Iniciativas educacionais aplicadas à Vigilância em Saúde

O Chamamento de Propostas de Iniciativas Educacionais aplicadas à Vigilância em Saúde foi publicado, em 2014, com o objetivo de fomentar novas parcerias para qualificação de recursos humanos em três modalidades:

- **Recursos educacionais:** desenvolvimento de jogos, aplicativos, produção de vídeos, tradução de materiais educativos, entre outros, bem como a difusão tecnológica desses recursos.
- **Cursos de capacitação:** cursos de curta duração especialmente em áreas priorizadas pela SVS, preferencialmente a distância.
- **Cursos de pós-graduação:** cursos de especialização ou mestrado realizados por instituições de ensino devidamente autorizadas pelo Ministério da Educação, em modalidade presencial ou a distância.

Resultados da seleção:

- 606 projetos apresentados.
- 67 projetos selecionados, dos quais 17 cursos de pós-graduação (5 mestrados profissionais e 12 cursos de especialização), totalizando um investimento no montante de R\$ 24,2 milhões.

PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA – PQA-VS

A experiência do primeiro ano

Adesão até 2014: 97,77% (5.446 municípios).

Resultado da avaliação – ano de referência 2013.

Incentivos financeiros repassados em 2014:

R\$ 118.037.271,51 para SMS.

R\$ 16.796.203,21 para SES.

R\$ 1.471.666,83 para o DF.

Total: R\$ 136,3 milhões.

O PQA-VS, criado por meio da Portaria GM/MS nº 1.708, de 16 de agosto de 2013, atende à diretriz do governo federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde. O programa tem o objetivo de induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal, por meio da avaliação do alcance das metas pactuadas entre os três entes federativos. É uma iniciativa nova da SVS, ao vincular o repasse de incentivos financeiros às metas alcançadas pelos municípios e estados que aderiram ao programa. Os indicadores foram selecionados levando-se em conta sua relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e para a implementação das políticas prioritárias do Ministério da Saúde. Em conjunto, eles podem evidenciar um panorama das ações da vigilância em saúde, indicando potencialidades a serem exploradas ou entraves à sua plena realização.

Em virtude da diversidade do quadro epidemiológico brasileiro, considera-se que os problemas de saúde referentes a alguns indicadores podem não estar presentes em todos os municípios, especialmente naqueles de menor porte populacional. Em decorrência desses fatores, para o cálculo do incentivo financeiro a ser repassado aos municípios e em função do número de metas alcançadas, eles foram classificados em 6 estratos populacionais (Tabela 1).

TABELA 1

Número de metas a serem alcançadas e percentual de incentivo do PQA-VS a ser repassado de acordo com o porte populacional dos municípios

Metas	Porte populacional dos municípios e percentual de incentivo											
	Até 5.000 hab.	%	De 5.001 a 10.000 hab.	%	De 10.001 a 20.000 hab.	%	De 20.001 a 50.000 hab.	%	De 50.001 a 100.000 hab.	%	Mais de 100.000 hab.	%
1	1	10	1	10	1	10	1	10	1	10	1	10
2	2	30	2	25	2	25	2	20	2	20	2	20
3	3	50	3	40	3	40	3	30	3	30	3	30
4	4	70	4	55	4	50	4	40	4	40	4	40
5	5	90	5	75	5	65	5	50	5	50	5	50
6	6	100	6	90	6	80	6	60	6	60	6	60
7			7	100	7	90	7	70	7	70	7	70
8					8	100	8	90	8	80	8	80
9							9	100	9	90	9	90
10									10	100	10	95
11											11	100

Fonte: DEGEVS/SVS/MS.

O valor do incentivo destinado aos estados depende dos resultados obtidos pelo conjunto dos municípios que aderiram ao PQA-VS (Quadro 6). No caso do Distrito Federal, a análise é feita com base nos resultados alcançados por Brasília.

QUADRO 6

Percentuais e condições estabelecidas para recebimento de incentivos do PQA-VS pelos estados

% de incentivo para o estado	Condição
25%	90% dos municípios atingindo 30% dos indicadores
50%	90% dos municípios atingindo 50% dos indicadores
75%	90% dos municípios atingindo 70% dos indicadores
100%	80% dos municípios atingindo 90% dos indicadores

Fonte: DEGEVS/SVS/MS.

Resultados da avaliação do programa em 2014

O PQA-VS teve excelente aceitação, com adesão de 97,27% (5.418 municípios) em 2013 e 97,77% (5.446) até 2014.

Em agosto de 2014, a SVS realizou a primeira avaliação do PQA-VS, que teve como base para análise os dados do ano de 2013 registrados nos bancos nacionais dos sistemas de informação definidos como fonte dos indicadores.

A Tabela 2 apresenta o número de municípios, por estrato populacional, que cumpriram as metas estabelecidas. Observa-se que, apesar de variações no número de municípios, não houve meta que não tenha sido alcançada em todos os seis estratos.

TABELA 2

Metas alcançadas de acordo com o porte populacional dos municípios. Brasil, ano referência 2013

Metas	Número de municípios por estrato populacional						Total
	Até 5.000 hab.	De 5.001 a 10.000 hab.	De 10.001 a 20.000 hab.	De 20.001 a 50.000 hab.	De 50.001 a 100.000 hab.	Mais de 100.000 hab.	
1	520	514	545	472	189	210	2.450
2	576	583	660	616	241	223	2.899
3	356	277	167	82	14	3	899
4	213	177	197	208	76	62	933
5	232	116	306	350	136	128	1.268
6	753	836	1.064	944	331	294	4.222
7	384	476	658	580	206	220	2.524
8	1.193	1.120	1.200	849	242	147	4.751
9	726	643	700	531	127	77	2.804
10	200	327	550	538	204	164	1.983
11	92	202	417	413	122	94	1.340
12	105	143	251	212	43	43	797
13	109	182	298	355	136	94	1.174
14	414	521	694	601	256	226	2.712

Fonte: DEGEVS/SVS/MS.

De acordo com a normatização do programa, 13 SES receberam 25% de seu PFVS, 12 SES receberam 50% e apenas uma, a de Tocantins, recebeu 75%.

TABELA 3

Valor do incentivo financeiro (R\$) do PQA-VS transferido às Secretarias Municipais, Estaduais e ao DF, ano de referência 2013

UF	Incentivo recebido pelas SMS	Incentivo recebido pelas SES
AC	968.122,97	139.048,12
AL	2.054.540,52	163.308,94
AM	3.486.055,86	395.156,08
AP	703.132,14	46.752,82
BA	9.146.476,56	957.636,88
CE	5.587.951,78	914.127,65
DF	1.471.666,83	
ES	2.442.265,99	464.670,88
GO	3.805.577,98	253.064,62
MA	5.345.817,89	681.199,35
MG	14.900.353,73	2.705.169,94
MS	2.042.760,99	278.093,46
MT	1.991.802,39	605.222,16
PA	7.929.162,42	398.524,56
PB	2.238.446,01	364.914,20
PE	5.644.523,03	1.560.051,22
PI	1.942.602,98	187.088,77
PR	5.220.954,15	918.840,17
RJ	9.785.493,84	1.661.437,91
RN	1.881.020,34	221.952,59
RO	1.485.715,45	134.607,42
RR	636.329,61	26.693,86
RS	4.887.840,64	808.614,05
SC	3.232.475,74	452.615,34
SE	1.864.975,61	332.468,69
SP	16.970.489,89	1.587.301,69
TO	1.842.383,00	537.641,84
Totais	119.508.938,34	16.796.203,21
Total geral		R\$ 136.305.141,55

Fonte: DEGEVS/SVS/MS.

A implantação do programa trouxe para a agenda técnica-política de estados e municípios a importância do monitoramento e da avaliação das ações e de seus resultados como fatores essenciais para a qualificação do processo de trabalho. Nesse sentido, a SVS, em parceria com o Conass e o Conasems, já realizou ajustes no programa com o propósito de explorar todo o seu potencial. A expectativa é que, em 2015, com o aprimoramento das ações, um maior número de metas seja alcançado e o SNVS tenha a sua eficiência ampliada.



Cooperação internacional

No mundo moderno e globalizado, as fronteiras tornaram-se cada vez mais tênues, o que tem implicações para a segurança de todos os países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo necessária a realização de esforços conjuntos para enfrentar problemas que representam riscos à saúde individual, coletiva e ao meio ambiente.

Nessa conjuntura, o Brasil, pelo grau de desenvolvimento alcançado, deve assumir responsabilidades e liderança em diversos processos de cooperação que envolvam ajuda humanitária, troca de experiências, capacitações técnicas, compartilhamento de recursos e parcerias para desenvolvimento técnico, tecnológico e científico.

A agenda internacional da SVS engloba projetos planejados e executados de forma compartilhada, com respeito à autonomia de cada país. Trabalha-se com a finalidade de produzir bons resultados em benefício da saúde e da segurança de todas as populações.

INSTITUCIONALIZAÇÃO E AMPLIAÇÃO DAS AÇÕES DE COOPERAÇÃO

Objetivo Estratégico 14 da Agenda do Ministério da Saúde – 2011-2015: promover internacionalmente os interesses brasileiros no campo da Saúde, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

No período de 2011 a 2014, a SVS realizou esforços para garantir maior coordenação interna, procurando conferir maior organicidade e institucionalização aos projetos e às ações voltados às cooperações humanitárias, técnicas e científicas e tecnológicas em âmbito internacional. As ações realizadas não se limitaram às regiões de fronteira, mas incluíram projetos com países da América Central, América do Norte, África, Europa e Ásia.

A agenda de cooperação internacional da SVS está baseada em um modelo horizontal, que respeita a autonomia de todos os países. Ela está voltada para o desenvolvimento de tecnologias, intervenções, capacidades técnicas, treinamentos e intercâmbio para organização de respostas às emergências, suporte humanitário em catástrofes, doações permanentes ou eventuais de medicamentos, sempre sob demanda dos países apoiados.

Em 2014, para otimizar ações em curso com vistas ao alcance deste objetivo, a SVS criou o Grupo de Monitoramento Permanente de Assuntos Internacionais, composto por titulares e suplentes de cada departamento. O grupo tem como objetivo coordenar os trabalhos de cooperação internacional e a participação da Secretaria em foros internacionais, juntamente com a Comissão Permanente de Assuntos Internacionais de Saúde do Ministério e com a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde do Gabinete do Ministro.

Ações desenvolvidas

Cooperação técnica

No âmbito da cooperação voltada para a capacitação e a troca de experiências entre técnicos da área da Saúde, foram estabelecidas parcerias com sete países sul-americanos, além de México e Haiti, e com 10 países do continente africano, em especial os lusófonos. Podem ser destacados como principais marcos do período 2011-2014: o apoio à elaboração de estratégias nacionais para o enfrentamento da tuberculose em São Tomé e Príncipe, Angola, Moçambique e Cabo Verde; a estruturação de programas de vigilância e controle fronteiro de malária, dengue, febre amarela, leishmaniose; a realização do Programa de Observadores da OMS para Eventos de Massa, organizado após a Copa do Mundo Fifa 2014; e a assinatura do Memorando de Entendimento Brasil-Venezuela para a Eliminação da Oncocercose na Área Yanomami (região de fronteira), durante a Assembleia Mundial de Saúde de 2014.

Desenvolvimento científico e tecnológico

Parcerias importantes para o desenvolvimento científico e tecnológico da vigilância em saúde foram mantidas com universidades e centros de vigilância e pesquisa. Podem ser destacadas as seguintes iniciativas: parceria com o Banco Mundial e o Governo da República Popular da China para o curso de aprimoramento técnico em avaliação de impacto das políticas de controle de DST, HIV e hepatites em 2014; parceria com os CDC/EUA (Centers for Disease Control and Prevention, do Governo dos EUA) e com a Opas/OMS para a discussão de novas metodologias para a realização da PeNSE 2014; e parceria entre NIH/EUA (National Institutes of Health, do Governo dos EUA), o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e o MS para a colaboração e o cofinanciamento de pesquisas conjuntas centradas em HIV e outros assuntos relacionados.

Protagonismo em consensos internacionais e produção de estratégias globais

Com o objetivo de fortalecer o posicionamento do governo brasileiro na construção de consensos internacionais e na proposição de estratégias globais na área de vigilância em saúde, a SVS teve papel decisivo no estabelecimento dos seguintes marcos em 2014: Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Tratamento e Controle da Tuberculose após 2015 (WHA 67.1); resolução sobre a implementação de estratégias nacionais multissetoriais coordenadas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de hepatites virais (WHA 67.6); Primeiro Foro Latino-Americano e Caribenho sobre Continuidade da Assistência, na Cidade do México, em maio de 2014, em que representantes de 26 países acordaram quatro metas de redução de novas infecções por HIV e para melhorar o tratamento e a prevenção até 2020; participação na "Midterm Review Conference" 2014 – ONU/Opas da década de ação pela segurança no trânsito 2011-2020, em que o Brasil assumiu o compromisso de sediar, em novembro de 2015, a II Conferência Global de Alto Nível em Segurança Viária.

Cooperação humanitária

A SVS teve importante papel na cooperação humanitária do MS, contribuindo com doações de medicamentos e insumos estratégicos para imunizações e para tratamento de HIV, tuberculose e doenças negligenciadas. Países da América Latina, da América Central e do continente africano, sob demanda, receberam medicamentos e insumos da Secretaria no valor total de R\$ 27.651.767,00. Ademais, a SVS foi responsável por contribuições a organizações internacionais, conforme explícito no Quadro 10.

