

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

CADERNO DE TEXTOS

2020

Organizadores

Andrea P. B. von Zuben
Maria do Carmo Ferreira

Autores

Adilson Rocha Campos
Andrea P. B. von Zuben
Cristina Ap. Bueno Albuquerque
Denize Assis
Inês Helena de Barros L. Saraiva
Juliana Natívio
Maria do Carmo Ferreira
Naoko Yanagizawa Jardim da Silveira
Rafaela Rodrigues Cheche
Ricardo Cocolisce
Rodrigo Angerami
Valéria Correia Almeida

Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social – IPADS

Presidente – Orlando M. Soeiro
Tesoureiro – Domenico Feliciello
Coordenação Geral do Projeto Aedes na Mira – Carmen Cecília de Campos Lavras

Edição

CONASEMS
conasems@conasems.org.br

Organização

IPADS
contato@ipads.org.br

Design, Projeto Gráfico e Diagramação

3BIS Comunicação

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS

Presidente – Wilames Freire Bezerra
Vice-Presidente – Charles Cezar Tocantins

Vice-Presidente – Cristiane Martins
Pantaleão
Secretário Executivo – Mauro Guimarães
Junqueira

Comitê Executivo do Projeto Aedes na Mira

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas
Catarina Batista da Silva Moreira
Flávio Alexandre Cardoso Álvares
Helena Diaz da Silveira
Jônatas David Gonçalves Lima
Joselisses Abel Ferreira
Kandice de Melo Falcão
Luiz Filipe Barcelos
Rosângela Treichel Saenz Surita
Soraya Galdino de Araújo Lucena

Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde

Secretário de Vigilância em Saúde – SVS/MS – Arnaldo Correia de Medeiros
Diretor do Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – DEIDT/SVS/MS – Laurício Monteiro Cruz
Coordenadora Geral de Vigilância das Arboviroses – CGARB/SVS/MS – Noely Fabiana Oliveira de Moura
Consultora Técnica – CGARB/DEIDT/SVS/MS – Aline Machado Rapello do Nascimento

Direção Executiva e Organização

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas
Flávio Alexandre Cardoso Álvares
Kandice de Melo Falcão
Rosângela Treichel Saenz Surita

Revisão Técnica

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas
Rosângela Treichel Saenz Surita

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Vigilância em saúde nos municípios [livro eletrônico] : caderno de textos / organizadores Maria do Carmo Ferreira, Andrea Paula Bruno von Zuben. -- 1. ed. -- Campinas, SP : IPADS, 2020. PDF

Vários autores.
Bibliografia
ISBN 978-65-992780-0-6

1. Atenção básica à saúde 2. Municípios - Administração pública 3. Serviços de saúde - Administração 4. SUS (Sistema Único de Saúde) 5. Vigilância em saúde I. Ferreira, Maria do Carmo. II. Zuben, Andrea Paula Bruno von.

Índices para catálogo sistemático: 1. Vigilância em saúde pública: Serviços de saúde: Bem-estar social 362.1068 Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

ÍNDICE

DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA..	13
FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO.....	19
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E COMUNICAÇÃO DE RISCO	28
EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS	36
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	39
ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	50
SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – SNVE	55
VIGILÂNCIA LABORATORIAL	59
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NOS HOSPITAIS	64
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES	68
VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIAS AGUDAS	75
VIGILÂNCIA DA COVID-19	82
VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE E HANSENÍASE.....	92
VIGILÂNCIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	101
VIGILÂNCIA DAS ZOOSE	107
VIGILÂNCIA DAS ARBOVIROSES.....	111
INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS VIGILÂNCIA DE ÓBITOS MATERNO, INFANTIL, FETAL E OUTROS DE INTERESSE LOCAL	118
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR.....	126
VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	139
VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES	145



Apresentação IPADS

A presente publicação “Vigilância em Saúde nos Municípios – Caderno de Textos” foi proposta como parte do Projeto Aedes na Mira, desenvolvido através de parceria estabelecida entre o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (IPADS), como mais um instrumento de apoio aos municípios, na perspectiva de fortalecimento de suas práticas de Vigilância em Saúde.

Ele foi elaborado por um conjunto de profissionais com grande vivência no desenvolvimento das mais variadas atividades de Vigilância em Saúde no âmbito municipal e com grande comprometimento com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país.

Ao agradecer a todos os envolvidos nessa publicação, explicitamos nosso desejo de que as ideias aqui apresentadas possam, efetivamente, contribuir com o desenvolvimento da Vigilância em Saúde em todo o país.

Carmen Lavras

Coordenadora do IPADS do Projeto Aedes na Mira



Apresentação CONASEMS

O CONASEMS, no intuito de aprimorar a representação dos municípios no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e na perspectiva de inovação, inaugura uma atuação referente à elaboração de instrumentos de aprimoramento da gestão municipal.

Assim, foi criado o Projeto Aedes na Mira, um convênio com a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS do Ministério de Saúde – MS, que apresenta ações e instrumentos educacionais na área de vigilância em saúde, na perspectiva de integração com a atenção básica. A capilaridade do CONASEMS levou a iniciativa a mais de 75% dos municípios brasileiros. Além disso, o projeto tem o foco em processos integrados e, no atual cenário de enfrentamento à pandemia de Covid-19, fica evidente a forma assertiva dessa condução, uma vez que o enfrentamento a essa pandemia deve ocorrer de forma bastante integrada além de ser intersetorial.

Nesse sentido trazemos mais uma publicação do projeto Aedes na Mira, o caderno de textos, que esperamos que contribua para aprimorar o conhecimento municipal nas ações integradas de vigilância em saúde.

Mauro Guimarães Junqueira
Secretário Executivo do CONASEMS

Sobre os autores

Os textos deste caderno foram escritos por profissionais da área da saúde com formação em saúde coletiva e ampla experiência profissional no SUS: na atenção básica, na vigilância em saúde em município de grande porte, em núcleos de epidemiologia hospitalar e na gestão do SUS.

Adilson Rocha Campos – Médico sanitарista, com especialização em Saúde do Trabalhador e mestrado em Saúde Coletiva. Atuou por 30 anos no SUS, na área de saúde do trabalhador e gestão.

Andrea Paula Bruno von Zuben – Médica veterinária, doutora em Saúde Coletiva. Atua há 20 anos na vigilância em saúde do município de Campinas. Atualmente é Diretora do Departamento de Vigilância em Saúde da SMS Campinas e professora de Epidemiologia na Unicamp.

Cristina Aparecida Bueno Albuquerque – Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva. Realiza Assessoria Técnica do Devisa Campinas, SP. Atuou como coordenadora de unidade básica de saúde Campinas, SP.

Denize Assis – Jornalista, especialista em Comunicação e Saúde pela Fiocruz. Possui experiência em comunicação pública e em comunicação em saúde. Atua como coordenadora de comunicação na Secretaria de Comunicação da Prefeitura Municipal de Campinas.

Inês Helena de Barros Leal Saraiva – Médica infectologista, mestrado em Doenças Infecciosas. Atua por mais de 20 anos em hospitais em núcleos de epidemiologia hospitalar.

Juliana Natívio – Dentista com Especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas. Atuou como cirurgiã dentista na atenção básica, como coordenadora de unidade básica e atualmente como Apoio Técnico Institucional Distrital Campinas, SP.

Maria do Carmo Ferreira – Enfermeira sanitарista, mestre em Saúde Coletiva. Atuou por mais de 30 anos no SUS, na área de vigilância epidemiológica.

Naoko Yanagizawa Jardim da Silveira – Médica sanitарista, com especialização em Vigilância Epidemiológica e Sanitária. Atua há mais de 30 anos no SUS na Vigilância em Saúde.

Rafaela Rodrigues Cheche – Psicóloga, especialista em Processos Educacionais na Saúde com Ênfase em Avaliação de Competência. Atua na área de planejamento do Departamento Regional de Saúde de Campinas, SP.

Ricardo Cocolisce – Médico sanitário. Especialista em Saúde Coletiva. Atuou como médico na Atenção Primária, Coordenador da Vigilância Epidemiológica na Prefeitura de Campinas e em gestão e vigilância hospitalar.

Rodrigo Nogueira Angerami – Médico infectologista, doutorado em Clínica Médica. Atua no Devisa Campinas, SP; na Epidemiologia Hospitalar do Hospital de Clínicas Unicamp e na Faculdade de Ciências Médicas Unicamp.

Valéria Correia Almeida – Médica infectologista e mestre em Saúde Coletiva. Atuou no programa municipal de DST AIDS em Campinas, e atua como médica infectologista e coordenadora da Vigilância de Agravos e Doenças em Campinas.

▮ **CADERNO DE TEXTOS** ▮

DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA

Andrea P. B. von Zuben
Maria do Carmo Ferreira

A política Nacional de Vigilância em Saúde aprovada pela Resolução CNS 588/2018 e homologada pelo Ministério da Saúde, trata-se de um importante avanço institucional na organização da vigilância em saúde no âmbito do SUS, fundamental para o desenvolvimento e melhoria das ações estatais voltadas à redução do risco de doenças e outros agravos à saúde.

A Atenção Básica (AB) deve ser a ordenadora do sistema de saúde e coordenadora das ações de saúde da população e se constitui como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A AB é definida como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (MS, 2017). Como está definida, a AB tem entre suas atribuições, ações de vigilância em saúde que podem ser realizadas de forma autônoma ou compartilhada com a equipe de vigilância do município ou distrito sanitário.

O objetivo do modelo de atenção adotado no Brasil é garantir o cuidado integral da população, e para isto é necessário ampliar a atuação para além da atenção individual na Unidade Básica de Saúde (UBS), e atuar nos problemas coletivos, levando-se em conta o território de atuação, considerando os determinantes ambientais, sociais e cultu-

rais da população adscrita. O conhecimento da população adscrita inclui o processo de territorialização, o cadastramento e a vinculação das famílias às equipes das UBS. A identificação de fatores de risco e proteção também é essencial para o planejamento e execução de ações que visam prevenir riscos, agravos e vulnerabilidades.

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN e BARCELLOS, 2005). O território deve ser compreendido não apenas como um espaço geográfico, com as suas características físicas, mas como um espaço de relações de pessoas, um território vivo, onde a população convive, trabalha, se desloca e está em constante interação com o espaço e outras pessoas.

As ações de Vigilância em Saúde (VS) devem se dar de maneira articulada com as demais ações desenvolvidas e ofertadas no SUS, buscando a integralidade da atenção à saúde da população e devem estar inseridas no cotidiano das equipes de AB, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho de ambas as equipes. A prática de trabalho da VS orientada pela territorialização aumenta a compreensão dos processos de saúde-doença e a eficácia das ações realizadas.

As estratégias e formas de atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença devem ser discutidas e planejadas em conjunto: gestores, profissionais da UBS, VS e a população.

A vigilância em saúde deve integrar no processo de trabalho as ações da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, buscando atuação de forma complementar e junto com as equipes da atenção básica, que devem se reconhecer como agentes de vigilância, na identificação dos riscos, das populações vulneráveis, propondo e fazendo intervenções para o controle, prevenção e promoção à saúde.

O território pode ser um componente de integração das ações da AB e da VS, mas para que isto aconteça, é necessária uma mudança no processo de trabalho de ambas as equipes, que devem deixar de atuar de forma fragmentada, cada uma no seu campo restrito, e passarem a atuar de forma integrada, tendo como foco a saúde do indivíduo, família e comunidade agindo nos territórios singulares de cada unidade de saúde, baseando suas ações no diagnóstico da situação de saúde da população.

Os dados trabalhados pela vigilância devem ser compartilhados e discutidos com a AB para subsidiar processos de melhoria ou tipos de intervenção no território e, principalmente, para subsidiar o planejamento das intervenções baseado em evidências. O uso da epidemiologia nos serviços de saúde e a sua apropriação pelos profissionais de saúde da UBS devem contribuir para a missão de produzir saúde individual e coletiva, produzindo conhecimento e desenvolvimento de ações de impacto coletivo na comunidade. As estratégias e formas de atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença, sempre que possível, devem ser discutidas e planejadas juntamente com a população.

Alguns processos que podem contribuir para a integração VS e AB:

- Promover discussões sobre o processo de trabalho da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde.
- Promover oficinas de territorialização. Os gestores e profissionais de saúde, não só os agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de combate a endemias (ACE) devem conhecer o território de referência das equipes e da UBS.
- Utilizar a epidemiologia no cotidiano do trabalho. As informações produzidas através dos vários sistemas de informação em saúde devem ser descentralizadas para as equipes conhecerem e atuarem priorizando os problemas de saúde da população.
- A vigilância em saúde deve usar os territórios das UBS como base de análise de dados e produção de informações epidemiológicas.
- Deve haver desconstrução da lógica hierárquica da organização do trabalho, onde as equipes de vigilância demandam ações para as equipes da AB realizarem. As ações devem ser planejadas e pactuadas conjuntamente.
- As ações de vigilância em saúde para controle de agravos, tais como: surtos, epidemias, bloqueios de foco, entre outras devem ser realizadas com conhecimento e participação das UBS.
- As ações do ACS e ACE devem ser articuladas.
- As equipes da AB devem ter horários reservados na sua agenda para as reuniões de equipe onde, eventualmente, quando houver pertinência, os trabalhadores da VS devem participar de forma a colaborarem na discussão de informações relevantes para aquele território.
- Realizar ações intersetoriais para o enfrentamento de proble-

mas complexos, que não poderão ser resolvidos somente pela tecnologia da saúde.

- Criação dos núcleos de saúde coletiva¹, que podem ser na UBS ou no distrito sanitário, onde trabalhadores da VS e AB discutem os problemas do território, planejam ações e pactuam atribuições para o enfretamento e encaminhamento destes problemas. Esta participação deve ser facilitada pelo gestor, garantindo horário dos profissionais para esta finalidade.
- As ações de educação permanente em saúde (EPS) devem contemplar trabalhadores das equipes de AB e VS, estes processos podem aproximar as equipes e integrar o trabalho.
- Os trabalhadores da VS devem participar da construção e implementação de protocolos e linhas de cuidado, dando a sua contribuição e se aproximando do núcleo da assistência.
- Os profissionais da AB devem compreender que são parte do sistema de vigilância, uma vez que são os dados gerados por estas equipes através de notificações de casos que servem para alimentação dos sistemas de dados da VS.
- Os profissionais da VS devem realizar retroalimentação dos sistemas de forma sistemática com periodicidade definida para as UBS de modo a permitir a utilização das informações quando da tomada de decisão, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação dos programas desenvolvidos.
- As informações geradas pelos sistemas de AB e VS devem ser instrumento de suporte ao controle social.
- As UBS devem ter acesso periódico (conforme sazonalidade dos agravos) a boletins/informes epidemiológicos municipais/estaduais/federais a fim de identificar e proceder a investigação de casos que ultrapassam as barreiras geográficas das UBS, de municípios ou estados, conforme as correntes migratórias ou características dos veículos de transmissão.
- Vacinas e medicamentos para agravos sob notificação compulsória devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de saúde de municípios endêmicos conforme agravos mais prevalentes identificados nos territórios das UBS.
- Os profissionais da AB devem participar dos comitês de investigação óbitos prioritários, como os óbitos maternos, infantis,

1 Núcleo de saúde coletiva: arranjo institucional capaz de aglutinar saberes e práticas comuns da assistência individual e da saúde coletiva, visando garantir o princípio da integralidade.

precoces, os decorrentes de atividade laboral, entre outros.

- Devem ser viabilizadas capacitações para os trabalhadores das UBS nas áreas técnicas da VS.
- As coordenações das áreas devem decidir em conjunto os temas e atividades a serem desenvolvidas na educação permanente.
- Devem ser identificados os serviços existentes no território sujeitos à regulação pela Vigilância Sanitária, não com a função de realizar ações regulatórias de licença e fiscalização, mas identificando estes serviços, principalmente os de baixo risco e promovendo ações de educação em saúde, visando à melhora das práticas e diminuição dos riscos.
- A Vigilância Sanitária deve informar sobre atividades desenvolvidas nos territórios das UBS para que as mesmas possam considerar condicionantes de adoecimento provenientes de processos produtivos ou de serviços de saúde.
- A Vigilância em Saúde Ambiental deve atuar em conjunto com as UBS para que haja conhecimento à detecção ou prevenção dos determinantes e condicionantes do meio ambiente que interfiram na saúde humana.
- A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve colaborar para que as UBS sejam capazes de cuidar dos trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo. Deve também ajudar as UBS para o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população.

Estas ações demandam mudanças no processo de trabalho tanto da Atenção Básica como da Vigilância em Saúde, para romper com a prática fragmentada de atuação e criando uma lógica de integração de saberes e ações para a atenção integral.

Referências Bibliográficas

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde**. Brasília, DF.: Conasems, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de

diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 19 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União.** Seção 1. Brasília, DF, ed. 155, p.87, 13 ago. 2018. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia política nacional de atenção básica.** Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2018. (Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde).

DRUMOND JUNIOR, Marcos. Epidemiologia em serviços de saúde: conceito, instrumentos e modos de fazer. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância da saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.21, n.3, p898-906, jun. 2005.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, jun. 2009.

FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO

Cristina Aparecida Bueno Albuquerque

O tema do financiamento pode gerar muitas dúvidas aos gestores, pois está apoiado em um emaranhado de portarias e habilitações que demandam a construção de uma linha do tempo para seu entendimento; seja quanto aos repasses estaduais ou federais, devido a constantes publicações e alterações normativas e necessidade de acompanhamento da aplicação dos recursos. Também no âmbito municipal ocorrem, por vezes, disputas pelo financiamento.

E quais são as fontes de financiamento da Vigilância em Saúde?

O financiamento da saúde é composto de forma tripartite, com recursos federais, estaduais e municipais, e na vigilância em saúde não é diferente.

Os recursos federais para a saúde eram divididos em dois blocos de repasse, custeio e investimento, desde a publicação da Portaria nº 3.992/2017 e, mais recentemente, com a publicação da Portaria nº 828/2020, denominados Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Para acompanhamento dos recursos federais transferidos ao Fundo Municipal de Saúde (FMS) deve ser acessado o portal do Fundo Nacional de Saúde (consultafns.saude.gov.br/#/consolidada/0/detalhar) e busca dos repasses realizados à vigilância em saúde.

Os recursos financeiros do bloco de manutenção são destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas

com reparos e adaptações e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde (contratos de prestação de serviços, aquisição de materiais de consumo, aquisição de insumos estratégicos para as ações de vigilância, custeio de passagens e hospedagem para a capacitação das equipes, folha de pagamento, etc.). Já os recursos financeiros do bloco de estruturação se destinam às obras de construções novas, ampliação ou reforma de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde e aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Dentro do financiamento que o município recebe para manutenção, há a especificação do recurso destinado à Vigilância em Saúde, que se subdivide em rubricas como aparece a seguir:

INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DESPESAS DIVERSAS

Esta rubrica refere-se aos valores: do Piso Fixo da Vigilância em Saúde (PFVS) que destinam-se à execução de ações de vigilância em saúde, compreendendo a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e dos seus fatores de risco; vigilância de riscos ambientais em saúde; gestão de sistemas de informação de vigilância em saúde de âmbito nacional e que possibilitam análises de situação de saúde; vigilância da saúde do trabalhador e ações de promoção em saúde.

A partir da publicação da Portaria nº 2.663/2019 o PFVS será calculado com base na estratificação dos estados e no grau de dificuldade operacional para as ações de vigilância, o que criou um índice *per capita* para os estados, outro para os municípios em geral, e um diferente para as capitais e municípios das regiões metropolitanas, que será utilizado para atualizar o valor repassado anualmente ao FMS (o valor é repassado mensalmente, no quantitativo de 1/12 avos do valor anual). Os recursos federais anteriormente destinados ao incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, referentes à Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH); Serviço de Verificação de Óbito (SVO); Vigilância Sentinela da Influenza; Projeto Vida no Trânsito e Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) foram incorporados ao montante destinado ao PFVS.

O Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) atualmente se

constitui em incentivos financeiros específicos, mediante adesão, para o custeio dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), as ações de vigilância, prevenção e controle das DST/Aids e hepatites virais e ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) tem como objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde, envolvendo a gestão, o processo de trabalho e os resultados, e são avaliados pelo alcance das metas previstas para os indicadores pactuados e que são computados para o cálculo do repasse financeiro. O recurso é repassado em parcela única no segundo semestre de cada ano, após publicação da portaria anual que apresenta o valor financeiro a que cada ente tem direito, tendo como referência o ano anterior.

Municípios que não estejam alimentando os sistemas de informações: Sinan (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), Sinasc (Sistema de Informações de Nascidos Vivos) e SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) por mais de dois meses consecutivos não poderão receber recursos desta rubrica. Os parâmetros para o monitoramento da regularidade da alimentação desses sistemas de informação foram definidos através da Portaria nº 47, de 3 de maio de 2016.

INCENTIVO FINANCEIRO ÀS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Este incentivo, apesar de pertencer ao grupo do PVVS, vem descrito em rubrica destacada; sua finalidade é custear as ações de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e Hepatites Virais, incluindo o apoio às organizações da sociedade civil, a manutenção de Casas de Apoio para Pessoas Vivendo com HIV/Aids e a aquisição de fórmula láctea infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV. Os municípios prioritários para este incentivo são definidos pela SVS/MS (Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde) e aprovado pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite), a CIB (Comissão Intergestores Bipartite) define o valor do repasse que é baseado em alguns critérios: carga da doença (número de casos de Aids, Hepatites B e C e recém-nascidos com sífilis congênita), pertencer a região metropolitana, ser referência dentro da região de saúde e porte acima de 100.000 habitantes. O recurso é repassado em doze parcelas mensais de idêntico valor.

ASSISTÊNCIA FINANCEIRA COMPLEMENTAR AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (AFC)

Este recurso foi definido pela Lei nº 12.994/2014, que institui o piso salarial profissional nacional para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), e regulamentado pelo Decreto nº 8.474/2015, que define em seu art. 5º, o valor de 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial a ser repassado pela União aos Estados e Municípios, na forma de assistência financeira complementar, até o quantitativo máximo de ACE definido para cada município. Além do AFC, o município que tem ACE recebe o Incentivo Financeiro (IF) para fortalecimento de políticas afetas à atuação de ACE, referente ao quantitativo de ACE, respeitando o limite máximo de ACE, fixado em 5% (cinco por cento) do piso salarial. O recurso transferido na forma de AFC tem destinação exclusivamente para o pagamento do piso salarial profissional nacional dos ACE, que necessariamente devem estar cadastrados no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) com a CBO 5151-40, com jornada de trabalho de 40 horas semanais e vínculo direto.

Os recursos desta rubrica são enviados ao município em 12 (doze) parcelas mensais, incluindo-se mais 1 (uma) parcela adicional no último trimestre de cada ano, calculada com base no número de ACE registrados no SCNES no mês de setembro do ano vigente, multiplicado pelo valor vigente da AFC e do IF, respectivamente.

INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Componente da Vigilância Sanitária é constituído do Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVisa) destinado ao fortalecimento do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária a estados e municípios, a execução das ações de vigilância sanitária e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e do Piso Variável de Vigilância Sanitária (PV-Visa) que são incentivos específicos para implementação de estratégias que aprimorem as ações e a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O valor do PFVisa é ajustado anualmente com base na população estimada pelo IBGE, o montante é o resultado do valor de R\$ 0,60 por habitante/ano (com limite mínimo de R\$ 12.000,00). O PV-Visa tem um montante financeiro anual e sua destinação é definida de forma tripartite e publicada em portaria. O repasse financeiro da vigilância

sanitária está atrelado ao cadastro dos serviços de vigilância sanitária no SCNES.