QUADRO 1

Principais contribuições a organizações internacionais realizadas pela SVS/MS em 2014

Instituições	Finalidade	US\$ *	R\$
Unitaid	Central internacional de compra de medicamentos contra Aids, tuberculose e malária.	-	60.554.694
Opas	Apoio a ações de controle e eliminação de doenças negligenciadas transmissíveis e outras infecções relacionadas à pobreza.	-	1.500.000
Opas e OMS	Apoio aos Planos Regional e Global de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	700.000	-
RSP (Global Road Safety Partnership)	Análise e aperfeiçoamento do projeto Vida no Trânsito.	-	300.000
Opas e OMS	Apoio à Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) nos níveis global e regional.	1.000.000	-
Opas	Apoio às ações de controle das hepatites no escritório da Opas em Washington.	-	437.000
OMS	Apoio às ações de controle da epidemia do vírus ebola.	-	1.000.000
Totais		1.700.000	63.791.694

Fonte: SVS/MS.

* Valor aproximado.



Experiências de Vigilância em saúde: Brasil, estados e municípios

Levantamento Rápido do Índice de Infestação pelo *Aedes Aegypti* (LIRAA) – Brasil

Em 2014, o LIRAA – realizado no dia 7 de novembro em 1.524 municípios brasileiros (61 cidades a mais do que no último dia 3 de novembro – revelou que 125 estão em situação de risco para a ocorrência de epidemias de dengue, 552 estão em situação de alerta e 847 apresentam índice satisfatório. Estar em situação satisfatória, segundo o LIRAA, não significa proteção contra a doença. Se o município parar de agir, a população do mosquito pode crescer e o risco de epidemia se instala, pois quando o mosquito está presente ninguém está protegido, seja em casa ou no trabalho.

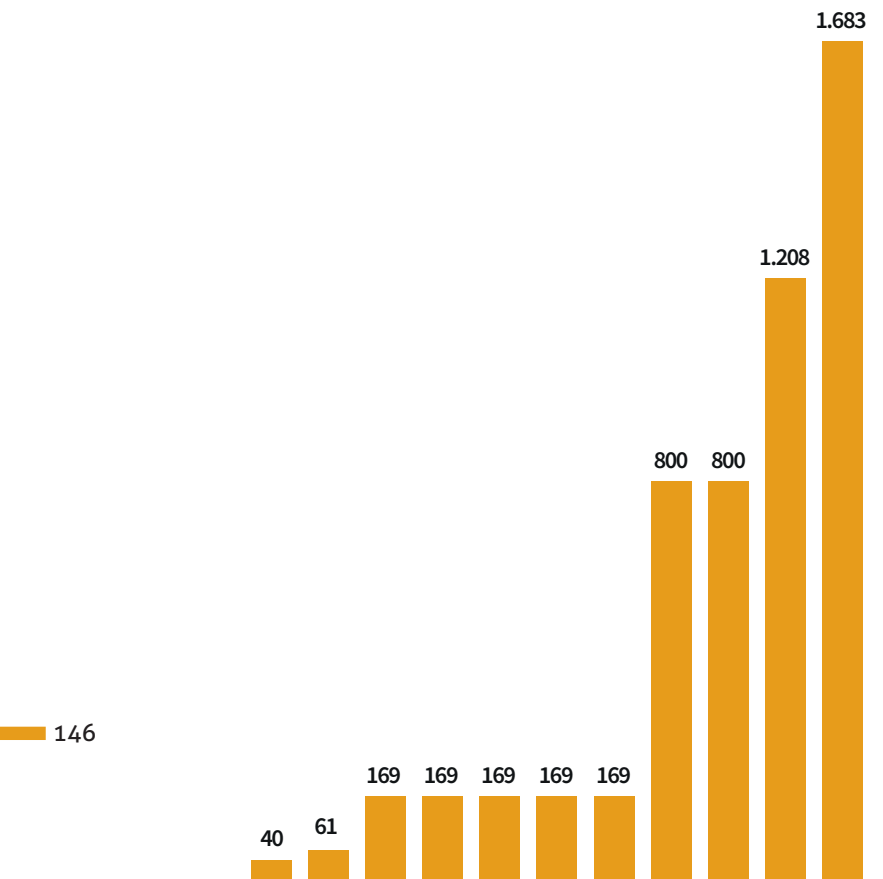
O LIRAA é um método simplificado de amostragem que permite a obtenção de informações importantes ao planejamento e à avaliação dos programas locais de controle da dengue. A partir deste levantamento, podem-se fazer estimativas (com erros e vícios aceitáveis) de forma simples, rápida e econômica. Esta iniciativa data de 2002. O número de municípios participantes vem apresentando um crescimento expressivo ano a ano. Vale destacar que esta ação adquire maior importância em 2014, com a entrada do vírus da Chikungunya (CHIKV) no Brasil, cuja transmissão se dá pelo mesmo vetor, o *Aedes aegypti*.

Operacionalização do LIRAA

Mapeamento do município, que é dividido em grupos de 9 mil a 12 mil imóveis com características semelhantes. Em cada grupo, também chamado *estrato*, é pesquisado um determinado número de imóveis e são examinados criteriosamente todos os depósitos de água. O levantamento é realizado ao longo do ano, preferencialmente ao final de cada ciclo, para avaliação e direcionamento das ações de controle.

GRÁFICO 1

Número de municípios realizando o LIRAA. Brasil, 2003 a 2013



Fonte: SVS/MS.

QUADRO 1

Classificação do risco de epidemias baseada no LIRAA

Risco	Mais de 3,9% dos imóveis pesquisados têm larvas do mosquito.
Estado de alerta	Entre 1% e 3,9% dos imóveis pesquisados têm larvas do mosquito.
Situação satisfatória	Menos de 1% dos imóveis pesquisados têm larvas do <i>Aedes aegypti</i> .

Fonte: CGPNCD/SVS/MS.

O método ajuda os gestores a identificar os bairros em que há mais focos de reprodução do mosquito, os predominantes e a situação de infestação dos municípios estudados. Os focos podem estar em formas de armazenamento de água, em espaços em que o lixo não está sendo manejado adequadamente e em depósitos domiciliares. Como pode ser observado na tabela a seguir, há pouca variação na predominância dos depósitos ano a ano. Nos últimos quatro anos, o LIRAA mostrou pouca variação nos criadouros de cada região. Como pode ser visto na Tabela 1, de 2011 a 2014, as regiões Nordeste, Sul e Sudeste apresentaram o mesmo padrão, com predominância de água, lixo e depósitos domiciliares, respectivamente. Na Região Norte, apenas em 2012 os depósitos de água superaram os de lixo, mais frequentes nos demais anos. Já no Centro-Oeste houve alternância de água e lixo.

TABELA 1

Tipos de criadouros do mosquito *Aedes aegypti* (%) predominantes nas cinco regiões brasileiras mapeados pelo LIRAA de 2011 a 2014

Ano	2011			2012			2013			2014**		
	Região	Água	Lixo	DD*	Água	Lixo	DD*	Água	Lixo	DD ¹	Água	Lixo
Norte	34,8	44,4	20,8	36,8	37,8	25,4	37,5	35,4	27,1	28,3	42,5	29,2
Nordeste	72,1	9,3	18,6	73,6	5,7	20,7	75,9	5,6	18,5	76,1	5,9	18,0
Centro-Oeste	42,3	29,8	27,9	31,7	36,1	32,2	21,5	49,7	28,8	30,1	45,5	24,4
Sudeste	29,7	23,4	46,9	20,3	20,6	59,1	26,7	25,4	47,9	27,8	16,2	56,0
Sul	20,0	45,5	34,5	18,5	46,6	34,9	16,4	59,1	24,5	16,0	47,3	36,7

Fonte: SVS/MS.

* Depósito domiciliar.

** Dados novembro de 2014.

LIRAA – instrumento de mobilização

Em todas as esferas gestoras, o chamado *Mapa da Dengue* oferece informações valiosas ao direcionamento das ações de controle da dengue. No entanto, é no município que as ações podem ser dirigidas às áreas mais críticas. Por isso, o LIRAA é considerado uma ferramenta essencial à elaboração dos planos locais, que permitem que a vigilância em saúde se antecipe ao aparecimento de surtos da doença. Sua ampla divulgação nas mídias pode contribuir para que instituições e pessoas adotem práticas de eliminação de criadouros.

Prevenção em casa – Em apenas 15 minutos semanais, as pessoas podem fazer uma inspeção em suas casas e destruir os focos dos mosquitos encontrados em pneus, vasilhas de plantas e em outros tipos de recipientes que acumulam água parada.

Curso de atualização no manejo clínico da dengue – Brasil

10.735 profissionais se inscreveram no curso de manejo clínico da dengue entre 2012 e 2014.

De forma inovadora, a UNA-SUS e a SVS oferecem o curso **Atualização no Manejo Clínico da Dengue**, com o propósito de intervir de modo mais efetivo na prática em serviço, melhorar a atenção aos pacientes e obter maior controle sobre a doença. Realizado a distância e podendo ser feito em curtíssimo tempo e com horário flexível, a participação é facilitada, principalmente para profissionais cuja dinâmica de trabalho dificulta a frequência em capacitações presenciais ou de longa duração.

O curso

A oferta deste curso foi iniciada em 2012. Baseado em casos clínicos comuns no dia a dia, o curso objetiva qualificar profissionais de saúde que atuam na atenção básica, na urgência e na emergência de todo o país para melhor diagnosticar e tratar a dengue. Podem participar profissionais com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais, biólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais.

O curso é de acesso livre e pode ser concluído em uma média de duas horas. É composto por módulos autoinstrutivos, sem tutoria. Os casos clínicos foram elaborados com participação de especialistas e abordam situações cruciais para a atenção à pessoa com suspeita de dengue.

Após a efetivação da sua matrícula, o profissional passa a ter acesso aos recursos educacionais e, uma vez concluída a trajetória educacional proposta, o profissional terá sua certificação automática registrada na Plataforma Arouca. É ainda possível acessar os materiais do curso como visitante, não havendo, nestes casos, certificação ao fim do curso. Outra opção é realizar *download* do conteúdo e fazer o curso *off-line*.

O funcionamento é simples. Escolhe-se um caso clínico, clicando no mosaico da página inicial. Cada caso demanda em média 15 minutos para ser concluído. São apresentados o conteúdo e questões de múltipla escolha. É possível consultar o fluxograma do manejo da dengue e rever os dados do paciente antes de validar as respostas. No retorno das respostas, em caso de erro, um hipertexto serve de guia para as informações necessárias à correção da resposta. Ao término do curso é dada a declaração de conclusão.

A adesão ao curso pelos profissionais de saúde foi considerada muito boa: desde a sua implantação, em 2012, se inscreveram no curso 10.735 profissionais.

Anterior a esta parceria, foi desenvolvido o curso *Ações* para o controle da tuberculose na atenção básica, com a adesão de quase 10 mil profissionais. Outros cursos foram desenvolvidos em temáticas da vigilância em saúde, ampliando e fortalecendo a parceria com a UNA-SUS (“Atualização do Manejo Clínico da *Influenza*”, “Vacinação contra o HPV” e “Hanseníase na Atenção Básica”). Todas estas iniciativas foram desenvolvidas na modalidade de ensino a distância, sem tutoria e de acesso livre aos profissionais do SUS.

Devido à introdução do vírus da febre de Chikungunya no Brasil, foi priorizado o desenvolvimento do curso específico no mesmo formato, para que os profissionais de saúde possam se capacitar no manejo da doença recentemente introduzida no país. Diante desta nova situação, o curso “Atualização no Manejo Clínico da Dengue” está em revisão para incluir conteúdos de diagnóstico diferencial com relação à febre de Chikungunya.

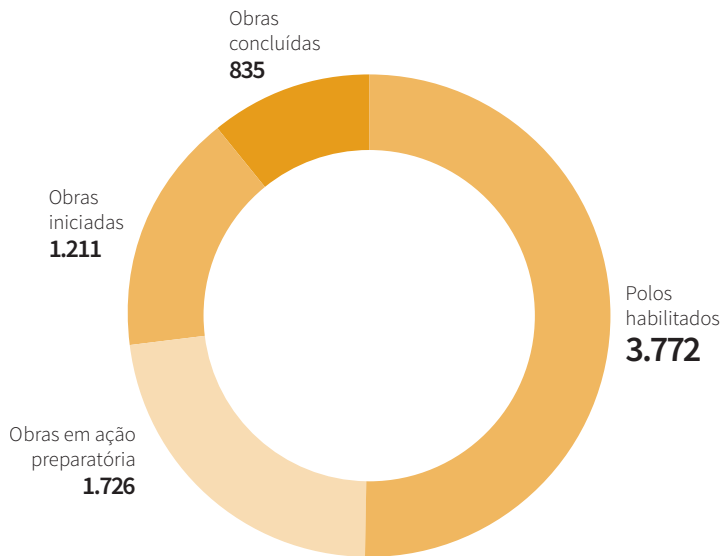
Academias da Saúde

A atividade física regular é comprovadamente um dos fatores de proteção para as doenças crônicas. Contribui não apenas para a regulação do peso, mas também para a diminuição do risco de hipertensão e de suas consequências, assim como do câncer. A adesão à atividade física é facilitada pela acessibilidade a espaços preparados para este fim, pela presença de profissionais que orientem cada pessoa a escolher o tipo de exercício que lhe convém, estabelecer suas metas e um plano a ser monitorado periodicamente. Os espaços públicos, sem custo para as pessoas e ao ar livre, facilitam a participação da comunidade.