Além das rubricas citadas acima, para custeio da Vigilância em Saúde, o governo federal mantém uma reserva estratégica federal para emergências epidemiológicas, equivalente a 5% (cinco por cento) dos recursos anuais do Componente de Vigilância em Saúde, repassados na forma de ações contingenciais de vigilância em saúde.

As ações de vigilância à saúde do trabalhador são financiadas no componente da vigilância em saúde e vigilância sanitária; no entanto, para estados ou municípios que possuem Cerest (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) o custeio é financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), com recursos da Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade (MAC).

Quanto aos repasses financeiros estaduais a municípios, estes podem ser consultados no portal da transparência de cada estado, no Fundo Estadual de Saúde; para a vigilância em saúde, em geral, a participação do estado se dá por meio de suas instituições estaduais de apoio às ações de vigilância, seja com apoio técnico, de suporte tecnológico, laboratorial, aquisição e logística de distribuição de insumos específicos; ou por portarias/resoluções para incentivos financeiros pontuais.

Quanto ao financiamento no âmbito municipal, além do custeio dos recursos humanos, o município deve compor o financiamento de modo que as ações previstas sob responsabilidade do município aconteçam a contento.

As emendas parlamentares atualmente se constituem como fonte de financiamento, que dificilmente se concatenam ao planejamento local, por estarem regulamentadas por processos e tempos específicos; elas podem subsidiar a manutenção de ações, no entanto, sua maioria está destinada a investimentos.

Os recursos para investimentos, seja do Ministério da Saúde, seja das Secretarias Estaduais de Saúde, quando ocorrem são ordenados por portarias específicas, para incentivar determinada ação, política ou para equipar/qualificar determinado setor. No âmbito municipal depende de projetos locais, planejamento e reserva orçamentária.

No entanto, não basta captar recursos, para poder gastá-lo é necessário que ele componha o orçamento público.

O orçamento da saúde é sempre composto de recursos federais, estaduais e municipais; e para que seja executado precisa compor o

Plano Plurianual (PPA) do município, que é o instrumento, previsto na Constituição Federal, destinado a organizar a ação pública nos diferentes níveis de governo. Ele é elaborado no primeiro ano de gestão de cada governo, para ser executado nos quatro anos subsequentes; então, cada governo que assume a gestão trabalha um ano com as pactuações executadas pelo governo anterior, isto tem o objetivo de não produzir rupturas abruptas de ações e projetos, e um período para que o novo gestor tenha tempo hábil de conhecer a máquina administrativa e possa planejar adequadamente suas ações e o orçamento. A partir do previsto no PPA, a cada ano são aprovadas a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) – que dá as diretrizes de como será disponibilizado o orçamento para todas as pastas, e a LOA (Lei Orçamentária Anual) – onde é apresentado o quantitativo financeiro a ser gasto com cada pasta, com as ações gerais que competem a esta pasta.

Quem cuida de todo este processo dentro da máquina administrativa?

No SUS é preconizado que o processo de planejamento e orçamento deve ser ascendente, do nível local até o federal; no município isto ocorre com mais facilidade quanto as ações de saúde, porém, quando se aborda o aspecto financeiro, ainda é um desafio o trabalho intrasetorial na saúde, de modo a possibilitar com que todos os componentes do setor sejam ouvidos e pautados para garantir o recurso baseado nas necessidades de saúde da população. No entanto, um desafio está dado, pois neste caso vale a expressão: “O que está planejado, pode até não ser executado; mas o que não está planejado não pode ser executado”, salvo em situações muito excepcionais, sendo necessária forte justificativa da gestão. Face a esta premissa, as ações da saúde que constam no PPA e na LOA são ações amplas e gerais que tipificam um grupo de gastos em saúde de forma a dar possibilidade ao gestor de enfrentar as diferentes situações que se apresentam ao longo dos anos, e deve guardar relação com as ações de saúde planejadas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e em sua atualização a cada Plano Anual de Saúde (PAS). As ações programadas no Plano Anual de Saúde devem ser potentes para impactar nos indicadores elencados pelo município no PMS.

Em cada município há um grupo de técnicos que organiza o planejamento, um grupo central que constrói o planejamento do município como um todo, que se comunica com a Secretaria Municipal de Saúde, a fim de levar o planejamento da saúde para a gestão municipal. Como os recursos são limitados, geralmente a construção do orçamento é sempre uma disputa técnico-política, e a Vigilância em Saúde não

pode se eximir deste momento, sob o risco de não ser adequadamente orçada e não ter possibilidade de enfrentamento das variadas situações de risco à saúde que ocorrem ao longo do ano; além das ações exclusivas do setor. É importante destacar que as ações assistenciais para os acometidos por agravos e doenças de interesse em saúde pública são executadas também por unidades de saúde e hospitais que estão fora do orçamento da vigilância em saúde.

Após aprovação do orçamento e do Plano Municipal de Saúde pelas instâncias de controle, Câmara Municipal e Conselho Municipal de Saúde (CMS), respectivamente, as ações precisam ser executadas e monitoradas para mensuração do impacto na saúde da população e para verificar se os recursos foram devidamente aplicados.

O monitoramento e prestação de contas é realizado pelos instrumentos de gestão do SUS previstos em lei.

O monitoramento utiliza o RDQA (Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior), que apresenta para as instâncias de controle as ações realizadas, os indicadores pactuados com as análises e considerações e a execução orçamentária realizada.

Todos os incentivos e repasses federais e programas têm como referência o Relatório Anual de Gestão (RAG) como o instrumento da gestão do SUS indicado para a prestação de contas. Além de constituir-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, o relatório tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação anual, assim como redirecionar as ações para o alcance dos objetivos.

O desafio do financiamento em saúde é, além de vencer o insuficiente e decrescente aporte de recursos, promover uma gestão eficiente e que atenda às necessidades de saúde da população do presente e do futuro.

Arcabouço Legal

BRASIL. **Lei nº 12.994**, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.1. 18 jun. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112994.htm. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. **Decreto Federal nº 8.474**, de 22 de junho de 2015. Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º -C e no § 1º do art. 9º -D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.10, 23 jun. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/decreto/d8474.htm. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 47**, de 3 de maio de 2016. Define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 3 de maio 2016. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2016/prt0047_03_05_2016.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017, artigo 424 (Origem: PRT MS/GM 535/2016) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017. Suplemento, p. 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017. Suplemento, p. 288. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 360, 3 out. 2017. Suplemento. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolidacao-n-5-de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 569, 3 out. 2017. Suplemento. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/vigilancia-do-obito/servico-verificacao-obito/portaria-consolidacao-6-28092017.pdf>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.992**, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Ed. Extra, p. 91, 28 dez. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.663**, de 9 de outubro de 2019. Define os

valores anuais do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), do Grupo de Vigilância em Saúde do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, destinados às Secretarias Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1. Brasília, DF, ed. 198, p. 38, 11 out. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.663-de-9-de-outubro-de-2019-221313223>. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.311**, de 12 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento das ações de vigilância em saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 165, 16 dez. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2019&jornal=515&pagina=165&totalArquivos=511>. Acesso em 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 828**, de 17 de abril 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 78, p. 203., 14 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257>. Acesso em: 13 out. 2020.

COMUNICAÇÃO EM SAÚDE & COMUNICAÇÃO DE RISCO

Denize Assis

Comunicação é desses temas dos quais todo mundo entende um pouco e sempre tem uma opinião. Isto é natural, dado que, conforme nos relatam as professoras Janine Miranda Cardoso e Inesita Soares Araújo no livro *Comunicação e Saúde*, “a comunicação é vivência individual e coletiva, é prática social, experiência cotidiana que leva à formação de pontos de vista”.

A comunicação também é objeto de estudo e seu estudo nos leva a entender as inter-relações com outras inúmeras áreas da atividade humana, tais como a ecologia, o esporte, a cultura, a educação, a assistência social e a saúde, que é o foco neste texto.

A relação entre comunicação e política pública de saúde constituiu-se no Brasil de forma explícita desde que foi formado o Departamento Nacional de Saúde, em 1920, quando se incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégia para fazer face às questões de saúde, principalmente às epidemias.

Naquele momento, ocorria um intenso debate sobre a microbiologia, a parasitologia e a bacteriologia. E a possibilidade de identificar um agente causador da doença, assim como de estabelecer formas de transmissão e controle de alguns agravos, redirecionou várias ações de saúde pública deslocando a atenção dos fatores do ambiente para o indivíduo. Por conta disso, o componente educativo passou a ganhar relevância, pois esse indivíduo precisava corrigir seus hábitos, considerados nefastos à saúde.

Neste contexto, que ganhou força nas décadas seguintes, a edu-

cação e a comunicação se tornaram um binômio que deveria garantir o sucesso das políticas de saúde, o que se estendeu pelo século 20 até os dias de hoje.

Desde então, as concepções de comunicação e saúde estiveram sempre presentes nas políticas públicas de saúde no país, particularmente naquelas que dependem de maiores medidas de intervenção nas práticas e costumes da população, tanto nas doenças infecciosas, como nas crônicas não transmissíveis, quanto em outros agravos à saúde, como os acidentes de trânsito e outros.

Podemos destacar aqui o caso da dengue, do zika vírus, da chikungunya e da febre amarela, as chamadas arboviroses. Entre as doenças crônicas mais comuns que atingem a nossa população temos a diabetes, a hipertensão, a obesidade e as doenças cardiovasculares. Ainda há as neoplasias, sendo o câncer de mama o que mais mata as mulheres e o câncer de próstata o mais comum entre os homens, além do câncer de pulmão, entre outros, doenças com forte relação com os hábitos de vida. Destaca-se aqui o tabagismo, o hábito de dirigir após beber e as várias questões que atingem a adolescência, como a alta mortalidade por causas externas, gravidez precoce, distúrbios alimentares e dependências diversas. Trabalhar com estas questões requer um forte componente de comunicação e saúde.

Nesta conformação da comunicação e saúde é que surge a figura do mediador nos programas de saúde, como a do agente comunitário de saúde (ACS). O ACS não é um comunicador profissional, mas faz a intermediação entre o que o gestor quer dizer e aquilo que a população precisa de fato saber.

Assim, e por diversos caminhos, nós chegamos aos dias atuais com as políticas de saúde sendo atravessadas por uma questão muito importante e que pretendemos que seja a grande reflexão neste texto: o direito à informação e a comunicação como indissociável do direito à saúde.

Embora a relação comunicação e saúde venha lá do início do século 20, a formação do campo comunicação e saúde é recente, podendo ser melhor visualizada a partir da década de 1990, quando é possível localizar grupos de trabalho na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), nas Conferências Nacionais de Saúde, nos cursos de pós-graduação e oficinas. Atualmente, este campo consiste em área de pesquisa e produção acadêmica.

Importante ressaltar que o campo da comunicação e saúde foi acionado pelas instituições de saúde e não pelas faculdades de comu-

nicação. A Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, por meio do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, foi uma das pioneiras no Brasil a introduzir os cursos de especialização, mestrado e doutorado nesta área, dando uma importante contribuição para esta atividade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

COMUNICAÇÃO DE RISCO

A comunicação na saúde precisa ser planejada pelos gestores nos níveis federal, estaduais e municipais.

No município, assim como o gestor faz o planejamento da atenção básica, das especialidades, da urgência e emergência, ele também precisa fazer o plano para a comunicação. Não adianta fazer comunicação no improviso. A comunicação precisa estar prevista, pensada, planejada pelo gestor da saúde.

E o gestor tem que partir do ponto a que nos propusemos como reflexão no tópico anterior: a comunicação como direito de todos. As pessoas têm o direito de saber sobre o risco a que elas estão expostas.

No caso das arboviroses, o cidadão precisa ser informado, precisa saber que na rua dele estão ocorrendo casos de dengue e como pode e deve agir para reduzir a probabilidade de ocorrências.