A partir de 2011, como estratégia para ampliar o acesso da população a espaços públicos para a realização de atividades físicas, o MS vem promovendo a implantação de polos do Programa Academia da Saúde nos municípios brasileiros. Esta experiência já havia sido implantada com sucesso em Recife, Pernambuco. Os polos são dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados para a orientação dos frequentadores e têm o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e de modos de vida mais saudáveis. No MS, este trabalho vem sendo realizado pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), com o apoio da SVS.

GRAFICO 2

Implantação de Academias de Saúde. Brasil, 2014



Fonte: CGDANT/SVS/SAS/MS.

Redução de sódio em alimentos industrializados

Acordos firmados entre o MS e a Associação Brasileira da Indústria de Alimentos (Abia), desde 2011, vêm retirando toneladas de sódio de produtos industrializados.

Estima-se que 1,8 toneladas de sódio tenham sido retiradas de biscoitos, massas instantâneas, bolos, biscoitos e caldos processados desde 2011 quando foi assinado o 1º Acordo para redução do teor de sal nos alimentos processados.

Até 2014 foram assinados quatro acordos sobre o tema. Com isso, está prevista a retirada de 28 mil toneladas de sódio, de 90% dos alimentos industrializados, até 2020.

O consumo excessivo do sódio, elemento presente no sal de cozinha e em produtos industrializados está associado a várias doenças, sobretudo à hipertensão arterial. Dados do Vigitel – 2013, mostraram que 48,6% da população brasileira avaliaram como médio o consumo diário de sódio. Porém, segundo a última Pesquisa de Orçamento Familiar no Brasil, 2008-2009, realizada pelo IBGE, naquele período, a população brasileira consumia 12g de sal por dia, o que representa 4,8g de sódio, mais do que o dobro do recomendado pela OMS, que é 2g de sódio (ou 5g de sal) por dia.

Os Acordos tratam da adesão voluntária a um plano de redução do teor de sódio nos alimentos industrializados. Em novembro de 2010 foi definido o compromisso, entre o MS e a Abia, pela redução voluntária do teor de sódio nos alimentos processados. Esta parceria foi incorporada às ações do Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022 e tem como objetivo a redução do consumo de sal para menos de 5g per capita diários (equivalentes a 2000mg de sódio) até 2020. Estão previstos limites máximos de sódio por 100g em diversas categorias de alimentos, assim como a adaptação gradual das fábricas para alcance das metas pactuadas.

Desde o início de 2013 as metas estão sendo monitoradas e avaliadas por meio do acompanhamento das informações contidas nos rótulos dos alimentos e em análises laboratoriais, tanto de produtos coletados no mercado quanto do uso de ingredientes à base de sódio pelas indústrias. Resultados semelhantes foram encontrados em empresas associadas e não associadas à Abia, mostrando que o acordo de cooperação teve efeito na reformulação dos produtos em todo o mercado.

Resultados

94,9% das marcas associadas à Abia estão abaixo da média de sódio prevista para 2014.

Entre 2012 e 2013, a média do teor de sódio dos produtos caiu 15,3%

151

Essa experiência evidencia a importância da participação de empresas nos programas de vigilância em saúde. Pela capacidade de inovação e capilaridade da distribuição de seus produtos, as indústrias podem realizar ações de grande alcance para a promoção da saúde.

O 4º acordo estabelece a meta de redução em até 68% no teor de sódio em laticínios, embutidos e refeições prontas, nos próximos quatro anos, subindo para 16 o número de categorias selecionadas, que somadas representam 90% dos alimentos industrializados. Também estão previstos estudos e debates para definir o próximo passo a ser dado, que é a redução de açúcares e gorduras totais e saturadas nos alimentos.

O Brasil na Copa do Mundo Fifa 2014

Governo federal, estados, municípios e a iniciativa privada atuando juntos no suporte à Copa do Mundo Fifa 2014 mostraram que o Brasil está preparado para a vigilância em saúde de eventos de massa com qualidade e segurança.

Para o monitoramento da Copa do Mundo Fifa 2014, o Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (Ciocs) manteve equipes mobilizadas 24h por dia durante 57 dias.

Os números da Copa

- 64 jogos em 12 cidades e 3,4 milhões de torcedores.
- 0,2% dos torcedores necessitaram de algum tipo de atendimento, percentual abaixo do estimado (até 2%) e inferior aos percentuais de outras copas do mundo.
- 17.042 atendimentos de saúde realizados dentro e fora dos estádios.
- 7.055 atendimentos de pacientes realizados nas arenas, 97,3% resolvidos no próprio local e 192 pacientes removidos para unidades de saúde. Destes, 99,4% dos pacientes receberam alta hospitalar após serem atendidos e medicados.
- 1.500 técnicos do governo federal, dos estados e municípios, das áreas de assistência, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde suplementar, trabalharam juntos nas atividades de campo e monitoramento.
- 7,2 mil pessoas relataram sua condição de saúde por meio do aplicativo "Saúde na Copa".
- 4 milhões de preservativos e panfletos foram distribuídos durante o evento.
- 3.543 testes de HIV foram realizados em unidades móveis de oito sedes.
- 8.292 fiscalizações sanitárias (quase todas de rotina) foram realizadas.

Plano de Operações Conjuntas e ações realizadas

O Plano de Operações Conjuntas foi executado de 28 de maio a 23 de julho de 2014, garantindo o monitoramento do evento desde a chegada até o retorno das delegações e dos turistas aos seus países de origem. Sob a coordenação do MS, participaram desse trabalho a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Agência Nacional de Saúde (ANS), as operadoras de planos de saúde, as SES e as SMS.

Fiscalizações sanitárias – durante a Copa, foram realizadas 8.292 fiscalizações sanitárias, em sua maioria de rotina, em serviços de alimentação, saúde e outros locais, como instalações sanitárias e de abastecimento de água, para evitar a ocorrência de infecções por alimentos contaminados e outros agravos de importância para a saúde pública.

Campanha “Proteja o Gol” – prevenção ao HIV-Aids – nas 12 cidades-sede, além dos municípios que abrigaram os centros de treinamento, foram distribuídos quatro milhões de preservativos e panfletos. Em oito sedes, foram realizados 3.543 testes de HIV em unidades móveis com a identificação da campanha. Esta é uma ação do MS em parceria com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e Aids (a UNAIDS).

Uso do aplicativo “Saúde na Copa” – iniciativa pioneira no mundo em eventos de massa, por meio desta ferramenta, o MS recebeu 44.029 registros de 7,2 mil usuários relatando a sua condição de saúde: muito bem, bem, mal, muito mal. O Aplicativo (disponível para *download* gratuito nas lojas virtuais *Play Store e Apple Store*, em português, inglês e espanhol) foi destinado aos torcedores brasileiros e estrangeiros para ajudar técnicos do SUS a mapear a ocorrência de sintomas similares em determinadas localidades, favorecendo a adoção imediata das providências para informar e proteger a população. A análise dos dados não demonstrou nenhuma situação de alerta em saúde pública.

Atendimentos mais frequentes – dores de cabeça, mal-estar súbito, hipertensão, lesões, torções e quedas de baixa gravidade. Nos locais de monitoramento não foi registrada nenhuma notificação de doença transmissível de importância para a saúde pública.

A atuação do Ciocs durante a Copa das Confederações (com aproximadamente 800 mil pessoas), a Jornada da Juventude (com 3,7 milhões de participantes) e a Copa do Mundo Fifa 2014 (com 3,4 milhões de torcedores espalhados em 12 capitais brasileiras) trouxe um acúmulo de experiência e aperfeiçoamento de capacidades, de modo a se poder afirmar que, hoje, o Brasil está preparado para dar suporte adequado e oportuno a qualquer grande evento de massa.

Novos protocolos para manejo da infecção pelo HIV

Em 2014, o MS instituiu novos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV. A substituição do consenso pelo protocolo clínico muda a orientação dos profissionais e dos serviços que atendem pessoas com HIV/Aids, induz um processo de racionalização dos esquemas terapêuticos no início do tratamento e introduz um novo paradigma, ao considerar a possibilidade de iniciar o tratamento independentemente do CD4.

Protocolo para o manejo da infecção pelo HIV em adultos

- O novo protocolo inova e oferece vantagens para os indivíduos e para a sociedade.
- O SUS passa a oferecer o tratamento 3 em 1, a exemplo de países como Estados Unidos, China e África, com a combinação dos medicamentos tenofovir, lamivudina e efavirenz. Espera-se com esta iniciativa reduzir a descontinuidade no tratamento (que é de longa duração), ao facilitar a ingestão dos três medicamentos em um só comprimido.
- O novo protocolo para adultos com HIV/Aids recomenda o tratamento com antirretrovirais aos adultos com testes positivos de HIV independentemente do comprometimento do sistema imunológico.
- Estudos internacionais demonstram que o uso precoce de antirretrovirais diminui em 96% a taxa de transmissão do HIV.
- O tratamento precoce é uma medida de impacto na saúde individual, porque diminui a carga viral no indivíduo (melhorando sua qualidade de vida) e na saúde pública (porque reduz a propagação do HIV).

RESULTADO INICIAL

Desde o início da oferta de antirretrovirais no SUS, há 17 anos, 403 mil pessoas foram incluídas no tratamento. Com o novo protocolo, até dezembro de 2014, 74.974 novos indivíduos foram incluídos no tratamento.

Contribuem para a aplicação do protocolo as estratégias para se alcançar as populações mais vulneráveis, a exemplo do “Viva Melhor Sabendo”, que já conta com 60 ONGs de todo o país, levando o diagnóstico rápido por meio do fluido oral para quem precisa ser diagnosticado e de sua articulação com a rede assistencial.

Protocolo para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes

O novo protocolo define com maior clareza a primeira linha de terapia antirretroviral TARV e amplia as recomendações sobre diagnóstico, manejo da falha terapêutica, adesão, revelação diagnóstica, toxicidade, coinfeções, infecções oportunistas e abordagem aos adolescentes.

RECOMENDAÇÕES

- Iniciar o tratamento com AZT (zidovudina) em recém-nascidos expostos ao HIV, no caso de filhos de mães soropositivas que foram acompanhadas desde o pré-natal.
- No caso das gestantes que não tomaram antirretrovirais durante a gravidez, recomenda-se o tratamento da criança com AZT por quatro semanas e nevirapina em três doses.
- Indicação do início do tratamento em crianças a partir de um ano com carga viral superior a 100 mil cópias (quantidade de vírus circulantes considerada alta e que sugere o progresso da doença nas crianças).
- Início de tratamento para as crianças com idades superiores a cinco anos e CD4 abaixo de 500.

Desde o final da década de 1990, o MS publica e atualiza recomendações para o tratamento de crianças e adolescentes infectados pelo HIV e pela Aids baseadas em evidências científicas. A partir de 2012, os consensos terapêuticos passam a ser elaborados na forma de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados em portaria após o período de 30 dias de consulta pública, em que a sociedade pode apresentar contribuições ao documento.

155

RESULTADOS DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

A prevenção da transmissão vertical, principal mecanismo de aquisição do HIV em pediatria, propiciou uma significativa redução dos casos novos, com estabilização nos últimos 10 anos. Observa-se uma tendência de queda na proporção de casos por transmissão vertical na faixa etária de menores de cinco anos. Este percentual passou de 63,8% em 2003 a 41,8% em 2012.

Atualmente, estão em tratamento contra a Aids cerca de 10 mil crianças e adolescentes. O aumento da sobrevivência e a redução da frequência de infecções oportunistas aumentam a importância dos aspectos ligados à promoção da saúde integral e da qualidade de vida, notadamente na adolescência e na juventude.

Prevenção da malária em Jirau e Santo Antônio

- Os casos de malária foram reduzidos em 72%, entre 2007 e 2013, passando de 85,9 para 19,7 casos por 1.000 habitantes nas áreas de construção das hidroelétricas de Santo Antônio e Jirau, no rio Madeira.
- As construções mobilizaram 70 mil pessoas, 40 mil trabalhadores nos canteiros de obras e 30 mil residentes temporários.
- O Plano de Ação que está em curso foi orçado em R\$ 44 milhões.

Localidades que sediam projetos de desenvolvimento econômico e social com fluxos migratórios intensos e precárias condições de vida propiciam o aparecimento ou o aumento de problemas sociais e de saúde. Em áreas endêmicas para malária, o risco de aumento do número de casos é uma realidade. Porém, com os recursos disponíveis, a identificação de áreas de risco e a elaboração prévia de planos de ação envolvendo o governo, o setor privado e a sociedade, é possível evitar impactos negativos desses empreendimentos. Santo Antônio e Jirau são exemplos de uma experiência bem-sucedida que envolveu o governo federal, o governo local e as empresas envolvidas no empreendimento. A Portaria Interministerial nº 419, de 26 de outubro de 2011, e a Portaria nº 1, de 13 de janeiro de 2014, são instrumentos de apoio a este processo.

Porto Velho precisou estruturar ações de vigilância e controle da malária para suportar o aumento de migrantes atraídos pela construção das usinas de Santo Antônio e Jirau, no rio Madeira. Foi elaborado um Plano Anual de Controle da Malária com três componentes: vigilância epidemiológica, prevenção e assistência, com ações monitoradas de forma intersetorial, interdisciplinar e multiprofissional, incluindo representantes das empresas responsáveis pelos dois empreendimentos. A Secretaria de Vigilância em Saúde intermediou, por meio do processo de licenciamento ambiental, a compensação dos empreendimentos na mitigação dos impactos à saúde, que incluiu recursos humanos, equipamentos, insumos, edificações, entre outras ações, que totalizaram aproximadamente R\$ 44.000.000,00 (quarenta e quatro milhões de reais), que ainda estão sendo usados nas ações de vigilância da malária.

Antes da construção das usinas, Porto Velho registrou um total de 32.932 casos de malária em 2007, correspondendo a um IPA de 85,9 casos por mil habitantes, considerado muito elevado. Durante o empreendimento, o número de casos da doença teve redução importante, chegando, em 2013, ao IPA de 19,7 casos por mil habitantes, um risco médio de transmissão.

Vigilância da água para consumo humano no Distrito Federal

A vigilância e o controle da água no DF segue a Portaria GM/MS nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011. A qualidade da água distribuída, os parâmetros analisados – turbidez, cor, cloro, flúor, coliformes totais e *Escherichia coli* – e outras informações sobre o controle da água constam no boleto de pagamento mensal que os consumidores recebem para pagamento. As ações de vigilância têm caráter preventivo ou corretivo e são realizadas pela Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (Caesb), em parceria com outros órgãos e instituições, viabilizando a proteção hídrica.

Ações realizadas

- Acompanhamento contínuo da disponibilidade hídrica e proteção de suas fontes com medição de chuva, vazões nos rios e postos tubulares profundos.
- Monitoramento do uso do solo, inspeções e vistorias ambientais de rotina nas bacias hidrográficas dos mananciais.
- Projetos de proteção e recuperação de áreas degradadas, educação ambiental e combate a incêndios florestais.
- Controle da qualidade da água desde a captação e o tratamento até a chegada às residências.
- A caracterização da qualidade da água “*in natura*” dos mananciais é feita com base no Índice de Qualidade da Água (IQA), com avaliação bacteriológica e físico-química: cor, turbidez, amônia, ferro, cloreto, pH, DQO e coliformes fecais. O IQA é composto por seis níveis.

O Laboratório Central da Caesb, certificado pela norma ISO 9001-2008, é responsável pelo monitoramento diário da água em pontos estratégicos da rede de distribuição.

Resultados das ações realizadas em 2013

- Dos 26 mananciais do DF, em 23 deles foi analisada a qualidade da água para consumo humano: 8 com água de muito boa qualidade e 15 mananciais com água de boa qualidade.
- 26 captações superficiais e 118 subterrâneas (poços tubulares profundos) foram utilizadas pela Caesb.
- 1.207 amostras/mês em 314 pontos da rede de distribuição, totalizando cerca de 5.880 análises mensais, foram coletadas pelo laboratório central.
- 92.161 análises horárias são realizadas por mês pelas unidades da Caesb.

Fonte: CAESB – Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal. Informativo. Edição de março/2014. Escritório *on-line*. <www.caesb.df.gov.br>.

Vigilância dos óbitos maternos e infantis em Goiás

Em 2011, a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, maternos, fetais e infantis no Estado de Goiás apresentava um percentual abaixo de 5%, colocando o estado no penúltimo lugar no país. O estado não se adequava aos prazos e fluxos estabelecidos nas portarias ministeriais. Para implementação da vigilância, foram escolhidos os 10 municípios com maior número de óbitos maternos, fetais e infantis. Foram sensibilizados os secretários de saúde e os coordenadores de Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica, o que resultou na formação de equipes para investigação e discussão de óbitos. Numa segunda etapa, este acompanhamento foi ampliado para as regionais de saúde e os demais municípios. O MS assessorou o estado na capacitação de técnicos e na organização do fluxo das investigações. A equipe estadual avançou em suas atividades perante as regionais de saúde e os municípios e os resultados foram expressivos:

- 81% dos óbitos de MIF e maternos foram investigados, perto da meta de 2012;
- 76% dos óbitos infantis foram investigados, alcançando-se a meta pactuada para 2012;
- Goiás saiu da penúltima posição em 2011 para a nona em 2012, com relação à investigação de óbitos.

Uso do teste rápido no diagnóstico da tuberculose: Manaus e Rio de Janeiro

O uso do GeneXpert foi testado experimentalmente em Manaus (AM) e no Rio de Janeiro (RJ), estados que estão entre aqueles com maior incidência de tuberculose no país. O estudo de implementação, aceitabilidade e custo-efetividade do uso do teste rápido foi financiado pela Fundação Bill & Melinda Gates, com investimento de US\$ 1,8 milhão, iniciado em fevereiro de 2012. O custo de cada teste é de aproximadamente US\$ 10. Em função dos resultados positivos, o projeto foi expandido para as demais capitais do país. Com o teste rápido de tuberculose, esperam-se o aumento da detecção segura da doença, o tratamento precoce, a agilidade no diagnóstico da tuberculose resistente e, conseqüentemente, a redução da morbidade e da mortalidade pela doença.

Resultados do estudo-piloto

- Total de testes realizados em Manaus e no Rio de Janeiro: 13.307.
- Total de resultados positivos: 14,2%, aproximadamente 1.890 casos.
- Identificação rápida dos casos positivos e da resistência à rifampicina.
- Grande aceitabilidade pelos profissionais de saúde.

- Maior segurança para o profissional de saúde. O teste é totalmente automatizado, sem manipulação do material pelo técnico, pois quem identifica os fragmentos do DNA da micobactéria é a máquina.

Controle da tuberculose no Rio Branco

O Rio Branco (AC) concentra 75% de todos os casos notificados no Estado do Acre. Entre as ações de controle da doença, o município realiza a campanha "Quanto Antes Você Tratar, Mais Fácil de Curar", com palestras, exames e a investigação de pessoas com sintomas respiratórios. Na semana da campanha é reforçada a informação de que a tuberculose é uma doença grave, mas pode ser prevenida, tratada e curada, por isso é preciso identificar os doentes e garantir o tratamento precocemente. A maioria das pessoas é estimulada a ir às unidades de saúde diariamente para tomar o medicamento, mas há casos em que as equipes de saúde e os agentes comunitários vão às residências para administrar o tratamento, a estratégia recomendada pelo MS para garantir o tratamento até o fim e a cura do paciente. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (Semsa), o índice de cura no município é um dos melhores do Brasil.

- Em 2011, 261 casos, 87% de cura.
- Em 2012, 255 casos, 91% de cura.
- Em 2013, 237 casos, 91% de cura.

Hanseníase e verminoses têm cura: campanha realizada em 100% dos municípios de Sergipe

Com o apoio do MS e coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, todos os 75 municípios do Estado de Sergipe participaram da "Campanha Hanseníase e Verminoses têm Cura". Em 2011, o coeficiente de detecção de hanseníase em menores de 15 anos no estado era de 4,21/100 mil habitantes, ficando em 17º lugar em relação aos demais estados brasileiros. Um coeficiente muito acima da meta de eliminação. Desta campanha participaram todas as escolas municipais e estaduais e o trabalho foi feito em parceria com a Estratégia Saúde da Família, cujas equipes avaliam as crianças e os adolescentes com manchas suspeitas de hanseníase e iniciam o tratamento dos casos positivos. Quando a mancha não é sintoma de hanseníase, a criança é tratada de acordo com o diagnóstico correspondente. O tratamento preventivo das verminoses é feito com autorização do pai, da mãe ou de outro responsável pela criança, e na própria escola é administrado um comprimido de albendazol de 400 mg ao aluno ou à aluna. A meta de 2014 foi atingir 273.820 alunos de 5 a 14 anos.

Resultado: em 2013, o Estado de Sergipe levou a campanha a 100% dos municípios.

Projeto vida no trânsito: integrante da iniciativa “Road safety in ten countries”

O Projeto Vida no Trânsito (PVNT) foi lançado em Curitiba (PR), Palmas (TO), Teresina (PI), Campo Grande (MS) e Belo Horizonte (MG), com a Portaria Interministerial nº 2.268, de 10 de agosto de 2010. A metodologia foi apoiada na Estratégia (exitosa) de Proatividade e Parceria (EPP). Uma das ações do projeto é a qualificação dos sistemas de informação sobre acidentes, feridos e vítimas fatais, para a identificação de fatores de risco, dos grupos vulneráveis e dos locais de maior ocorrência de acidentes. Os municípios desenvolvem projetos de intervenção integrada com os sistemas de saúde, transporte e trânsito, segurança pública e educação. No total, desde o início, o MS já liberou R\$ 27,7 milhões para o PVNT.

Resultados

- Ampliação do PVNT para todas as capitais, além dos municípios de Campinas (SP) e Guarulhos (SP).
- Criação das comissões de coordenação em cada cidade, com representantes dos setores envolvidos.
- Qualificação das informações sobre mortalidade, morbidade e construção dos indicadores de monitoramento.
- Análise de fatores de risco de óbitos e feridos graves.
- Acompanhamento dos casos atribuídos à velocidade excessiva e inadequada e ao hábito de beber e, em seguida, dirigir.
- Planejamento e realização de ações articuladas, integradas e intersetoriais.

Fonte: CGDANT/SVS/MS

Programa Sanar: combate às doenças negligenciadas em Pernambuco

Lançamento do programa: 2011.

Total de municípios: 108.

Estratégia para reduzir a carga ou eliminar, enquanto problema de saúde pública, sete doenças transmissíveis consideradas negligenciadas: tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, filariose, esquistossomose, geo-helmintíases e tracoma. Ações: fortalecimento da vigilância e da atenção básica para identificação e manejo clínico adequado dos pacientes, ampliação do diagnóstico laboratorial, tratamento, acompanhamento de casos, ações educativas e de mobilização social.

Resultados selecionados

- Assessoria a 360 Unidades de Saúde da Família no diagnóstico e tratamento da esquistossomose e das geo-helmintíases.
- Capacitação em manejo clínico de 109 médicos e enfermeiros das USF.
- Tratamento contra verminose para mais de 300 mil crianças de escolas públicas em 99 municípios em 2013 e novamente em 2014.

QUADRO 2

Metas alcançadas pelo Projeto Sanar após quatro anos de implantação. Pernambuco, de 2011 a 2014

161

Doenças	Municípios prioritários	Resultados
Esquistossomose	29	Redução da prevalência de 13,2% para 5,0%.
Filariose	4	Nenhum caso registrado em 2014. Iniciado o processo de certificação do estado como livre da filariose.
Chagas	31	Redução da população do barbeiro para um índice de infestação domiciliar de 21,6% em 2010 para 5,9% em 2013.
Tuberculose	50	50% dos municípios prioritários alcançaram a condição satisfatória para a cura ($\geq 75\%$ de pacientes curados) e 48% para redução do abandono do tratamento ($\leq 5\%$ dos pacientes abandonaram o tratamento).
Hanseníase	25	76% dos municípios prioritários alcançaram a condição satisfatória para a cura ($\geq 90\%$ de pacientes curados) e 80% alcançaram a condição satisfatória para o exame dos contatos.
Tracoma	22	Meta alcançada de redução da prevalência do tracoma de 7,5% para 3%.

Fonte: SES/PE.