No caso das doenças crônicas não transmissíveis, precisa conhecer, ser informado dos fatores de risco que levam a estes agravos para que possa adotar hábitos de vida que diminuam os riscos.

Em relação às doenças preveníveis por vacinas, as pessoas precisam ser informadas corretamente sobre os riscos de cada enfermidade e a importância de manter a vacinação em dia, inclusive com estratégias de comunicação que façam frente às notícias falsas sobre vacinas, as chamadas fake news.

E este cidadão não pode ser visto como um mero destinatário das informações. Ele precisa ser considerado enquanto sujeito que tem um contexto social, cultural, religioso e econômico. Cada pessoa tem o que dizer e precisa ser escutada no processo, para que a comunicação possa ser mais eficiente.

E o planejamento da comunicação na saúde precisa ser iluminado pelos princípios e diretrizes do SUS.

Os princípios são universalidade, equidade e integralidade. As diretrizes são descentralização, hierarquização e participação.

O princípio da universalidade corresponde ao conceito fundamental do SUS, que é o princípio da saúde como direito de todos. Seu correspondente na comunicação é, logicamente, a comunicação como direito de todos.

No entanto, a comunicação como direito de todos nos impõe grande desafio, que é romper com o modelo que ao longo da história prevaleceu, que é o da população como mera receptora da comunicação das instituições de saúde.

Na imensa maioria das vezes, as estratégias de comunicação são construídas de forma ‘pasteurizada’. É preciso considerar os saberes, as crenças, as opiniões, os sentimentos dos diferentes grupos, das diferentes comunidades às quais as mensagens estão sendo destinadas.

A equidade aponta para a necessidade de tratar diferente os desiguais, ou seja: tratar as pessoas conforme suas condições de vida e saúde, necessidades e possibilidades. Isto implica em respeitar as diferenças.

A situação epidemiológica das doenças pode ser diferente nas diferentes áreas do município. Por isso, é preciso elaborar distintas estratégias de comunicação conforme cada realidade. Numa mesma cidade haverá diferentes situações entre bairros mais centrais, na periferia e nas áreas rurais, o que demandará também discursos diferentes conforme cada situação.

Considerado este princípio, as práticas necessitam atender à diversidade. Isso implica levar em conta o contexto em que a comunicação se realiza e os lugares de interlocução.

O princípio da integralidade possibilita perceber um processo que contempla a formação de sentidos sociais na sua inteireza, permite compreender a comunicação como produção social dos sentidos, no qual se verificam a produção, a circulação e a apropriação dos bens simbólicos.

Neste caso, a comunicação precisa ser entendida não somente como prática dos jornalistas, publicitários, radialistas, dos profissionais de relações públicas. Estão implicados os diversos profissionais da saúde: da atenção básica, das especialidades, quem trabalha com Vigilância em Saúde. Todos estão implicados no processo e desenvolvem estratégias de comunicação e devem ser considerados no processo de planejamento.

A descentralização integra o movimento de desconcentração do poder. Opõe-se à forma autoritária da estruturação da nossa sociedade, onde a comunicação segue a tradição de concentrar o poder de fala

nas instituições.

Na prática comunicativa em saúde, a centralização se expressa de forma determinante na gestão de recursos: o Ministério da Saúde detém a maior parte dos recursos destinados à comunicação, em detrimento dos municípios, onde se tem uma maior proximidade com os contextos locais.

Os modelos são voltados para fortalecer o modelo de campanhas, que são produzidas de forma centralizada, pensando no cidadão como um sujeito avaliado por uma média. A noção de contexto fica inviável, sendo a comunicação produzida para um destinatário idealizado com base em perfis construídos de forma estatística.

Num país extenso e diverso, é preciso que os estados e municípios também tenham autonomia e recursos para desenvolver suas estratégias, conforme cada realidade.

O princípio da hierarquização nos ajuda a refletir sobre a necessidade de se rever o papel dos órgãos de nível mais central na comunicação. A hierarquização se fortaleceria se o nível central, no caso o Ministério da Saúde, apoiasse estados e municípios na tarefa, no esforço de comunicação.

Assim, cada município poderia considerar sua realidade e, dentro da sua realidade, as diferentes especificidades do território, porque conforme já foi ressaltado anteriormente, o município não tem uma população homogênea.

A participação é a pedra de toque da comunicação. Este princípio pressupõe o papel ativo da população por meio dos conselhos e, para além dos conselhos, por meio das diferentes instâncias de participação social, tais como da Educação, Meio Ambiente, Cultura, Esportes e tantos outros setores. Também é preciso ouvir as vozes mais periféricas dos trabalhadores da saúde e da população.

INTERSETORIALIDADE

É fundamental na comunicação em saúde trabalhar a intersectorialidade, a articulação da Secretaria de Saúde com as diversas secretarias e órgãos da municipalidade e da sociedade civil, tanto em relação às doenças infecciosas quanto em relação às doenças crônicas e aos outros agravos à saúde, como nas estratégias de educação, informação e comunicação em relação aos acidentes de trânsito.

É muito importante que os governos municipais criem fóruns de

discussão, salas de situação, comitês de vigilância e prevenção, núcleos de prevenção de violências e acidentes ou lancem mão de outros instrumentos onde os problemas possam ser debatidos de forma ampla com vários olhares. E estes mecanismos precisam ser criados na forma da lei, porque podem perdurar em várias gestões.

Estes fóruns podem se reunir com maior ou menor assiduidade, conforme a necessidade epidemiológica, conforme a situação de saúde. Nestas instâncias, deve ser construído, também de forma intersetorial, o plano de contingência para o enfrentamento dos determinantes ambientais destas doenças, com abordagem das práticas de mobilização social e de comunicação.

E não somente as secretarias de Educação, Desenvolvimento Sustentável, a companhia de saneamento, a empresa de trânsito e transportes, a Secretaria de Serviços Públicos e a Defesa Civil devem ter assento neste espaço, mas também a Secretaria de Comunicação, podendo muitas vezes a comunicação ser pensada por estes diferentes atores com vertentes que muitas vezes não são consideradas pelos profissionais de comunicação.

E uma pergunta que deve sempre ser instigada no momento de pensar a comunicação na saúde é: as campanhas da saúde estão sendo suficientes para estimular a mudança de comportamento da população em relação à promoção da saúde, às formas de prevenção e controle das doenças? É importante fazer este questionamento para que se possa sair do lugar comum.

No plano de contingência deve estar contido o plano de comunicação, tendo em vista que num momento de pico epidêmico ou mesmo numa emergência sanitária o próprio município seja a fonte primária da informação para a sociedade e para os profissionais de saúde e a mídia.

Neste plano, precisa estar previsto o que será comunicado, qual mensagem será passada, de que forma, quem vai falar, quem será o porta-voz, se o responsável da Vigilância em Saúde, o secretário de Saúde, o médico epidemiologista ou sanitarista ou a enfermeira. Pode ser uma ou mais de uma pessoa. E estas pessoas precisam estar preparadas para fazer esta comunicação.

Tudo precisa ser feito com muita clareza. É preciso colocar de fato o que está ocorrendo, sem alarmar, de forma que a população possa se sentir segura em relação às medidas que estão sendo adotadas pelo gestor. E a Vigilância em Saúde pode ter um importante papel nesta estratégia, porque nela atuam os profissionais que lidam mais dire-

tamente com as questões epidemiológicas e que podem construir ao longo do tempo uma imagem de credibilidade junto à sociedade, de forma que a comunidade ao ser informada pelo representante desta Vigilância em Saúde se sinta segura em relação às medidas que estão sendo adotadas e atenda às orientações.

O próprio gestor, no caso o secretário de Saúde, pode definir um fluxo entre o seu gabinete e a Vigilância em Saúde com o setor de comunicação da prefeitura ou da Secretaria Estadual de Saúde, de forma que os diferentes níveis possam discutir a necessidade, o momento e os meios adequados de informar a sociedade sobre determinados temas.

É preciso definir também o fluxo com a imprensa. Em que momento chamar uma coletiva, divulgar uma nota, com que frequência soltar um boletim epidemiológico, releases. E é fundamental fazer o uso de ferramentas disponíveis na rede mundial de computadores como portais, sites, as redes sociais, além de emissoras de rádios ou de TVs públicas. Mecanismos como o Disque-Saúde ou mesmo o serviço 156 também podem ser acionados.

O gestor pode fazer exercícios com a mídia. Convocar representantes dos meios de comunicação para workshops sobre arboviroses, por exemplo, para que os jornalistas possam se apropriar das informações num momento que não é o da construção da notícia e tirar suas dúvidas e até mesmo levantar pautas para, a partir daí, levar a informação correta à população, construindo com os veículos de comunicação uma parceria efetiva.

Para além da mídia, o plano de contingência precisa prever parcerias nos territórios, nas comunidades, com usuários, associações, igrejas, escolas e outras vozes que podem fazer coro ao discurso da saúde.

Não existem soluções prontas para a comunicação e saúde e a comunicação de risco. O que se propõe aqui é uma reflexão para que cada qual, cada gestor municipal possa encontrar estratégias dentro da sua realidade. A partir dos diferentes contextos é que cada um vai construir as diferentes estratégias de comunicação e saúde, de comunicação de risco.

A perspectiva aqui colocada associa a comunicação com política, com democracia, com cidadania, com direito à saúde e esta não pode ser pensada de forma dissociada dos princípios do SUS. Afinal – e citando novamente as professoras Janine Miranda Cardoso e Inesita Soares Araújo – “o nosso compromisso é com o aperfeiçoamento do SUS, porque ele é o grande projeto que pode permitir uma mudança

nas condições de saúde da população”.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, Inesita Soares de.; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2007.

CASTIEL, Luis David.; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; FERREIRA, Marcos Santos. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

EDUCAÇÃO DOS TRABALHADORES DO SUS

Rafaela Rodrigues Cheche

Uma das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) é ordenar a formação dos profissionais que atuam na área. As constantes mudanças que vêm ocorrendo no setor saúde, fundamentadas nas diretrizes do SUS, têm trazido à tona a necessidade de revisão dos processos de educação e prática dos profissionais da área da saúde.

Em que pese o debate sobre a importância da educação no campo da saúde ser antigo e dos movimentos da reforma sanitária apontarem o compromisso do SUS com a qualificação e desenvolvimento de seus trabalhadores, a instituição de uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, ocorrida em 2004, representou um marco importantíssimo na formação e trabalho em saúde no Brasil.

Desse modo, a educação permanente em saúde passa a ser vista como estratégia para a transformação e qualificação da atenção, como um processo central de gestão e um dispositivo que busca contínua reflexão sobre a prática no cotidiano do trabalho em Saúde.

As necessidades de saúde do mundo atual, as mudanças no perfil epidemiológico e as alterações demográficas somadas às demandas no processo de trabalho em saúde exigem novas formas de prover a formação dos profissionais da saúde de modo que estejam aptos a lidar com os desafios do SUS.

O mundo do trabalho no SUS exige cada vez mais dos profissionais uma postura crítico-reflexiva e, para isso, é necessária a aquisição de conhecimentos e competências técnicas e relacionais como forma de promover o seu desenvolvimento profissional.

O gestor da área da saúde, assim como os demais profissionais necessitam buscar qualificação para o exercício de suas atividades, pois para a consolidação do SUS é preciso reconhecer a implicação do perfil dos profissionais em seus campos de atuação, e saber articular, além do conhecimento técnico, as necessidades exigidas na prática profissional pautadas nas necessidades da população.

É fundamental que o tema da educação em saúde, processos de educação permanente, capacitações, trabalho em saúde – entre outras denominações – estejam na pauta dos gestores para que de fato as mudanças necessárias sejam implementadas no sentido de fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores, transformar as práticas a partir das realidades locais e atender as necessidades atuais do sistema de saúde brasileiro.

Para o desenvolvimento do SUS é estratégico o desenvolvimento de uma política de recursos humanos, pois o setor se caracteriza por necessitar de mão de obra intensiva, especializada e com grande número de trabalhadores, e mesmo com as constantes incorporações de tecnologia não necessariamente teremos redução do número de profissionais.

Neste sentido, faz-se necessário trazer para a gestão o debate dos processos de trabalho e da educação na saúde como política pública. A gestão do SUS aponta para a necessidade de qualificação dos profissionais, sendo necessário um investimento redobrado na formação de sujeitos qualificados para atuarem em diversos espaços e níveis de gestão e de condução do sistema, com compromisso político em defesa de SUS, seus princípios e diretrizes.

É importante considerar que os resultados esperados dependem de cada estrutura institucional, do apoio das equipes e da gestão, não devendo apenas estarem limitados a “liberar” os profissionais para capacitações, mas também no sentido de proporem e/ou apoiarem ações propostas pelos profissionais estruturados a partir da problematização do processo de trabalho e das práticas profissionais.

Todo investimento em capacitação e qualificação de profissional, quando bem planejado e desenvolvido, produz mudanças positivas. Entretanto, essas não podem se definir somente a partir das necessidades individuais de atualização, ou de orientações autoritárias do nível central, devem tomar como referência as necessidades de saúde das pessoas e devem propor, estrategicamente, a reestruturação dos serviços a partir do seu cotidiano de trabalho.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 13 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, DF: Conass, 2011.120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 9, 2011).

SILVA, Adriane das Neves et al. Limites e possibilidades do ensino a distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099-1107, abr. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401099. Acesso em 14 out.2020.

VENDRUSCOLO, C.; ANASTÁCIO, C. A.; TOLDO, J.; TRINDADE, L. L.; ZOCICHE, D. A. A. Educação permanente em saúde: percepção dos gestores do SUS na macrorregião oeste, em Santa Catarina. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 7, n. 4, 2013. DOI: 10.3395/reciis.v7i4.574

VENDRUSCOLO, Caribe et al. Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. **Rev. Enferm UFSM**, v. 6, n. 1, p. 134-144, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20229>. Acesso em: 13 out. 2020.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Andrea P. B. von Zuben

A informação é um instrumento essencial para a tomada de decisões em saúde. Nessa perspectiva, representa uma ferramenta imprescindível à Vigilância Epidemiológica (VE), por se constituir no fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”, tríade que sintetiza a dinâmica de suas atividades.

Sistemas de Informação em Saúde, na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), devem possibilitar a análise da situação de saúde no nível municipal, considerando as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. O nível local tem, então, a responsabilidade, não apenas com a alimentação dos sistemas de informações em saúde, mas também com a sua organização, gestão e retroalimentação para as unidades notificantes.

O crescimento da difusão da tecnologia da informática possibilitou o acesso ágil a bases de dados com informações variadas e desagregadas sobre saúde. Há uma série de sistemas disponíveis para o município que são capazes de gerar diferentes tipos de informações:

- Informações epidemiológicas (óbitos, nascidos vivos, doenças de notificação compulsória)
- Informações assistenciais (internações, consultas, exames, tratamentos, atenção básica)
- Informações para monitoramento de programas específicos (ESF/PSF, PNI, Hipertensão, Câncer)
- Informações de cadastro (estabelecimentos, cartão-SUS, etc.)

Neste texto, vamos detalhar programas essenciais e obrigatórios que devem ser implantados e monitorados pelo gestor municipal do SUS na prática da Vigilância Epidemiológica.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

O Sinan é o sistema responsável pelos dados das doenças de notificação compulsória, para apoiar processos de investigação e análise pelo sistema de vigilância epidemiológica. Foi implantado de forma gradual a partir de 1993 e hoje abrange todo o território nacional. Para cada notificação devem ser utilizadas duas fichas: a ficha individual de notificação (FIN) da doença e a ficha de investigação (FII).

O Sinan tem como objetivos coletar, transmitir e disseminar dados gerados na rotina do sistema de vigilância epidemiológica das três esferas de governo, fornecer informações para análise do perfil da morbidade e, conseqüentemente, facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. O sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

É o sistema mais importante para a Vigilância Epidemiológica já que permite calcular a incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, bem como realizar análises, de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar, particularmente, no que tange às doenças transmissíveis de notificação obrigatória. Além disso, é possível avaliar-se a qualidade dos dados.

O Sinan pode ser operacionalizado nas unidades de saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS. A maioria das notificações é digitada nas Secretarias Municipais de Saúde. Se o município não dispõe de computadores, os dados podem ser incluídos no sistema nas regionais de saúde do estado.

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) que repassará para a SVS.

Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as unidades de saúde precisam preencher o formulário de notificação negativa. Essa

é uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alertas, em especial para doenças sob eliminação.

Além da Ficha Individual de Notificação (FIN) e da Notificação Negativa, o Sistema ainda disponibiliza a Ficha Individual de Investigação (FII), que é um roteiro de investigação, que possibilita a identificação da fonte de infecção, os mecanismos de transmissão da doença e a confirmação ou descarte da suspeita. Existe ainda a planilha de surtos.

A manutenção periódica da atualização da base de dados do Sinan é fundamental para o acompanhamento da situação epidemiológica dos agravos incluídos no sistema. Sua utilização efetiva permitirá a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O seu uso sistemático pode contribuir para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade.

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

O SIM foi criado em 1975 e é o sistema que consolida os dados sobre os óbitos ocorridos e tem como fonte de dados o formulário único de Declaração de Óbito (DO). Através da consolidação destes dados é possível obter importantes informações sobre o perfil de mortalidade da população. Os principais desafios para melhorar a qualidade do sistema são: sub-registro de óbitos e qualidade de preenchimento das DOs. O sub-registro dos óbitos no Brasil tem uma forte variação com um percentual maior na região Norte e Nordeste do país. Com relação ao preenchimento qualificado, é importante trabalhar para a redução de causas básicas de óbito mal definidas e causas inespecíficas sem importância epidemiológica (garbage codes). Ações para qualificação do sistema nos municípios é a capacitação periódica dos médicos que fornecem os dados dos óbitos, busca ativa para recuperação de óbitos e investigação dos casos para melhoria da classificação das causas.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para

a eficiência da gestão em saúde. As declarações de óbitos (DO) são preenchidas pelas unidades notificantes do óbito (habitualmente no local de ocorrência do óbito) e recolhidas, regularmente, pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Declarações de Óbito são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no SIM local. Em seguida, os dados informados pelos municípios sobre mortalidade no nível local são transferidos à base de dados do nível estadual que os agrega e envia-os ao nível federal.

Os óbitos ocorridos fora do município de residência devem ser informados no SIM e deverão ser enviados, através da retroalimentação de dados, para o município de residência.

O município pode elaborar vários indicadores a partir dos dados do SIM, com destaque para: mortalidade proporcional; mortalidade por causas específicas, mortalidade por local; mortalidade por faixa etária; mortalidade infantil e mortalidade materna. Muitos outros indicadores, mais específicos, podem ser construídos segundo o que se queira avaliar, utilizando-se esse mesmo banco de dados.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O Sinasc foi implantado a partir de 1990 e é o sistema que coleta e consolida os dados sobre a ocorrência dos nascimentos, permitindo avaliar o perfil dos nascidos vivos através de uma série de variáveis sobre a mãe, pré-natal, parto e criança que estão presentes na Declaração de Nascido Vivo (DNV). A importância na qualificação dos dados de nascidos vivos deve ser contínua, principalmente com relação à completude dos campos do formulário.

O número de nascidos vivos constitui-se em relevante informação para o campo da saúde pública, pois a partir do mesmo podem-se construir inúmeros indicadores, voltados para avaliação de riscos à saúde do segmento materno-infantil. O Sinasc tem como instrumento padronizado de coleta de dados a declaração de nascido vivo (DNV), cuja emissão, a exemplo da DO, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde. Tanto a emissão da DNV como o seu registro em cartório são realizados no município de ocorrência do nascimento. Deve ser preenchida pelos hospitais e por outras instituições de saúde que realizam parto e nos Cartórios de Registro Civil, quando o nascimento da criança ocorre no domicílio.

Nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), as Declarações de

Nascidos Vivos são digitadas, processadas, criticadas e consolidadas no Sinasc local. Em seguida, os dados informados pelos municípios sobre os nascimentos no nível local são transferidos à base de dados do nível estadual que os agrega e envia-os ao nível federal.

Entre os indicadores de interesse, para a atenção à saúde materno-infantil, para os quais são imprescindíveis as informações contidas na DN, encontram-se: proporção de nascidos vivos de baixo peso, proporção de nascimentos prematuros, proporção de partos hospitalares, proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe, valores do índice Apgar no primeiro e quinto minutos, número de consultas pré-natais realizadas para cada nascido vivo, dentre outros. Além desses, podem ainda ser calculados indicadores clássicos, voltados à caracterização geral de uma população, como a taxa bruta de natalidade e a taxa de fecundidade geral.

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

O SI-PNI é um sistema desenvolvido para possibilitar aos gestores envolvidos no Programa Nacional de Imunização a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, período e área geográfica. Possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição. Controla as indicações de aplicação de vacinas de imunobiológicos especiais e seus eventos adversos, dentro dos Centros de Referências em imunobiológicos especiais.

A partir da NOTA INFORMATIVA N° 47/2018-CGPNI/DEVIT/SVS/MS houve a integração entre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Sipni) e a estratégia e-SUS Atenção Básica (AB). O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (Sipni) está integrado à Estratégia e-SUS AB. A Portaria altera a forma de registro de dados de aplicação de vacinas, imunoglobulinas e soros realizada nas unidades de Atenção Básica à saúde para apenas um sistema, o e-SUS AB. A integração dos sistemas de informação proporcionará melhoria nos registros de imunização e no acompanhamento por parte das equipes de saúde do histórico de vacinação dos cidadãos.

Os profissionais de saúde da Atenção Básica deverão registrar as informações de imunização exclusivamente nos softwares disponibi-

lizados pelo Ministério da Saúde (Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC ou Coleta de Dados Simplificada – CDS) ou nos sistemas próprios ou de terceiros devidamente integrados ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Já os dados referentes à movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinas, aos eventos adversos pós-vacinação e ao monitoramento rápido de coberturas vacinais permanecerão no Sipni. O registro de dados de aplicação de vacinas e outros imunobiológicos realizado nas Unidades de Atenção Básica à Saúde por meio do Sipni e APIWeb foi encerrado em 31/07/20 conforme Portaria nº 1.645, de 26 de junho de 2020.

As unidades de Atenção Básica à saúde deverão adotar um dos sistemas, preferencialmente o PEC do e-SUS AB, para coleta e registro dos dados dos imunobiológicos. O registro identificado pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) é indispensável para que seja possível consultar no futuro os atendimentos realizados no histórico do cidadão no aplicativo “Meu DigiSUS”.

eSUS VE e SIVEP-Gripe

A Covid-19 é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) em Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin), segundo anexo II do Regulamento Sanitário Internacional, portanto, um evento de saúde pública de notificação imediata (até 24h). A notificação imediata de casos suspeitos de Síndrome Gripal via plataforma do eSUS VE e de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizado no SIVEP-Gripe é imprescindível, pois permitirá que as equipes de saúde informem sobre as ocorrências de maneira ágil, auxiliando a gestão no monitoramento e na análise da situação epidemiológica da transmissão da Covid-19 no território e na tomada de decisão, acerca das medidas de isolamento social no nível local, sempre levando em consideração a capacidade hospitalar instalada no município e nos serviços de referência pactuados na rede.

O gestor municipal deve garantir que essa notificação ocorra mesmo nas unidades de saúde que não tenham internet. Para isso, o Ministério da Saúde disponibiliza um formulário em pdf da ficha de notificação de caso suspeito de Covid-19 para que o caso possa ser registrado e, posteriormente, digitado no sistema. Da mesma forma está disponível um formulário em pdf para registro de SRAG hospitalizado.