Instituições religiosas de matriz africana ampliam acesso à prevenção de DST/HIV/Aids no Rio Grande do Norte

“Mãe Luciene, a minha camisinha já chegou?”. A pergunta faz parte da rotina da orientadora espiritual Luciene de Oya Togun, durante caminhadas pelas ruas do bairro Nossa Senhora da Apresentação, na periferia de Natal (RN). O loteamento, que está na divisa dos municípios de São Gonçalo e Extremoz, abriga pessoas de baixa renda. A busca dos moradores locais por relações sexuais protegidas é o resultado de cinco anos de abordagem preventiva realizada pelo terreiro *Ojôloyá Jeje Obéotógundá*. Durante as festas religiosas no barracão, além do batuque e das comidas de santo, os preservativos ocupam lugar de destaque nas cerimônias. Essa forma inovadora de acesso à camisinha tem-se revertido em prevenção à Aids e a outras doenças sexualmente transmissíveis nas comunidades potiguares. O material colocado à disposição dos mais de 300 frequentadores do centro também chega às 19 comunidades religiosas da região, por meio de palestras de combate ao preconceito e de cuidados com a saúde. (BRASIL, 2012)

Prevenção de DST/HIV/Aids nos bordéis de Belém

Voluntárias percorrem boates do centro da capital paraense, distribuindo preservativos e fazendo aconselhamento sobre DST, Aids e direitos humanos. Misture vontade de mudar o mundo, um bocado de solidariedade e uma porção de responsabilidade social. Acrescente uma pitada de indignação. Está pronta a receita de trabalho do Movimento de Promoção da Mulher, o Moprom, ONG que atua na periferia de Belém (PA) há 45 anos. No início de suas atividades, em 1967, o grupo desenvolvia ações para mulheres profissionais do sexo, com reuniões semanais de lazer, quando refletiam sobre suas condições de vida. Com o tempo, o público foi ampliado e outras mulheres em situação de vulnerabilidade social passaram a ser atendidas pela ONG. O tempo também foi responsável por afastar, na década de 1990, as atividades de prevenção ao HIV/Aids do rol de ações do Movimento. Mas a participação da instituição no projeto de rede “Mulheres Tecendo Ações pela Vida”, financiado pelo Ministério da Saúde, fez com que o assunto voltasse à pauta da ONG em 2011. (BRASIL, 2012)

No Calor da Prevenção: Fortaleza

Estar onde a população de gays e HSH se encontra e combater a homofobia e a discriminação sexual contribui para a redução da vulnerabilidade LGBT ao vírus da Aids e às hepatites virais. Toalha na cintura e preservativo na mão fazem parte da abordagem preventiva em cinco saunas de Fortaleza (CE), para falar de prevenção às DST, à Aids e às hepatites virais. Os primeiros olhares dos frequentadores do local são de desconfiança, mas aos poucos eles se aproximam e tiram dúvidas. O *strip-tease* preventivo funciona. Em menos de duas horas, as 200 camisinhas

e os sachês de gel lubrificante colocados na antessala das cabines privativas da sauna se vão. A intervenção direcionada a homens que fazem sexo com homens (HSH) e *gays* faz parte do projeto no *Calor da Prevenção*. Com um pênis de borracha e camisinhas, dois educadores do Gapa (ONG do Ceará) dão orientação sobre o uso correto do preservativo e em seguida saem pelos corredores, esclarecendo dúvidas sobre sexo. Entram nas salas de vapor quente e frio, de vídeo e *internet*, na ducha e na piscina, no bar e no *darkroom* (espaço destinado a atividades eróticas ou sexuais anônimas em boates e saunas). "Nunca tive a informação de que sexo oral tinha de ser com camisinha" (professor Adriano Gonçalves). "Conheci o trabalho deles no ano passado em outra sauna. Acho importante" (Neto). "Trata-se de atenção a um grupo social que merece consideração da Saúde como qualquer outro" (Leonardo Ventura). (BRASIL, 2012)

Vigilância em saúde de populações expostas a poluentes atmosféricos no Rio Grande do Sul

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos (Vigiar) no Estado do Rio Grande do Sul (RS) prioriza as regiões onde predominam as atividades de natureza econômica ou social que geram poluição atmosférica, pondo em risco as populações expostas. No RS, em geral, estas atividades estão concentradas nas regiões metropolitanas, industriais e de extração de carvão mineral para a produção de energia elétrica. O Centro Estadual de Vigilância em Saúde (Cevs), que coordena o Vigiar, definiu como estratégias a identificação de municípios e populações que se encontram em situação de maior ou menor risco de contaminação atmosférica e o desenvolvimento de ações que permitam a coleta de informações com sensibilidade para monitorar fenômenos e identificar rapidamente a ocorrência de problemas de saúde.

- A implantação de Unidades-Sentinela do Vigiar mostrou-se bastante pertinente para o desenvolvimento dessas ações. Com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, é realizado o monitoramento dos indicadores de saúde – sintomas e agravos –, tais como tosse, sibilância, dispneia, bem como bronquite, asma e IRA em crianças menores de cinco anos.
- O estado realiza o preenchimento completo de identificação dos municípios de risco (IIMR) e produz boletins e relatórios periódicos para divulgação das informações à população e aos gestores da área.

Fonte: Portal SES/RS. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/418/Vigil%C3%A2ncia_Ambiental_%3E_VIGIAR>. Acesso em: 22 dez 2014.

“Viva melhor sabendo”: teste para HIV com fluido oral em Roraima e no Espírito Santo

O Projeto “Viva Melhor Sabendo” tem o objetivo de ampliar a oferta e as oportunidades de realização do teste de HIV com fluido oral, especialmente para profissionais do sexo, *gays* e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis, transexuais e pessoas que usam drogas. Estas populações concentram as maiores prevalências do agravo, o que demanda ações específicas para a redução do diagnóstico tardio e para o tratamento oportuno.

Realizadas pela SVS, em parceria com organizações da sociedade civil (OSC), as ações do “Viva Melhor Sabendo” podem ser desenvolvidas por pares – instituições de profissionais do sexo, travestis, transexuais, *gays* e HSH – e extramuros. O teste é ofertado em espaços de sociabilidade das populações-chave em finais de semana e durante a noite. Além de alcançarem esses grupos (que, em geral, não acessam ações tradicionais de saúde), as OSC estão articuladas às redes de atenção à saúde, garantindo a retaguarda para o início imediato do tratamento antirretroviral.

Parceiros

Em Roraima, a associação de *Bem com a Vida* oferece o teste para pessoas que usam drogas e para profissionais do sexo.

No Espírito Santo, o teste é oferecido pela *Associação Capixaba de Redução de Danos*, para as pessoas que usam drogas; pelo *Centro de Apoio ao Cidadão (CAC)*, para as pessoas que usam drogas e para profissionais do sexo; e pela associação *Grupo Orgulho, Liberdade e Dignidade (Gold)*, para travestis, transexuais, *gays* e HSH.

Resultados

De março a outubro de 2014, foram testadas 9.857 pessoas, das quais 43% nunca tinham realizado o teste de HIV. Do total de casos reagentes, 28% das pessoas nunca tinham realizado o teste.

Redução de casos de malária no Oiapoque

A vulnerabilidade para a transmissão da malária e a existência de áreas de assentamento, garimpo, aldeias indígenas e atividades como a caça, a pesca e a agricultura tornam a prevenção e o controle da malária um desafio constante no citado município. Considerando-se a existência de uma população flutuante na região, composta majoritariamente por garimpeiros, além das medidas de controle de rotina, são necessárias medidas específicas para estes grupos. Nesse sentido, o município realiza ações de educação e detecção ativa nos pontos de entrada do município, na região da orla urbana (onde atracam barcos vindos do país vizinho) e em duas outras rotas situadas na Vila Brasil e na Ilha Bela. O município conta também com um posto de vigilância de redução da parasitemia pelo *Plasmodium falciparum* para a identificação de possíveis falhas terapêuticas e a identificação precoce de sinais de resistência do parasita aos medicamentos utilizados. Entre 2011 e 2014, o Oiapoque avançou nos aspectos organizacionais e gerenciais, o que foi decisivo para a redução de casos de malária, embora se reconheça que há muito a ser feito em relação às doenças de transmissão vetorial.

Resultados de 2011 a 2014

- Redução de 57% dos casos de malária, passando de 5.178 notificações em 2011 a 2.221 notificações em 2013, o que significa uma média de redução anual de 34,5%.
- De janeiro a agosto de 2014, foram notificados 443 casos, com redução de 47% em comparação ao mesmo período de 2013.
- Os casos autóctones passaram de 82% em 2011 a 69% em 2012 e a 52% em 2013. Até agosto de 2014, este percentual era de 57%.
- Dos casos importados, quase todos são oriundos da Guiana Francesa.

Redução de casos de malária no Pará

Estratégias e ações sistemáticas executadas pelas equipes estaduais e municipais do Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), em áreas prioritárias, com apoio técnico e financeiro do MS, por meio do PNCM, resultaram na redução acentuada da transmissão da doença no estado.

Resultados

- Em 2011, o Pará notificou 115.231 casos novos de malária.
- Em 2012 e 2013, os percentuais de redução foram de 31% e 69%, respectivamente, ou seja, 79.228 casos notificados em 2012 e 24.736 em 2013.
- De janeiro a agosto de 2014, foram notificados 7.623 casos, o que corresponde a uma redução de 91%, com relação ao mesmo período de 2011.

Promoção da saúde dos trabalhadores expostos ao benzeno em postos de revenda de combustíveis (PRC) em estados do Brasil

O benzeno está presente na composição da gasolina e em outros compostos orgânicos. É uma substância carcinogênica e hematotóxica, sendo alvo de vigilância em saúde em todo o mundo. Estão diretamente expostos ao benzeno os trabalhadores de PRC e outros trabalhadores e residentes no entorno dos postos, onde também há riscos associados a outras substâncias químicas, tais como álcool, diesel e gás. No Brasil, em 2012, estavam expostos 39.450 trabalhadores nos PRC. A Região Sudeste concentrava o maior percentual (com 41%), e a Norte, o menor (com 7,2%). Os estados da BA, PR, RS, SC e SP desenvolveram um conjunto de ações para promover a saúde do trabalhador, mitigar ou prevenir agravos à saúde e ao meio ambiente. Dentre elas, destacam-se as seguintes:

- avaliação de risco de áreas contaminadas;
- definição de procedimentos de atuação para equipes municipais e regionais do SNVS e adoção de instrumento de notificação recomendatória para os PRC;
- mapeamento dos PRC e preenchimento de roteiro com recomendações de saúde e segurança e emissão de autos de intimação para o seu cumprimento;
- notificação dos PRC que não cumprem as recomendações do Ministério Público do Trabalho (MPT) para a abertura do instrumento de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC);
- estudos, pesquisa e cursos de formação para cerca de 1.870 trabalhadores, 1.106 técnicos de Cerest, UBS e fiscais das vigilâncias sanitárias municipais e regionais;
- formação de uma rede descentralizada, com técnicos da Bahia e de Campinas, como ponto focal para a qualificação da intervenção e o uso do roteiro de inspeção em nove estados do país (SP, RS, RN, CE, AM, AC, SE, PR, GO).

Em todos os estados, a ação foi integrada com os Cerest regionais e com apoio técnico e político da Comissão Estadual do Benzeno. As vigilâncias foram realizadas pela Visa, Visam e Visat/ Cerest regionais e/ou estaduais e com parceria do MPT. O roteiro de inspeção foi unificado para a avaliação dos ambientes e da saúde dos trabalhadores como subsídio à notificação.

Vigilância de populações expostas aos agrotóxicos na Paraíba

A Portaria GM/MS nº 2.938, de 20 de dezembro de 2012, autoriza o repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, para o fortalecimento da vigilância em saúde de populações expostas a agrotóxicos, destinado aos estados e ao Distrito Federal. Em dezembro de 2013, foi aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), por meio da Resolução nº 197, a Proposta de Vigilância e Atenção Integral à Saúde de Populações Expostas aos Agrotóxicos. O Estado da Paraíba foi contemplado com o repasse de R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais) para o desenvolvimento desta proposta.

Ações realizadas e em desenvolvimento:

i) capacitação de profissionais da atenção básica para o fortalecimento das Unidades-Sentinela na atenção integral à saúde da população exposta a agrotóxicos; ii) análise da qualidade da água, com ênfase no parâmetro relativo à contaminação por agrotóxicos nos municípios prioritários e nos assentamentos rurais; iii) realização de reuniões periódicas com órgãos governamentais e não governamentais; iv) realização de ações de promoção à saúde com trabalhadores de usinas do setor sucro-alcooleiro; v) atuação integrada do Cerest com a Vigilância em Saúde Ambiental para o desenvolvimento de ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos (VSPEA); vi) estabelecimento de parcerias com o Lacen, a Vigilância Epidemiológica, a Secretaria de Agricultura, a Empresa de Assistência Técnica e Extensão (Emater), o Conselho Regional de Engenharia e Agronomia (Crea), a Comissão Permanente Rural (CPR) da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego e com os sindicatos de trabalhadores rurais.

Estas ações, iniciadas em 2013, apontam para a estruturação da vigilância em saúde das populações expostas a agrotóxicos e devem ser vistas como fundamentais à proteção das pessoas e do meio ambiente, com vistas ao desenvolvimento sustentável.

Projeto dia D: atenção aos portadores de tuberculose no complexo prisional de Alagoas

A Gerência de Enfermagem definiu o 5º dia útil de cada mês para a realização, de forma sincronizada, do acompanhamento às pessoas em tratamento para tuberculose. Foram confeccionados cartazes com orientações para as enfermarias, fortalecendo a adesão dos profissionais. Foi elaborado um formulário contendo informações para o preenchimento do livro de registro de pacientes que subsidiam o boletim mensal de acompanhamento. Quando um paciente recebe o diagnóstico de tuberculose, é feito o exame de HIV. Mesmo que o paciente já tenha feito esse teste, ele é repetido. São oferecidos o tratamento e o acompanhamento regular mensal para a avaliação do tratamento. Este trabalho é visto como

uma necessidade de saúde pública, que beneficia não somente as pessoas privadas de liberdade, mas toda a sociedade, pois – além de proteger os visitantes – evita que, ao sair da prisão, a pessoa contamine os seus contactantes.

Resultados

- foram identificados pacientes em uso de dose e/ou droga inadequada e outros com indicação para investigação de multirresistência;
- em 2012, apenas 8% dos casos de tuberculose tiveram testes realizados para HIV;
- em 2013, após a campanha, 59% dos casos analisados tiveram testes realizados para HIV;
- o número de baciloscopias de acompanhamento foi ampliado, criando um vínculo maior com o paciente.
- A sistematização da frequência de consulta de acompanhamento e o dinamismo são determinantes para o processo de cura da tuberculose em locais fechados.

Fonte: Agência Alagoas e Anais Expoepi.