Casos de SG, de SRAG hospitalizado e óbito por SRAG, independente da hospitalização, que atendam à definição de caso, bem como

indivíduos assintomáticos com confirmação laboratorial por biologia molecular ou imunológico de infecção recente por Covid-19 devem ser notificados. Profissionais e instituições de saúde do setor público ou privado, em todo o território nacional, segundo legislação nacional vigente, bem como todos os laboratórios das redes pública, privada, universitários e quaisquer outros, em território nacional, devem notificar os resultados de testes diagnóstico para detecção da Covid-19 (Portaria GM/MS N° 1.792 DE 21/07/2020).

Casos de SG devem ser notificados por meio do sistema e-SUS Notifica <https://notifica.saude.gov.br/login>. Casos de SRAG hospitalizados devem ser notificados no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>.

Os óbitos por SRAG, independente de hospitalização, devem ser notificados no SIVEP-Gripe <https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>. O registro do óbito também deve ocorrer, obrigatoriamente, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD)

O SisPNCD (Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue) foi desenvolvido pelo DATASUS para ser utilizado como programa padrão de controle da Dengue. Este programa está sendo remodelado no presente momento, podendo haver alterações futuras. O Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD) opera em dois módulos: web e local.

Módulo Web

O módulo Web do SisPNCD é a ferramenta de gerenciamento do sistema. Através dele, os gestores dos níveis federal e estadual podem cadastrar os dados de controle do sistema e monitorar a entrada de dados realizada no município, através de relatórios.

Módulo Local

O módulo Local do SisPNCD é o módulo de digitação de dados das fichas de campo do Programa Nacional de Controle da Dengue. Através dele, o município ou Coordenadoria Regional de Saúde digita os dados coletados no trabalho de campo e os envia à base central, onde

poderão ser acessados e monitorados através de relatórios.

O SisPNCD web (na internet) é onde o município deverá cadastrar os recursos humanos que trabalham no programa de dengue e a quantidade de pontos estratégicos e armadilhas presentes em suas localidades e baixar dois arquivos (localidades e tabelas) para serem importados no SisPNCD local. Os mencionados arquivos possuem informações (recursos humanos, localidades, liberação de inseticidas, abertura e encerramentos dos ciclos) essenciais para a utilização do SisPNCD local.

O segundo momento é a digitação do SisPNCD local, onde deverão ser importados os dois arquivos baixados da WEB para a digitação da produção, geração de lotes a serem enviados às Regionais de Saúde e a realização do Backup. O município deverá observar o prazo de envio do lote para Regional do Estado.

O fluxo de envio das informações para o nível estadual e federal será realizado semanalmente. Ao fim da digitação dos dados semanais, o município deverá gerar lotes de dados e em seguida enviá-los por intermédio do SisNET (programa de envio dos dados). Após esse procedimento, o SisPNCD módulo web receberá as informações que serão automaticamente disponibilizadas para os níveis federal e estadual no mesmo instante.

Alguns Estados usam sistemas diferentes para monitoramento vetorial. O município deve alimentar os sistemas disponibilizados e pactuados com seu Estado e seguir os fluxos recomendados pelos mesmos.

Outros sistemas de uso da VE

Há uma série de outros sistemas que não são de competência da Vigilância Epidemiológica, mas que são de uso rotineiro para as equipes da VE, tais como:

- e-SUS Atenção Básica que é uma estratégia da Secretaria de Atenção Básica à Saúde para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. Os sistemas e-SUS AB instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no Sisab – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica que é o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financia-

mento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica para a gestão do cuidado em saúde.

- SIH/SUS – este sistema consolida as informações relativas a todas as internações realizadas pelo SUS (unidades próprias e conveniadas). O seu formulário básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que é preenchida para liberação e pagamento de internação. Apesar dos dados serem de apenas uma parcela da população (SUS e que demandou internação) e do preenchimento não ter finalidade epidemiológica, este sistema é um dos únicos que podem gerar informações relativas à morbidade da população e deve ser utilizado como subsídio para avaliação dos serviços de saúde, principalmente através da análise das internações de causas evitáveis por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). O sistema pode também auxiliar no conhecimento ou na construção do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar que, entre outros fatores, são os resultados da qualidade da Atenção Básica e secundária ofertada a uma população. A partir do acompanhamento e avaliação destas informações, o gestor poderá melhor planejar as ações de saúde em todos os níveis.

- SISCAN WEB – Sistema de Informação do Câncer na plataforma Web, que integra o Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero – Siscole e o Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama – Sismama, além de monitorar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento. Através das informações do Siscan, é possível monitorar a cobertura do exame de citológica oncológica do colo do útero (Papanicolau) e a cobertura de mamografia conforme as diretrizes do Ministério da Saúde para o rastreamento destes dois tipos de câncer. Estes indicadores constam no Plano Nacional de Saúde e existem ações e metas para os municípios.

- CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde que é sistema obrigatório para todos os estabelecimentos que prestem algum tipo de assistência à saúde, públicos e privados, e permite ao gestor conhecer a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores (MS, SES, SMS, etc.), com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento das ações em saúde.

Os bancos de dados e Sistemas de Informação em Saúde (SIS) constituem ferramentas importantes para o planejamento e a avaliação das políticas de saúde, assim como dos serviços, redes e sistemas de saúde. Nesta direção, diversos SIS foram implementados pelo Ministério da Saúde e a sua utilização é obrigatória em todos os estados e municípios. Além de sistemas federais, há estados que criam sistemas próprios também de alimentação obrigatória para o município. Há uma grande variedade de informações e conhecimento, o que torna uma tarefa desafiadora para o gestor a alimentação e a retroalimentação deles.

Portanto, os gestores municipais devem assumir o papel de produzir informações confiáveis de maneira célere para que a mesma seja usada para a produção do conhecimento e tomada de decisão. A gestão necessita promover o fortalecimento da cultura da informação nas secretarias municipais e fomentar um ambiente organizacional que consolide o uso da informação para a construção do conhecimento e o seu compartilhamento para subsidiar o processo decisório. Desta forma, haverá sentido na utilização dos Sistemas para o real aperfeiçoamento do SUS.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa nº 2**, de 22 de novembro de 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002_22_11_2005.html. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa Nº 47/2018**-CGPNI/DEVIT/ SVS/ MS Integração entre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) e a estratégia e-SUS Atenção Básica (AB). Brasília, DF. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/16/SEI-MS-2835675-Nota-Informativa-47-2018-integracao-SIPNIx-e-SUS-AB.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.645**, de 26 de junho de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt1645_29_06_2020.html. Acesso em: 14 out. 2020.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 3, e3440015, 2016. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003440015>. Acesso em: 14 out. 2020.

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

Juliana Natívio

Para o adequado enfrentamento dos complexos problemas e desafios da área da saúde se faz necessário que os gestores e profissionais tenham conhecimento da situação de saúde de seu território, através de informações, conhecimentos e evidências. Isto permitirá a formulação de programas, estratégias e ações mais eficazes e capazes de responder às reais necessidades de saúde da população.

A Análise de Situação de Saúde (Asis) é um método de análise que permite medir, caracterizar e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, bem como seus determinantes biológicos, social, econômico, ambiental e ecológico. Desta forma, a Asis nada mais é do que usar o papel valioso da epidemiologia na vigilância e prevenção das doenças, bem como na explicação dos problemas de saúde e no direcionamento de ações para resolução dos mesmos.

É, portanto, uma ferramenta essencial para o trabalho no cotidiano das equipes de saúde que atuam em qualquer nível do sistema, seja na atenção básica, atenção especializada, na vigilância em saúde ou no planejamento e avaliação das secretarias municipais de saúde.

Uma das principais características da Asis é a de ser um processo contínuo que com sucessivas aproximações da realidade torna possível avaliar tendências, alterações e até realizar o monitoramento de intervenções. Para ser efetiva também é necessário manter um processo sistemático com informações válidas e confiáveis e que a análise seja além de metodológica, também estratégica e oportuna para que possa mobilizar ações técnicas e políticas adequadas.

Os dados secundários vindos dos Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS) são os mais utilizados para a realização da Asis. Os dados de saúde são produzidos no cotidiano dos serviços e coletados através de instrumentos padronizados, processados, analisados, validados para assim gerar a informação, que deverá ser utilizada para ação, com objetivo de modificar os fatores condicionantes da doença ou agravo, visando melhorar a situação de saúde dos indivíduos e da coletividade. Esta é a lógica básica do processo da produção e uso das informações, sendo que quanto maior o cuidado e a qualificação em cada uma destas etapas, melhores serão os resultados.

O uso qualificado dos dados gerando informações pertinentes serve também como retroalimentação das fontes notificantes, ajudando a aprimorar cada vez mais a produção destes dados. Também deve servir para divulgação de informações relevantes para a população, podendo servir de estratégia de prevenção e promoção à saúde e fortalecimento do controle social.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são o conjunto de componentes que coletam, processam, armazenam, analisam e distribuem a informação. No Brasil, o SIS é composto por vários outros sistemas que geram grandes bancos nacionais com dados originários em cada um dos municípios brasileiros. Estes sistemas se desenvolveram ao longo dos anos e, apesar de apresentarem variações regionais, têm mostrado cobertura e validade bastante importantes.

Os principais sistemas da saúde são:

- SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
- SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
- SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SIH – Sistema de Informação Hospitalar
- SISCAN – Sistema de Informação do Câncer (colo do útero e mama)

Além do SIS, também existem grandes bancos de dados criados em outros setores, como os relativos ao censo e às pesquisas amostrais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que fornecem informações importantes e essenciais para a análise da situação de saúde, como estrutura etária da população, dados socioeconômicos etc.

Para realizar a Asis são utilizadas predominantemente as medidas de mortalidade e morbidade. Apesar de serem eventos negativos, medindo a morte e doenças, são usados pela facilidade de obtenção e qualidade dos dados e para propiciar alerta que gerem intervenções necessárias.

Estas medidas são chamadas de indicadores. Indicadores são frequências relativas, compostas de numerador e denominador, que determinam o risco de certo evento acontecer e que possibilitam realizar a comparação de determinado evento, ao longo do tempo, em determinada população, ou de um evento entre populações diferentes. Por exemplo: através de indicadores devidamente calculados, é possível avaliar se a mortalidade por neoplasia no município X foi maior na década de 1991-2000 ou 2001-2010, ou ainda se no município Y a mortalidade infantil em 2018 foi maior que no município W.

Principais Medidas de Mortalidade

- Coeficiente de Mortalidade Geral (CGM): mede o risco de morte de determinada população por qualquer causa, para a Asis é pouco sensível, principalmente se o período analisado for longo e houver mudança na estrutura etária da população. Calcula-se dividindo o número de óbitos em determinado período pela população em risco do mesmo período, multiplicado por 100.000.
- Coeficiente de Mortalidade por faixa etária: neste caso, o numerador deve conter o número de óbitos em determinada faixa etária e o denominador a população da mesma faixa etária no período, multiplicado por 100.000. Este indicador é importante para mostrar principalmente as mortes prematuras.
- Coeficiente de Mortalidade por causa: neste caso, o numerador deve conter o número de óbitos em determinada causa e o denominador a população residente no período, multiplicado por 100.000. Importante para se analisar as mortes por causas evitáveis, que são óbitos que poderiam ter sido evitados se houvesse intervenções adequadas e oportunas de promoção, prevenção e assistência.
- Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI): tem como numerador os óbitos de nascidos vivos menores de 1 ano e no denominador o número de nascidos vivos do período, multiplicado por 1000. É um indicador consagrado mundialmente, usado além da saúde, como medida de qualidade de vida e desenvolvimento. Ele

é subdividido em relação ao período de vida que o óbito ocorreu: neonatal (0 a 27 dias de vida) e pós-neonatal (28 anos até 11 meses e 29 dias). Os óbitos infantis refletem a assistência ao pré-natal e ao parto e todos devem ser investigados criteriosamente através dos Comitês de Vigilância de Óbito Materno e Infantil (CVOMI).