São Luís amplia o atendimento antirrábico humano

168

O Brasil assumiu o compromisso de eliminar a raiva humana transmitida por cães até 2015. Esta é uma meta que tem colocado maiores desafios para alguns estados brasileiros, a exemplo do Maranhão, onde foram registrados seis óbitos pela doença entre os anos de 2011 e 2013. Como estratégia para o enfrentamento desta situação, a SVS, a SES/MA e os municípios de risco elaboraram o Plano de Eliminação da Raiva Humana transmitida por cão para a Região Metropolitana de São Luís e os municípios de risco. Foram realizadas a capacitação dos profissionais de saúde, a implantação da vacina e do soro antirrábico humano nas unidades de saúde elegíveis e foi feito o monitoramento após a implantação do atendimento nessas unidades.

Resultados

- 169 profissionais capacitados: enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, com três e quatro profissionais por unidade de saúde.
- 63 unidades de saúde são elegíveis para o manejo da vacina antirrábica humana. Entre 2012 e 2013, passou-se de 9 para 46 unidades que oferecem o serviço, o que corresponde a um aumento de 73%.
- 7 unidades são elegíveis para o manejo do soro antirrábico humano. Entre 2012 e 2013, passou-se de 2 para 5 unidades que oferecem o serviço, o que corresponde a um aumento de 71,4%.

Constatou-se, ainda, significativa melhoria na completude do esquema vacinal, com aumento no número das doses subsequentes da vacina:

- **Em 2012:** 2ª dose: 1.651; 3ª dose: 680; 4ª dose: 428; 5ª dose: 312.
- **Em 2013:** 2ª dose: 3.829; 3ª dose: 1.787; 4ª dose: 1.186; 5ª dose: 1.001.

O município de São Luís promoveu também a expansão da oferta do tratamento antirrábico humano, melhorando o acesso da população a esse serviço. Até outubro de 2014, não foi registrado nenhum caso de raiva humana no município.

... PARA AVANÇAR COM OUSADIA E CONSISTÊNCIA NOS PRÓXIMOS ANOS

Entre 2011-2014, a SVS realizou esforços no sentido de revisar todas as ações e programas de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos, buscando introduzir inovações e assumir metas ousadas que impulsionassem com mais velocidade e consistência a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira. Assim, foram incorporadas novas estratégias, ferramentas e processos com vistas ao enfrentamento dos desafios impostos pelo quadro epidemiológico atual e as desigualdades existentes entre as diferentes regiões e grupos populacionais do país. Além disso, trabalhou-se com o intuito de antecipar riscos e preparar o país para as emergências em saúde pública, tanto as previsíveis como as inusitadas.

No conjunto dos resultados alcançados, podem ser destacadas as mudanças na governança do SNVS com o objetivo de garantir maior flexibilidade aos gestores estaduais e municipais no uso de recursos descentralizados; a introdução da transferência de recursos condicionada ao alcance de metas de qualidade das ações, o PQA-VS; a expressiva melhoria da cobertura e da qualidade das informações do SIM e do Sinasc; novas e mais abrangentes metodologias para capacitação dos trabalhadores da vigilância em saúde; aperfeiçoamento das ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, com melhoria dos indicadores e redução de casos, de internações e de óbitos; ampliação do monitoramento de fatores de risco e proteção das doenças e agravos não transmissíveis e estímulo às ações de promoção da saúde; estruturação de ações de vigilância ambiental; ampliação da atenção à saúde do trabalhador; fortalecimento das capacidades básicas para resposta às emergências em saúde pública; aprimoramento das ações de vigilância em saúde nos grandes eventos de massa; e uma reconhecida presença e liderança do país nas ações de cooperações internacionais e nos fóruns internacionais em temas de vigilância em saúde.

Esses avanços precisam ser consolidados nos próximos anos e estender-se por todo o país, de maneira sustentável e permanente, fortalecendo a enorme contribuição dada pelas ações de vigilância em saúde para a consolidação do SUS e para a melhoria da qualidade de vida e da saúde da nossa população.

BIBLIOGRAFIA

BARRETO, Mauricio L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, Nov. 2002. Suplemento 1.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **À sua saúde**. Brasília: Anvisa, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ações transversais da vigilância em Saúde**: promoção, análise e integração: gestão 2007-2008. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório de Gestão da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – CGPNCH**: janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Brasília, 2011. 88 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas a pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2012**: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 536 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 444 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Inovações e desafios**: Vigilância em Saúde: gestão 2011-2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

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

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**: 2012. Rio de Janeiro, 2013. 259 p.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Comunicação Saúde Educação**, [S.l.], v. 14, n. 34, p.593-605, Jul./Set. 2010

_____, D. C. et al. A política Nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

MINAYO, M. C. S. Social Violence from a Public Health Perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento 1.

MURRAY, C. J. L; ORTBLAD, K. F.; GUINOVART, C. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990—2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet** (on-line), London, v. 384, n. 9947, p. 1005-1070, 13 set. 2014. Disponível em: <http://seeg.zoo.ox.ac.uk/files/Publications/GBD_HIV_TB_Malaria_2014.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

NEVES, A. C. M. et al. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p.587-596, out-dez 2013. Doi: 10.5123/S1679-49742013000400005.

RODRIGUES, R. **Ideia sustentável**: observatório de tendências em sustentabilidade: contexto da saúde: situação no mundo e no Brasil. São Paulo:ed 37; Ofício Plus comunicação e Editora Ltda, 2014. p. 10-11

TAUIL, Pedro Luiz. Controle de doenças transmitidas por vetores no sistema único de saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 59-60, June 2002. ISSN 0104-1673.

OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÕES

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde:< portaldasaude.gov.br>.

Apresentações de áreas técnicas em reuniões do colegiado de gestão da SVS.

Entrevistas e questionários semiestruturados, respondidos por técnicos, coordenadores e diretores da SVS.

CRÉDITOS INSTITUCIONAIS

Ministro da Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha (2011-2013)

Ademar Arthur Chioro dos Reis (2014)

Secretário de Vigilância em Saúde

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Chefe de Gabinete

Marcus Vinicius Quito

Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento – CGPLAN

Carlos Eduardo (2011-2013)

Marta Roberta Santana Coelho (2013-2014)

Geraldo Ferreira (2014)

Núcleo de Comunicação – Nucom

Carlos Estênio Freire Brasilino

Núcleo de Eventos e Cerimonial – NEC

Eunice de Lima

Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde – DEGEVS

Sônia Maria Feitosa Brito

Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB

Mariana Pastorello Verotti

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços – CGDEP

Elisete Duarte

Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis – DEVIT

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques

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

Wanderson Kleber de Oliveira

Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis – CGDT

José Ricardo Pio Marins

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI

Carla Magda S. Domingues

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

Draurio Barreira Cravo Neto

Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE

Rosa Castália França Ribeiro Soares

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

Giovanini Evelim Coelho

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Malária – CGPNCM

Ana Carolina Faria E Silva Santelli

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

Deborah Carvalho Malta

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – CGDANT

Marta Maria Alves da Silva

Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológicas – CGIAE

Juan José Cortez Escaldante

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

Dirceu Bartolomeu Graco (2010-2013)

Fábio Caldas de Mesquita (2013-2014)

Coordenação Geral de Assistência e Tratamento em DST e Aids – CAT

Marcelo Araujo de Freitas

Coordenação Geral de Prevenção e Articulação Social – CGPAS

Acioli Neto

Denise Serafim

Coordenação Geral de Hepatites Virais – CHV

Marcelo Naveira

Coordenação Geral de Laboratórios – CGLAB

Miriam Franchini

Coordenação Geral de Gestão e Governança – CGG

Fábio O'Brien de Carvalho

Coordenação Geral de Informações Estratégicas – CIE

Gerson Fernandes Mendes Pereira

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST

Carlos Augusto Vaz

Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM

Daniela Buosi

Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador – CGST

Jorge Machado

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTOS NORMATIVOS PUBLICADOS ENTRE 2011 E 2014

Tema: gestão

Portaria nº 183, de 30/01/14 – regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.

Portaria nº 3.276, de 26/12/2013 – regulamenta o incentivo financeiro de custeio as ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e Hepatites Virais.

Portaria nº 1.708, de 16/08/2013 – regulamenta o Programa Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)

Portaria nº 1.378, de 09/07/2013 – regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Tema: instituição dos Comitês Técnicos Assessores da SVS

Portaria nº 38, de 18/12/2012 – CTA da Vigilância de Doenças Transmissíveis.

Portaria nº 32, de 16/10/2012 – CTA em Hanseníase e Doenças em Eliminação.

Portaria nº 14, de 28/06/2012 – CTA em Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Portaria nº 09, de 02/05/2012 – CTA da Vigilância em Saúde Ambiental.

Portaria nº 4 de 09/02/2012 – CTA do Programa de Controle da Tuberculose.

Portaria nº 3 de 09/02/2012 – CTA do Programa de Controle da Dengue.

Portaria nº 1, de 12/01/2012 – CTA do Programa de Controle da Malária.

Portaria nº 232, de 25/11/2011 – CTA do Programa de Imunizações.

Portaria nº 225, de 22/07/2011 – CTA do Programa de Controle das Hepatites Virais.

Tema: vigilância do óbito

Portaria nº 1.271, de 06/06/2014 – Atualiza a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Tema: Lacen

Portaria nº 2.797, de 06/12/2012 – Institui incentivo financeiro para fortalecimento dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública da Região da Amazônia Legal para fins de análise de medicamentos utilizados no tratamento da malária, leishmaniose, hanseníase e tuberculose no âmbito da vigilância sanitária.

Tema: dengue

Portaria nº 2.760, de 19/11/2013 – Autoriza repasse no Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Componente de Vigilância em Saúde de incentivo financeiro para qualificação das ações de vigilância, prevenção e controle da dengue.

Portaria nº 2.804, de 06/12/2012 – Autoriza repasse no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde de incentivo financeiro para qualificação das ações de vigilância, prevenção e controle da dengue.

Tema: HIV/Aids, hepatites virais e sífilis congênita

Portaria nº 29 MS/SVS, de 17/12/2013 – Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências.

Portaria nº 28 MS/SVS, de 29/11/2013 – Institui o Grupo de Trabalho para apresentar diretrizes sobre sustentabilidade das ações de organizações da sociedade civil das áreas de vigilância em saúde, de acordo com Decreto nº 7.508, de 28/06/2011.

Portaria Conjunta nº 1, de 16/01/2013 – Trata da alteração na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 – Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids

Portaria nº 20, de 25/07/2012 – Incorpora os inibidores de protease telaprevir e boceprevir para tratamento da hepatite crônica C no SUS.

Portaria nº 12, de 22/4/2014 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.

Portaria nº 25, de 12 de novembro de 2013 – Aprova o Suplemento 1 e 2 do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite Viral C e Coinfecções – Manejo do paciente infectado cronicamente pelo genótipo 1 do HCV e fibrose avançada.

Portaria nº 27, de 29/11/2013 – Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.

Portaria nº 731, de 29/4/2013 – Altera os valores de repasse destinado ao Estado do Rio de Janeiro pela qualificação de municípios para o recebimento de incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST, a ser alocado no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS).

Portaria nº 3.242, de 30/12/2011 – Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis.

Portaria nº 2.837, de 01/12/2011 – Redefine o Comitê Técnico de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Portaria nº 230, de 09/11/2011 – Institui a Comissão de Articulação com os Movimentos Sociais em HIV/Aids e Hepatites Virais (CAMS), com caráter consultivo sobre aspectos técnicos e políticos, necessários à formulação de políticas para o enfrentamento do HIV/Aids e das hepatites virais.

Tema: malária

Portaria nº 1, de 13/01/2014 – Estabelece diretrizes, procedimentos, fluxos e competência para obtenção do Laudo de Avaliação do Potencial Malarígeno (LAPM) e do Atestado de Condição Sanitária (ATCS) de projetos de assentamento de reforma agrária e outros empreendimentos sujeitos ao licenciamento ambiental em áreas de risco ou endêmica para malária.

Portaria nº 2.850, de 02/12/2011 – Autoriza repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde para instalação de mosquiteiros impregnados com inseticida de longa duração nos municípios contemplados pelo Projeto de Expansão do Acesso às Medidas de Prevenção e Controle da Malária.

Portaria Interministerial nº 419, de 26/10/2011 – Regulamenta a atuação dos órgãos e das entidades da Administração Pública Federal envolvidos no licenciamento ambiental de que trata o art. 14 da Lei nº 11.516, de 28 de agosto de 2007.

183

Tema: doenças relacionadas à pobreza e em fase de eliminação

Portaria nº 1.253, de 06/06/2014 – Autoriza o repasse dos valores de recursos federais, relativos à Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma, para 2014.

Portaria nº 3.097, de 16/12/2013 – Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios com alta carga da doença para implantação, implementação de ações contingenciais de vigilância, prevenção e controle da hanseníase e esquistossomose, como problemas de saúde pública.

Portaria nº 356, de 7/3/2013 – Autoriza o repasse de recursos a Estados e Municípios (parcela única) para promover a expansão de ações de prevenção e reabilitação para atender pessoas acometidas pela hanseníase, em estabelecimentos de saúde estaduais ou municipais que já atendem a esses usuários.

Tema: doenças imunopreveníveis

Portaria nº 1.498, de 19/07/2013 – Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em todo o território nacional.

Portaria nº 2.682, de 07/11/2013 – Estabelece procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros de investimento pelo Ministério da Saúde destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Portaria nº 3.301, de 26 de dezembro de 2013 – Autoriza o repasse financeiro de investimento do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais para aquisição de equipamentos, material permanente e/ou unidade(s) móvel(is) para fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio.

Portaria nº 2.363, de 18/10/2012 – Institui repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para fomento na implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) no âmbito das unidades de saúde.

Portaria nº 1.429, de 3/7/2014 – Estabelece procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros de investimento pelo Ministério da Saúde, destinados ao fomento e ao aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Tema: promoção da saúde

Portaria nº 2.446, de 13/11/2014 – Aprova a nova Política Nacional de Promoção da Saúde.

Tema: violência doméstica e sexual

Portaria nº 528, de 01/04/2013 – Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS.

Tema: violência no trânsito

Portaria nº 183, de 30/01/2014, por meio da qual o projeto Vida no Trânsito foi um dos eixos definidos para compor o piso variável de vigilância e promoção da saúde.

Portaria Interministerial nº 3.082, de 24/09/2013. Os Ministérios da Justiça e da Saúde criam o Sistema de Informações de Acidentes de Consumo. O sistema captará informações sobre acidentes graves e fatais decorrentes de produtos ou serviços no mercado brasileiro.

Tema: academia da saúde

Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011 – Institui o Programa Academia da Saúde.

Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013 – Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde.

Tema: saúde do trabalhador e da trabalhadora

Portaria nº 2.808, de 20/11/2013 – Convoca a 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNSTT).

Portaria nº 1.823, de 23/08/2013 – Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Tema: vigilância ambiental

Portaria nº 2.938, de 20/12/2012 – Autoriza o repasse do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde e do Distrito Federal, para o fortalecimento da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos, destinado aos Estados e DF.

Portaria nº 2.914, de 12/12/2011 – Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

Portaria nº 2.365, de 18/10/2012 – Define a composição do kit de medicamentos e insumos estratégicos a ser encaminhado pelo MS para a assistência farmacêutica às Unidades da Federação atingidas por desastres de origem natural associados a chuvas, ventos e granizo e define os respectivos fluxos de solicitação e envio

Tema: notificação compulsória e emergências em saúde pública

Portaria nº 1.271, de 06/06/2014 – Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Portaria nº 1.984, de 12/9/2014 – Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória a serem monitorados pela vigilância em unidades sentinelas.

Tema: vigilância de emergências e desastres

Portaria nº 1.139, de 10/06/2013 – Define, no âmbito do SUS, as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa.

ANEXO B

CURSOS REALIZADOS EM PARCERIA COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO E COM A UNA-SUS – PERÍODO DE 2011 A 2014

QUADRO 1

Relação dos cursos de pós-graduação em vigilância em saúde realizados em parceria com instituições de ensino

Curso	Período de oferta	Modalidade	Participantes	IES parceira
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde – 3ª turma	2009-2011	Presencial	13	ENSP/Fiocruz
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde – 4ª turma	2010-2012	Presencial	18	ENSP/Fiocruz
Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde	2009-2014	Presencial	34	ENSP/Fiocruz
Mestrado em Vigilância em Saúde nas Fronteiras (Dourados/MS)	2010-2012	Presencial	20	ENSP/Fiocruz
Mestrado Profissional em Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde	2010-2012	Presencial	17	ENSP/Fiocruz
Mestrado Profissional de Vigilância em Saúde do Trabalhador*	2013-2014	Presencial	20	ENSP/Fiocruz
Mestrado Profissional em Epidemiologia das Doenças Transmissíveis, com ênfase nas relacionadas à pobreza – Teresina (PI)*	2013-2014	Presencial	25	ENSP/Fiocruz
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde**	2014-2016	Presencial	25	ENSP/Fiocruz
Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana	2010-2012	EAD	120	ENSP/Fiocruz
Especialização em Gestão de Programas para o Controle da Tuberculose	2011-2011	Presencial	40	CRPHF/ENSP/Fiocruz
Especialização em Epidemiologia para Monitoramento e Resposta às Emergências em Saúde Pública	2011-2011	Presencial	30	ENSP/Fiocruz
Especialização em Epidemiologia para Monitoramento e Resposta às Emergências em Saúde Pública	2012-2012	Presencial	30	ENSP/Fiocruz

Continua

Curso	Período de oferta	Modalidade	Participantes	IES parceira
Especialização em Impactos da Violência na Saúde	2012-2013	EAD	90	CLAVES/ Fiocruz
Especialização em Gestão de Emergências em Saúde Pública (GESP)*	2013-2014	EAD	40	SAS/SVS/ SGTES/IEP/Sírio Libanês
Especialização em Biossegurança aplicada a Laboratórios de Saúde Pública*	2013-2014	EAD	45	ENSP/Fiocruz
Especialização em Vigilância Ambiental*	2013-2014	EAD	447	UFRJ/UNA-SUS
Especialização em Poluição Atmosférica e Saúde Humana*	2013-2014	EAD	90	USP
Especialização em Análise de Situação em Saúde – ASIS*	2013-2014	EAD	150	IPTSP-UFG
Especialização de Epidemiologia em Saúde do Trabalhador*	2013-2014	EAD	400	UFBA
Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana*	2013-2014	EAD	20	Fiocruz/ CESTEH
Especialização em Saúde Coletiva com foco em Vigilância em Saúde*	2013-2014	Presencial	30	IMIP
Aperfeiçoamento: Formação de Agentes do Controle Social na Saúde do Trabalhador	2010-2011	EAD	105	ENSP/Fiocruz
Aperfeiçoamento em Formação de Agentes do Controle Social na Saúde do Trabalhador	2011-2011	EAD	60	ENSP/Fiocruz
Aperfeiçoamento de Multiplicadores da capacitação de Pessoal de Sala de Vacina	2011-2012	EAD	300	ISC/UFBA
Aperfeiçoamento para Multiplicadores da capacitação de Pessoal de Sala de Vacina (TSV)*	2013-2014	EAD	137	ISC/UFBA
Aperfeiçoamento – Impactos da Violência na Saúde*	2013-2014	EAD	336	CLAVES/ Fiocruz
Total de cursos: 26			2642	

* Em andamento.

** Em divulgação.

Fonte: CGDEP/SVS/MS

QUADRO 2

Relação de cursos em EAD, por ano de início da oferta, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

Cursos	Início da oferta	Ingressantes	Concluintes	Parcerias institucionais
Avaliação de risco à saúde humana por exposição a substâncias químicas – versão 1	2010-2011	650	214	UNA-SUS/ UFRJ
Avaliação de risco à saúde humana por exposição a substâncias químicas – versão 2	2013	356	200	UNA-SUS/ UFRJ
Curso de geoprocessamento em saúde	2012	413	325	UNA-SUS/UFG
Saúde, desastres e desenvolvimento	2012-2013	997	299	UNA-SUS/ UFRJ
Vigilância da qualidade da água para consumo humano – versão 1	2012	311	229	UNA-SUS/ UFRJ
Vigilância da qualidade da água para consumo humano – versão 2	2013	1153	531	UNA-SUS/ UFRJ
Influenza para profissionais de vigilância em saúde	2012	1025	635	UNA-SUS/UFC
Ações para o controle da tuberculose na atenção básica	2012	10126	714	UNA-SUS
Atualização do manejo clínico da dengue	2012	10735	1637	UNA-SUS
Atualização no manejo clínico da influenza	2013	3309	1112	UNA-SUS
Vacinação contra o HPV	2014	11755	3339	UNA-SUS/ UFPE
Hanseníase na atenção básica	2014	1400	-	UNA-SUS
Total de cursos: 12		42230	9235	

Fonte: CGDEP/SVS/MS (atualizado em 27.11.2014)

QUADRO 3

Cursos de EAD realizados em parceria com outras instituições de ensino

Outros cursos a distância	Período da oferta	Concluintes	Parceria Institucional
Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde com enfoque no Programa Academia da Saúde	2011	600	UNB
	2012	500	
	2013-2014	400	
Curso de extensão para doenças e agravos não transmissíveis	2011	320	UFRGS/UERJ
	2012	320	
Gestão da Política de DST/Aids e hepatites virais	2012	200	UFRN
Curso Básico de Aconselhamento em DST/Aids	2013	118	Universus
Curso de doenças crônicas não transmissíveis	2013	169	UFRGS
Curso de capacitação – novo modelo de vigilância de influenza para profissionais de saúde	2014	500	UFC
Leishmanioses no Brasil	2014	55	Panaftosa/ OPAS
Total de cursos: 7		3182	

Fonte: CGDEP/SVS/MS

QUADRO 4**Relação dos cursos do Telelab: 2011-2014**

Cursos	Período da oferta	Concluintes
Diagnóstico laboratorial da <i>Chlamydia</i>	2011-2012	750
Coleta de sangue de doadores	2011-2012	1205
Preparação de hemocomponentes	2011-2012	695
HTL V I/II – Triagem e diagnóstico sorológico	2011-2012	943
Controle de qualidade de testes sorológicos	2011-2012	507
Captação de doadores de sangue	2011-2012	448
Triagem clínica de doadores de sangue	2011-2012	691
Imunohematologia – testes pré-transfusionais	2011-2012	697
Imunohematologia – Resolução de problemas nos testes pré-transfusionais	2011-2012	429
Fungos e Aids – diagnóstico lab. das infecções oportunistas	2011-2012	728
Parasitose e Aids – diagnóstico lab. das infecções oportunistas	2011-2012	583
Sífilis – Estratégias para Diagnóstico no Brasil	2011-2013	2.234
Doença de Chagas – Triagem e diagnóstico sorológico em Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública	2011-2013	942
Técnicas para coleta de secreções	2011-2014	1.956
Coleta de Sangue – Diagnóstico e monitoramento das DST, Aids e hepatites virais	2011-2014	8.317
Técnica de coloração de Gram	2011-2014	1.518
Cultura, isolamento e identificação de <i>N. gonorrhoeae</i>	2011-2014	1.053
HIV – Estratégias para diagnóstico no Brasil	2011-2014	2.198
HIV – Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil	2011-2014	1.959
Tuberculose – diagnóstico laboratorial – baciloscopia	2011-2014	1.579
Equipamentos – Utilização e monitoramento em Unidades Hemoterápicas e Laboratórios de Saúde Pública	2011-2014	2.240
Gestão da política de DST/Aids e hepatites virais	2012 -2014	200
Hepatites Virais	2011-2014	455
Biossegurança – Laboratórios de DST, Aids e hepatites virais	2013-2014	478
Curso Básico de Aconselhamento em DST/Aids	2013-2014	118
Testes rápidos HIV, sífilis e hepatites virais	2014-2014	5.000
Total de cursos: 26		37.923

Fonte: CGDEP/SVS/MS

ANEXO C

PUBLICAÇÕES DA SVS/MS, DE 2011 A 2014

Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação – Cadernos dos estados

Inovações e desafios: Vigilância em Saúde – Gestão 2011-2013

Manual de Redação da Secretaria de Vigilância em Saúde

Manual para produção editorial na SVS – 2ª edição

Doenças Transmissíveis

Leishmaniose Visceral: Recomendações Clínicas para Redução da Letalidade

Protocolo de Tratamento da Raiva Humana no Brasil

Normas técnicas de Profilaxia da Raiva Humana

Manual técnico de diagnóstico laboratorial das campylobacter

Manual técnico de diagnóstico laboratorial das salmonella spp

Guia de Vigilância do *Culex Quinquefasciatus*

Manual de diagnóstico dos agentes oportunistas (parte I) : parasitos intestinais e *Pneumocystis jirovecii*

Hidatidose Humana no Brasil: Manual de Procedimentos Técnicos para o Diagnóstico Parasitológico e Imunológico

Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem

Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil

Manual de Vigilância de Epizootias em Primatas não Humanos e Entomologia Aplicada à Vigilância Em Febre Amarela – 2ª edição

Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento de Pacientes com a Coinfecção Leishmaniose-HIV

Programa Nacional de Imunizações: 40 anos

Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações

Talidomida: Orientação para o uso controlado

Protocolo de tratamento de influenza 2013

Dengue: manual de enfermagem. 2ª edição

Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança. 4ª edição.