É importante salientar que quando se compara populações com diferentes estruturas etárias, para o cálculo de indicadores é necessário realizar a padronização ou ajustamento por idade, usando para isto uma população-padrão escolhida. Este procedimento suaviza o viés da diferença etária e permite a comparação.

Medidas de Morbidade

As doenças podem ser medidas calculando sua incidência (número de casos novos em um período determinado) e pela sua prevalência (número total de casos, antigos e novos, em um determinado período). Usa-se a incidência principalmente para doenças de curta duração ou agudas e prevalência para doenças crônicas. Para poder realizar comparações entre populações e períodos diferentes é necessário calcular as taxas, dividindo o número de doentes pela população exposta ou em risco no mesmo período.

Considerações Finais

As características e as condições de saúde da população são bastante heterogêneas entre os municípios brasileiros, e mesmo dentro do próprio município pode haver diferenças importantes entre a população residente em bairros da zona urbana, rural, áreas com pouca infraestrutura urbana e bairros mais estruturados.

A análise da situação de saúde, através das análises das informações geradas pelos diversos sistemas de informação, deve ser capaz de revelar as diferentes situações de saúde e riscos a que a população está exposta. Esta análise deverá servir para planejamento de ações, visando a melhora da condição de saúde da população e diminuir os riscos à saúde.

Informes epidemiológicos sobre a análise da situação de saúde devem ser elaborados e divulgados para a sociedade civil, Conselho Municipal de Saúde, Conselhos de bairros, entre outros, para que embase debates sobre as necessidades de saúde da comunidade e a formulação de políticas públicas.

Para o enfrentamento adequado dos principais problemas e desafios do SUS é fundamental contar com o conhecimento sobre a si-

tuação de saúde da população e seus determinantes e condicionantes. Dessa forma, espera-se que os profissionais e gestores de saúde incorporem a avaliação da situação de saúde como ferramenta fundamental de trabalho, usando as informações para a gestão, políticas públicas e avaliação do impacto das mesmas em seus municípios.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás. **Asis: análise de situação de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

MOYA, José et al. (org.). **Sala de situação em saúde**: compartilhando as experiências do Brasil. Brasília, DF: OPAS: Ministério da Saúde, 2010.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2.ed. Brasília, DF: OPAS, 2008.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – SNVE

Andrea P. B. von Zuben

O Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o SNVE, definindo, em seu texto legal (Lei nº 8.080/90), a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”.

Mudanças no perfil epidemiológico das populações com declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das mortes por causas externas e doenças crônicas degenerativas têm implicado na incorporação de doenças e agravos não transmissíveis ao escopo de atividades da vigilância epidemiológica.

A vigilância epidemiológica deve estar cotidianamente inserida em todos os níveis de atenção da saúde. Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados, divulgação das informações, investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas.

Os municípios devem assumir minimamente a responsabilidade pela gestão e execução das ações básicas de vigilância epidemiológica, sendo que as atividades mais complexas devem ser compartilhadas

entre os municípios e a Secretaria do Estado com pactuação na Comissão Intergestores Bipartite, considerando o desenho de regionalização, a rede de serviços e tecnologias disponíveis e o desenvolvimento racionalizado de ações mais complexas.

Laboratórios de saúde pública, centros de controle de zoonoses, câmaras frias para armazenamento de imunobiológicos, centros de referência para imunobiológicos especiais, centrais de armazenamento e distribuição de equipamentos, centros de armazenamento de inseticidas, serviços de verificação de óbitos, serviços de saúde com capacidade de realização de procedimentos de alta e média complexidade podem ser disponibilizados em escala regional.

As ações executivas são inerentes ao nível municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local. Por sua vez, cabe aos níveis nacional e estadual conduzirem ações de caráter estratégico, de coordenação em seu âmbito de ação e de longo alcance, capacitar equipes municipais, além da atuação de forma complementar ou suplementar aos demais níveis. A eficiência do SNVE depende do desenvolvimento harmônico das funções realizadas nos diferentes níveis. Quanto mais capacitada e eficiente a instância local, mais oportunamente poderão ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão, também, mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional e, conseqüentemente, o planejamento adequado da ação governamental. Os sistemas municipais de vigilância epidemiológica devem ter autonomia técnico-gerencial para incluir os problemas de saúde mais importantes de suas respectivas áreas de abrangência em seu enfoque de atuação para além dos problemas definidos como de prioridade nacional.

Compete aos Municípios na gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica:

- I. notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;
- II. investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- III. busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- IV. busca ativa de declarações de óbito e de nascidos vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

V. provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com a Secretaria de Estado da Saúde;

VI. acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à Saúde Pública;

VII. captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação; ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

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

IX. vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna;

X. gestão ou dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, Sinasc, Sinan, eSUS notifica, SI-PNI, e-SUS-AB módulo de vacinação e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual e federal regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados;

d) retroalimentação dos dados;

e) divulgação de informações e análises epidemiológicas.

XI. participação no financiamento das ações de vigilância epidemiológica;

XII. participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria de Estado da Saúde, na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

XIII. gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIV. coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal;

XV. aquisição de equipamentos de proteção individual – uniformes, demais vestimentas e equipamentos necessários para aplicação de inseticidas e biolarvicidas, além daqueles indicados para outras ativida-

des da rotina de controle de vetores;

XVI. capacitação de recursos humanos, implementar processo de educação continuada.

As competências aqui estabelecidas poderão ser executadas, em caráter suplementar, pelos Estados ou por consórcio de Municípios, nas condições pactuadas na Comissão Intergestora Bipartite. Todos os municípios brasileiros devem ter profissionais para desenvolver as atividades de Vigilância Epidemiológica, é recomendado que esta equipe seja multiprofissional e que tenha um coordenador. Se o município for de pequeno porte e não possuir capacidade operacional de investigar e implantar respostas rápidas na vigência de emergências de saúde pública, devem dispor de instrumentos formais e/ou informais de articulação para acionar as equipes das Diretorias Regionais ou do nível central das Secretarias Estaduais de Saúde, para que as medidas de diagnóstico e contenção do problema sejam adotadas.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 17 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, DF., Ed. 155, p.87, 13 ago. 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia política nacional de atenção básica**. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2018. (Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde).

VIGILÂNCIA LABORATORIAL

Andrea P. B. von Zuben

Dentro da estrutura de saúde são relevantes os serviços que possibilitam o conhecimento e a análise dos conjuntos de dados laboratoriais em suporte às ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, campos de atuação da saúde pública. Os Laboratórios de Saúde Pública são coordenadores da rede laboratorial de vigilância que têm como atividade básica a execução de exames laboratoriais para identificação de agentes etiológicos de determinados quadros nosológicos, o monitoramento de ações de controle sanitário e ambiental e a participação em inquéritos epidemiológicos. Outras atividades de importância são a padronização de métodos e técnicas de diagnóstico e a supervisão e treinamento de recursos humanos.

As atividades laboratoriais devem propiciar o conhecimento e a investigação diagnóstica de doenças e agravos e a verificação da qualidade de produtos de interesse de saúde pública e do padrão de conformidade de amostras ambientais, mediante estudo, pesquisa e análises de ensaios relacionados aos riscos epidemiológicos, sanitários, ambientais e do processo produtivo.

A Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental, que compõem o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme determina a Lei nº 8.080/90 que determinou que a coordenação da rede nacional de laboratórios está entre as quatro áreas principais de competência da direção nacional do SUS.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Laboratório de Saúde Pública (CGLAB), é responsável por assessorar e cooperar tecnicamente, junto aos estados e o Distrito Federal, na implementação da Rede Nacional de Laboratórios, em articulação com as demais unidades competentes, além de ajudar a promover o processo de educação permanente e de capacitação dos profissionais de vigilância em saúde conforme Portaria de Consolidação nº 04, de 3/10/2017, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab).

O Ministério da Saúde também auxilia no processo de elaboração de normas e medidas para o monitoramento, controle e prevenção da resistência microbiana em serviços de saúde, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e articula linhas prioritárias para o desenvolvimento de estudos, pesquisas, análises e outras atividades técnico-científicas de interesse para o SUS.

O monitoramento e o comportamento epidemiológico de doenças e agravos, objeto de controle no campo laboratorial junto ao Centro de Informações Estratégicas em Saúde (Cievs), nos âmbitos nacional e internacional, estão vinculados à Rede Nacional de Laboratórios para desenvolvimento adequado e planejado das políticas públicas na área da saúde.

O Sislab é um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde – compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica.

As sub-redes do Sislab são estruturadas observando suas especificidades, de acordo com a seguinte classificação de unidades laboratoriais:

- I - Centros Colaboradores – CC;
- II - Laboratórios de Referência Nacional – LRN;
- III - Laboratórios de Referência Regional – LRR;
- IV - Laboratórios de Referência Estadual – LRE;
- V - Laboratórios de Referência Municipal – LRM;
- VI - Laboratórios Locais – LL e
- VII - Laboratórios de Fronteira – LF.

Os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS) são labora-

tórios de referência estadual vinculados às Secretarias de Estado da Saúde. São coordenados pela Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGLAB/SVS/MS) no tocante às redes epidemiológica e ambiental; pela Gerência de Laboratórios de Saúde Pública da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério (Gelas/Anvisa/MS) para a rede de vigilância sanitária; e pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (Saes/MS) no que diz respeito à rede de assistência médica de alta complexidade. Tem como função básica realizar exames complementares específicos que auxiliam o diagnóstico clínico laboratorial, contribuindo ativamente com os programas de vigilância epidemiológica do sistema de saúde. Atende ainda à demanda analítica de produtos sujeitos à vigilância sanitária como alimentos, medicamentos, produtos para saúde, cosméticos e saneantes.

Os tipos de atividades desenvolvidas nos laboratórios de saúde pública dependem de muitos fatores, destacando-se entre eles, as enfermidades prevalentes na região e os recursos disponíveis, principalmente em termos de pessoal e fundo.

Em termos de competência, previstas PORTARIA Nº 1.378, de 9 de julho de 2013, para execução das ações de laboratório necessárias para a vigilância em saúde, cabe:

Ao Ministério da Saúde por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa):

- Coordenação e normalização técnica das ações de laboratório necessárias para a Vigilância em Saúde, bem como estabelecimento de fluxos técnico-operacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes;
- Coordenação do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Lacen), nos aspectos relativos à Vigilância Sanitária, com estabelecimentos de normas técnicas e gerenciais;
- Prover reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite CIT.

Às Secretarias Estaduais de Saúde:

- Coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos à vigilância, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, cre-

denciamento e avaliação das unidades partícipes;

- Provimento de insumos estratégicos (meios de diagnóstico laboratorial) para as ações de Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- Garantia da realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios e pactuação na CIB;
- Armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência nacional.

Aos municípios:

- Provimento de meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde nos termos pactuados na CIB;
- Coordenação, acompanhamento e avaliação da rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância, no âmbito municipal;
- Realização de análises laboratoriais de interesse da vigilância, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuados na CIR/CIB;
- Coleta, armazenamento e transporte adequados de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência.

O laboratório de saúde pública é essencial para organização da vigilância no SUS e para implementar os programas de saúde em geral, não havendo dúvida de sua importância para a eficiência e o bom funcionamento dos serviços de vigilância em saúde do país.

Cabe ao gestor municipal conhecer as normas técnicas vigentes que estabelecem necessidade de suporte laboratorial para execução da Política de Vigilância em Saúde municipal, conhecer os Serviços Laboratoriais prestados pelo Lacen do seu Estado, bem como conhecer as pactuações realizadas sobre o assunto na CIT, CIB e CIR.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 jul. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº33, de 22 de junho de 2017. Define o processo para habilitação dos Laboratórios de Referência Nacional e Regional, no âmbito da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, seção 1. Brasília, DF, n. 119, p. 61-62, 23 jun. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19133997/do1-2017-06-23-portaria-n-33-de-22-de-junho-de-2017-19133913. Acesso em 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017. Suplemento, p. 288. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. **Diário Oficial da União**. Seção 1. Brasília, DF., Ed. 155, p.87, 13 ago. 2018.