Dengue diagnóstico e manejo clínico – criança

Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* – Liraa – para Vigilância Entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil – Metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e Tipo de Recipientes

Manual de Vigilância, Prevenção e Controle das Hantavírus

Leptospirose: diagnóstico e manejo clínico

Manual de vigilância do tracoma e sua eliminação como causa de cegueira

Vigilância e eliminação da esquistossomose: diretrizes técnicas

Testes rápidos para o diagnóstico da malária: transporte, armazenagem e utilização (folder)

Guia prático de tratamento da malária no Brasil

Esquemas recomendados para o tratamento da malária não complicada no Brasil – folder

Guia de Sistema de Controle de Qualidade do Diagnóstico Laboratorial da Malária para a Região Amazônica – Versão preliminar

Rede do Bem contra a malária em: como saber se é malária? (Gibi)

Rede do Bem contra a malária em: o tratamento não pode parar (Gibi)

Rede do Bem contra a malária em: a proteção começa em casa (Gibi)

Rede do Bem, 1ª, 2ª, 3ª e 4ª edições (Jornais)

Ações de controle da malária (álbum seriado)

Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral

Guia Leptospirose: diagnóstico e manejo clínico

Manual de vigilância, prevenção e controle das hantavírus

Guia de vigilância de epizootias em primatas não humanos e entomologia aplicada à vigilância da febre amarela

Roteiro para capacitação de profissionais médicos no diagnóstico e tratamento da leptospirose: guias do aluno e do instrutor

Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais

Manual de normas e procedimentos para vacinação

Manual de Eventos Adversos Pós-vacinação – EAPV

Curso de atualização para o trabalhador da sala de vacinação – monitor e aluno

Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais

Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica

Preparação e resposta para a introdução do vírus chikungunya no Brasil

Plano de contingência nacional para a febre de chikungunya

Revista AZT – Jovens

Hepatites virais no Brasil: Situação, ações e agenda

Síndrome lipodistrófica em HIV – Cartilha para profissionais da saúde

DEBI Brasil – Mpowerment: Estratégia de Prevenção para as DST-HIV

DEBI Brasil – Líder de Opinião Popular – LOP: Estratégia de Prevenção para as DST-HIV

DEBI Brasil – Muitos Homens, Muitas Vozes – 3MV: Estratégia de Prevenção para as DST-HIV

Revista Posithiva 2012

Boletim Epidemiológico de Aids-DST – periódico

Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids

Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e Aids

Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais 2012

Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes – Rede Cegonha

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral B e coinfeções

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite viral C e coinfeções

Protocolo de investigação de óbito por HIV/Aids

Política Brasileira de Enfrentamento da Aids – Resultados, Avanços e Perspectiva

Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids

Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV

Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica

Diretrizes para constituição de Comitês de Investigação de Transmissão Vertical

5 Passos para implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica:
Guia para gestores

Transmissão vertical do HIV e sífilis: Estratégias para redução e eliminação

Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV

Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde

Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher

Saúde Brasil 2012: Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações

Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza

Resumo Executivo Saúde Brasil 2012

Resumo Executivo Saúde Brasil 2013

Vigilância de violência e acidentes – Viva 2009 a 2011

Viva 2009 a 2011 – Versão completa para Web

Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação – investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel Brasil 2009

Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel Brasil 2010

Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel Brasil 2012

Vigilância de doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel 2013

Protocolos de codificações especiais em mortalidade

Promoção da atividade física no SUS no contexto da Política Nacional Promoção da Saúde

Manual de investigação do óbito com causa mal definida

Política Nacional de Promoção da Saúde

Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil

Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação e investigação de violências doméstica, sexual e outras violências

Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Conselho Nacional de Saúde: Caravana nacional em defesa do SUS – Relatório final

Conselho Nacional de Saúde: Carta dos Direitos dos usuários da Saúde

Saúde do Trabalhador e Saúde ambiental – Guia Básico para construção de indicadores

Trabalhar, sim! Adoecer, não! – O processo de construção e realização da 3ª CNST Relatório ampliado da 3ª CNST

Vigilância em Saúde Ambiental: dados e indicadores selecionados 2009 a 2013

Vigilância em Saúde Ambiental: edição especial. V Informe unificado das informações sobre agrotóxicos existentes no SUS 2010

Dor relacionada ao trabalho – Lesões por esforços repetitivos (LER) – Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)

Plano de Segurança da Água: garantindo a qualidade e promovendo a saúde – um olhar do SUS

Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública

Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por agente químico, biológico, radiológico e nuclear (QBRN)

Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por inundação

Glossário de Saúde do Trabalhador do Mercosul

Avaliação de Impacto à Saúde – AIS: metodologia adaptada para aplicação no Brasil

Epidemiologia e vigilância em saúde

Guia de Vigilância em Saúde 2014

Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde: a revista do Sistema Único de Saúde – volumes 20, 21, 22 e 23 (4 números por volume)

Anais da 11ª Expoepi

Anais da 12ª Expoepi

Anais da 13ª Expoepi

Anais da 14ª Expoepi

QUADRO 4

Títulos do Boletim Epidemiológico da SVS, de 2012 a 2014

Título	Ano	Vol. e nº
Protocolo de tratamento de influenza - 2011	2012	Vol. 43, março
Especial Tuberculose	2012	Vol. 43, março
Mortalidade materna no Brasil	2012	Vol. 43, Nº 01
Aids no Brasil: epidemia concentrada e estabilizada em populações de maior vulnerabilidade	2012	Vol. 43, Nº 01
Dengue: situação epidemiológica (de janeiro a abril de 2012)	2012	Vol. 43, Nº 01
Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas	2012	Vol. 43, Nº 01
Investigação de pseudo-surto da doença de Chagas aguda em Altamira/Pará, julho de 2010	2012	Vol. 43, Nº 02
Investigação de casos e aumento da letalidade por hantavirose, Distrito Federal, 2010	2012	Vol. 43, Nº 02
Surto de malária no assentamento Três Pontões, município de Nova Venécia, estado do Espírito Santo, 2012	2012	Vol. 43, Nº 02
Investigação de casos de toxoplasmose aguda em Paraty e Angra dos Reis – Rio de Janeiro, Agosto de 2010	2012	Vol. 43, Nº 02
Surto de Coqueluche em Santana do Mundaú, Alagoas, julho de 2010	2012	Vol. 43, Nº 03
Investigação de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave no Município de Coruripe-Alagoas, outubro de 2010	2012	Vol. 43, Nº 03
Investigação de Surto de Síndrome Gripal em Populações Indígenas, Altamira – Pará, abril – setembro de 2010	2012	Vol. 43, Nº 03
Investigação de surto de sarampo no Rio Grande do Sul, agosto de 2010	2012	Vol. 43, Nº 03

Continua

Título	Ano	Vol. e nº
Inquérito de cobertura vacinal em menores de 5 anos, fronteira Brasil-Colômbia, julho de 2011	2012	Vol. 43, Nº 04
Avaliação de Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias (Asace) do município do Recife em relação ao Diflubenzuron, Pernambuco, 2011	2012	Vol. 43, Nº 04
Investigação de surto de infecção por micobactéria de crescimento rápido em pacientes submetidos a procedimentos de videocirurgia no município de Manaus, agosto de 2010	2012	Vol. 43, Nº 04
Situação epidemiológica da malária no Brasil, 2000 a 2011	2013	Vol. 44, Nº 01
Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia	2013	Vol. 44, Nº 02
Influenza: monitoramento das primeiras 15 semanas epidemiológicas de 2013	2013	Vol. 44, Nº 03
Influenza: monitoramento da semana epidemiológica 16	2013	Vol. 44, Nº 04
Influenza: monitoramento da semana epidemiológica 17	2013	Vol. 44, Nº 05
Influenza: monitoramento da semana epidemiológica 18	2013	Vol. 44, Nº 06
Influenza: monitoramento da semana epidemiológica 19	2013	Vol. 44, Nº 07
Vigilância de violências e acidentes em serviços de urgência e emergência. Viva Inquérito - Capitais e Distrito Federal. Brasil, 2011	2013	Vol. 44, Nº 08
Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sina - Brasil, 2011	2013	Vol. 44, Nº 09
Monitoramento de agrotóxicos na água para consumo humano no Brasil, 2011	2013	Vol. 44, Nº 10
Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil - análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação	2013	Vol. 44, Nº 11
Prevalência de fatores de risco e de proteção: população adulta brasileira - Vigitel 2012	2013	Vol. 44, Nº 12
O controle da tuberculose na população indígena	2013	Vol. 44, Nº 13
Análise da situação epidemiológica da influenza. Brasil, 2012	2013	Vol. 44, Nº 14
Influenza: monitoramento até a semana epidemiológica 29 de 2013	2013	Vol. 44, Nº 15
Surto de sarampo em Pernambuco	2013	Vol. 44, Nº 16
Monitoramento de agrotóxicos na água para consumo humano no Brasil, 2012	2013	Vol. 44, Nº 17
Monitoramento de cianobactérias nos mananciais de abastecimento de água para consumo humano no Brasil, 2012	2014	Vol. 45, Nº 01
O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios	2014	Vol. 45, Nº 02
Dengue: monitoramento das primeiras Semanas Epidemiológicas (SE) de 2014, Brasil	2014	Vol. 45, Nº 03

Continua

Título	Ano	Vol. e nº
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 15 de 2014, Brasil	2014	Vol. 45, Nº 04
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 16 de 2014, Brasil	2014	Vol. 45, Nº 05
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 18 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 6
Febre Amarela: Aspectos epidemiológicos da febre amarela silvestre e a vigilância intensificada durante período de monitoramento, Brasil, 2012/2013	2014	Vol. 45, Nº 07
Preparação e resposta da vigilância em saúde para a Copa do Mundo da FIFA Brasil 2014	2014	Vol. 45, Nº 08
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 20 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 09
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 21 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 10
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 22 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 11
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 23 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 12
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 24 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 13
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 25 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 14
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 26 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 15
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 27 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 16
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 29 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 17
Tuberculose, população indígena e determinantes sociais	2014	Vol. 45, Nº 18
Dengue: monitoramento até a Semana Epidemiológica (SE) 32 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 19
Monitoramento dos casos de dengue Semana Epidemiológica (SE) 35 e febre de chikungunya SE 36 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 20
Monitoramento dos casos de dengue até a Semana Epidemiológica (SE) 36 e febre de chikungunya até a SE 37 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 21
Monitoramento dos casos de dengue até a Semana Epidemiológica (SE) 37 e febre de chikungunya até a SE 38 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 22
Monitoramento dos casos de dengue até a Semana Epidemiológica (SE) 38 e febre de chikungunya até a SE 39 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 23
Monitoramento dos casos de dengue até a semana epidemiológica (SE) 39 e febre de chikungunya até a SE 40 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 24
Monitoramento dos casos de dengue até a Semana Epidemiológica (SE) 40 e febre de chikungunya até a SE 41 de 2014	2014	Vol. 45, Nº 25

Fonte: CGDEP/SVS/MS

ANEXO D

CAMPANHAS DE COMUNICAÇÃO REALIZADAS PELA SVS DE 2011 A 2014

Campanha de Combate à Aids no carnaval: "Sem Camisinha não dá" (2011).



Campanha de Combate à Aids no carnaval: "Na empolgação pode rolar de tudo. Só não rola sem camisinha. Tenha sempre a sua" (2012).



Campanha de Combate à Aids: "A vida é melhor sem aids" (2013).



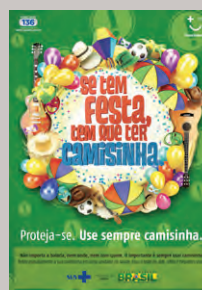
Campanha Dia Mundial de Combate à Aids: "Tem coisas que é melhor saber o quanto antes" (2013).



Campanha Dia Mundial de Combate à Aids: "Não fique na dúvida, fique sabendo" (2013).



Campanha de Combate à Aids: "Se tem festa, tem que ter camisinha" (2014).



Campanha Dia Mundial de Combate à Aids: "#partiuteste" (2014).



Campanha de Combate à Dengue: "Dengue, é fácil combater, só não pode esquecer" (2012).



Campanha de Combate à Dengue: "É hora de conhecer os sintomas da Dengue" (2012).



Campanha de Combate à Dengue: "Dengue e Chikungunya, o perigo aumentou" (2014).



Campanha de Combate à Hanseníase nas escolas: "Hanseníase e verminoses têm cura" (2013).



Campanha de Combate à Hanseníase nas escolas: "Hanseníase, verminoses e tracoma têm cura" (2014).



Campanha do Dia Mundial de Combate à Hanseníase: "Hanseníase tem cura" (2014).



Campanha de Combate às Hepatites B e C (2011): Hepatites B e C são doenças silenciosas.



Campanha de prevenção às Hepatites B e C (2012).



Campanha do Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais: "Hepatite C, sem perceber, você pode ter" (2013).



Campanha do Dia Mundial de Combate às Hepatites Virais: "Hepatite B, sem perceber, você pode ter" (2013).



Campanha do Dia Mundial da Saúde: "Viver Bem é Viver com Saúde" (2011).



Campanha do Dia Mundial da Saúde, 2013.



Campanha do Dia Mundial da Atividade Física: "Quem busca qualidade de vida, não pode ficar parado" (2014).



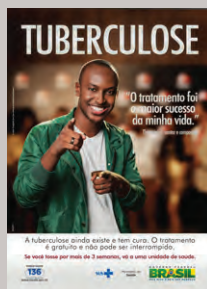
Campanha de Combate à Tuberculose (2011).



Campanha de Combate à Tuberculose: "Quanto antes você tratar, mais fácil curar" (2013).



Campanha de Combate à Tuberculose: "A tuberculose ainda existe e tem cura" (2014).



Campanha de Vacinação Contra a Gripe (2011).



Campanha de Vacinação Infantil Primeira Fase (2012).



Campanha de Vacinação Infantil Primeira Fase (2013).



Campanha de Vacinação Contra a Gripe (2013).



Campanha de Vacinação Contra o HPV: "Cada menina é de um jeito, mas todas precisam de proteção" (2014).



Campanha de Vacinação Contra o HPV: "Cada menina é de um jeito, mas todas precisam de proteção" (2014).



Campanha de Vacinação Contra o Sarampo e a Paralisia Infantil (2014).



Campanha de Vacinação Contra a Gripe (2014).



ISBN 978-85-334-2232-2



9 788533 422322

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

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



Ministério da
Saúde