CARVALHO, João Pessoa de Paula. Os laboratórios de saúde pública nos programas de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 191-207, jun. 1976. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101976000200006. Acesso em: 14 out. 2020.

SANTOS, Ana Rosa dos. A rede laboratorial de Saúde Pública e o SUS. **Inf. Epidemiol. SUS**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 7-14, jun. 1997.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NOS HOSPITAIS

Ricardo Cocolisce
Inês Helena de Barros L. Saraiva

Os hospitais constituem-se em serviços de saúde que ofertam cuidados especializados e que podem ser necessários em situações de urgência, cronicidade e, ainda, doenças infecciosas, destacando-se aquelas de notificação compulsória (DNC), com potencial epidêmico e de interesse à saúde pública.

Para dar respostas adequadas, devem estar integrados ao sistema de saúde respondendo às necessidades no seu nível de complexidade, segundo a natureza da intervenção e, ainda, para melhores resultados, estarem focados na saúde da população de comunidades definidas num determinado território.

A organização de núcleos de vigilância epidemiológica (NVE) em hospitais, independentemente de seu porte e de sua abrangência territorial e referencial, é uma estratégia necessária para o avanço no funcionamento pleno do Sistema de Vigilância em Saúde.

Na década de 1980, e mais intensamente na de 1990, estes núcleos foram se formando e se consolidando em termos nacionais, sendo que em 2004, através da Portaria Ministerial nº 2529, foi instituído o Subsistema Hospitalar de Epidemiologia (NHE), com o estabelecimento de uma rede de núcleos de vigilância em hospitais brasileiros; e uma outra Portaria Ministerial, a de nº 2254 de 2010, instituiu a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar e veio consolidar esta estratégia para a Vigilância em Saúde, visando o monitoramento das doenças contagiosas e desencadeamento de ações de controle e prevenção no âmbito hospitalar.

Ambas portarias versem sobre o mesmo tema, estabelecendo as competências para cada esfera de governo, sendo muitas atribuições executadas de forma complementar e articuladas entre si; e, em linhas gerais, colocam para a União e Estados a atribuição de:

- elaborar as normas técnicas referentes ao desenvolvimento das atividades de vigilância;
- coordenar a Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar;
- realizar assessoria técnica e apoiar o processo de capacitação de recursos humanos;
- realizar e apoiar estudos epidemiológicos e operacionais relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória no ambiente hospitalar, em suas esferas de ação e em articulação com os gestores municipais do SUS.

Aos municípios compete:

- coordenar, monitorar e avaliar, em seu âmbito de ação, a vigilância epidemiológica hospitalar;
- elaborar normas técnicas complementares às dos níveis federal e estadual para o seu Município, sempre que necessário;
- apoiar tecnicamente os hospitais na implantação, estruturação e a manutenção dos NHE, por meio de assessoria técnica e da capacitação de recursos humanos; e
- executar e/ou complementar as ações desencadeadas conforme as atividades de vigilância epidemiológica realizadas no âmbito hospitalar, em seu território.

Dentre as atribuições destes serviços ou núcleos de vigilância epidemiológica (NVE) nos hospitais, cabe destacar:

- realizar busca ativa das doenças e agravos de notificação compulsória (DNC), estabelecendo rotinas de visitas em setores chaves para detectar entrada de casos de interesse epidemiológico, como Pronto-Socorro – PS e laboratório;
- notificar doenças e agravos de forma oportuna, às equipes municipais e estaduais, para o rápido desenvolvimento das ações pertinentes a cada tipo de agravo, como bloqueios, busca ativa de casos e identificação de surtos;
- realizar a investigação de óbitos maternos, infantis, fetais e outros de interesse da saúde pública;

- funcionar como unidades sentinela para doenças e agravos específicos de interesse em saúde pública;
- desenvolver trabalho educativo no hospital para qualificação de profissionais da assistência para a suspeita, diagnóstico precoce e conduta adequada das DNC;
- compilar dados para a comunidade intra-hospitalar e extra-hospitalar, com a emissão de informes ou boletins periódicos, bem como divulgar internamente as informações externas a que tenha acesso;
- colaborar em inquéritos epidemiológicos de interesse à saúde pública;
- alimentar os sistemas de informações oficiais como o sistema nacional de agravos de notificação compulsória (Sinan), entre outros.

Para satisfatório desenvolvimento das atividades, esses serviços devem ser compostos por técnicos com conhecimentos em vigilância epidemiológica e saúde pública; e, ainda, para o pronto e integral desempenho de suas atribuições, os núcleos de vigilância devem, em sua organização, estabelecer interface com vários serviços e comissões hospitalares, como a comissão de óbito, de revisão de prontuários, de controle de infecção hospitalar, de qualidade e de segurança do paciente; além de estabelecer uma relação próxima com as unidades de assistência, pronto-socorro, laboratório e farmácia.

Além da execução das atividades de busca ativa de agravos e sua notificação e desencadeando ou contribuindo para a ocorrência de ações de controle primordial na articulação do sistema de vigilância epidemiológica e desenvolvimento de seus propósitos, enfatiza-se o papel de educação em saúde da equipe dos NHE junto a todos os profissionais do hospital, integrando-os ao Sistema de Vigilância em Saúde.

Vale lembrar que muitos municípios brasileiros não contam em seu território com a existência de hospitais, sejam de gestão SUS ou privados, com ou sem leitos SUS; referenciando-se a estabelecimentos de caráter regional, e tendo no nível local arranjos organizacionais e físicos que desempenham esta função, como em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) 24 horas, entre outros possíveis arranjos; devendo o gestor municipal trabalhar no sentido de atribuir-lhes o papel da Vigilância Epidemiológica, principalmente no que tange a ocorrência de agravos e eventos sentinela de

importância para a Vigilância em Saúde.

Deste modo, também se faz necessário que os gestores e dirigentes busquem estabelecer nos hospitais, bem como nos demais serviços que realizam o atendimento das urgências e emergências, seja em municípios ou regionalmente, uma conduta de vigilância em saúde nas equipes que atuam nos mesmos.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 26 nov. 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0072_23_12_2004.html. Acesso em: 13 out.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e define o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 06 ago. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254_05_08_2010.html. Acesso em 13 out. 2020.

ESCOSTEGUY, Claudia Caminha; PEREIRA, Alessandra Gonçalves Lisbôa; MEDRONHO, Roberto de Andrade. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3365-3379, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3365.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

MALHEIRO Vera Lucia da Gloria. **Avaliação do subsistema de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar**. Rede de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia do Estado de São Paulo, 2013. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2013.

RIBEIRO, Ana Freitas; MALHEIRO, Vera Lucia. Epidemiologia hospitalar com ênfase em vigilância epidemiológica. Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. **BEPA, Bol. epidemiol. paul.** São Paulo, v. 4, n. 38, fev. 2007. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722007000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020.

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Maria do Carmo Ferreira

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, com acesso universal a todos os cidadãos e possui um dos mais completos calendários de imunização, atendendo além das crianças, outras populações e faixas etárias como adolescentes, gestantes, adultos e idosos.

A vacinação é reconhecida como uma ação efetiva no controle e erradicação de doenças imunopreveníveis e no Brasil contribuiu para o aumento da expectativa de vida e redução da mortalidade infantil.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi criado em 1973 e regulamentado em 1976 através do Decreto nº 78.231, de 30 de dezembro de 1976. Desde a sua criação o PNI é o responsável pela coordenação das atividades de imunização no país. Em 1977 foi estabelecido o primeiro calendário básico de imunização com as vacinas obrigatórias para as crianças menores de 1 ano. Esse calendário era composto por quatro vacinas: BCG (tuberculose), Sabin (poliomielite), Sarampo (sarampo) e DPT (difteria, tétano e coqueluche), e nas décadas seguintes, novas vacinas foram incorporadas no calendário de vacinação. (Quadro 1)

Além das vacinas da rotina, o PNI é responsável pela coordenação das campanhas de vacinação buscando a erradicação e eliminação de vários agravos, como: campanhas de vacinação contra a poliomielite, campanhas de vacinação contra o sarampo e, posteriormente, contra o sarampo e a rubéola.

Os novos imunobiológicos são incorporados ao calendário de

imunização por meio da Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS), sendo que atualmente estão disponíveis dezenove vacinas para mais de vinte doenças, impactando positivamente no controle do tétano neonatal, do tétano acidental, da difteria, da rubéola e síndrome da rubéola congênita e de formas graves da tuberculose, além de reduzir a letalidade por doença meningocócica, doença pneumocócica, entre outras.

O país recebeu o certificado de erradicação do *poliovírus* selvagem em 1994, de eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita em 2015, e em 2016, o de eliminação do sarampo, embora em 2019 tenha perdido esta certificação devido à reemergência do sarampo com transmissão sustentada no país desde 2018.

Nos últimos anos tem ocorrido queda das coberturas vacinais e a reintrodução de agravos anteriormente considerados eliminados, como a epidemia de sarampo.

Quadro 1- Histórico de incorporação dos principais imunobiológicos no calendário brasileiro de imunização até 2020.

Ano	Doenças	Vacina
1977	Formas graves de Tuberculose, poliomielite, Difteria, Tétano e Coqueluche	BCG, Sabin, DPT
1989	Hepatite B	Hepatite B – inicialmente na região Norte e, posteriormente, para todo o território nacional
1992	Sarampo, Rubéola e Caxumba	Tríplice viral (TV)
1999	Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B Influenza Febre amarela	Vacina conjugada para <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib) Influenza para pessoas com 65 anos e mais Febre amarela (início da introdução no calendário básico de vacinação em áreas endêmicas)
2002	Difteria, Tétano, Coqueluche e Meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	Tetravalente (DPT+Hib)
2006	Rotavírus	VORH Rotavírus

2010	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> , Doença invasiva causada pelo pneumococo Ampliação do grupo prioritário para vacina de influenza	Meningocócica C Pneumocócica 10 Influenza
2012	Poliomielite	Substituição da vacina contra a poliomielite oral (VOP) para a injetável (VIP) em menores de 1 ano
2013	Sarampo, Rubéola, Caxumba e Varicela	Tetra Viral
2014	Infecção pelo Papilomavírus humano, Tétano, Difteria e Coqueluche acelular para gestantes, Hepatite A	HPV dTpa Hepatite A
2020	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i>	Meningocócica ACWY para adolescentes de 11 a 12 anos

Fonte: Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI) – 40 anos

Como todas as ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o financiamento e as responsabilidades do PNI são compartilhados pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

São responsabilidades do governo federal:

- A coordenação do PNI, como a definição das vacinas do calendário nacional de imunizações, as campanhas de vacinação e as normatizações sobre o assunto;
- O provimento de imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações;
- O provimento de seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas pelos Estados;
- A gestão do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização, a consolidação e análise dos dados de cobertura vacinal a nível nacional e a retroalimentação dos dados para os Estados e municípios.

São de responsabilidade dos governos estaduais:

- A coordenação do PNI no nível estadual;

- O provimento de seringas e agulhas, sendo facultada ao Estado a solicitação da aquisição pela União;
- A gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos de interesse da Vigilância em Saúde, inclusive o armazenamento e o abastecimento aos Municípios, de acordo com as normas vigentes;
- A gestão no nível estadual, do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização;
- A consolidação e análises dos dados do Sistema de Informação, com envio ao Ministério da Saúde (MS) e retroalimentação para os municípios;
- A capacitação permanente sobre imunização para os profissionais que atuam no programa de imunização do município. As capacitações e atualizações devem ser feitas de forma permanente, e sempre que ocorrer mudanças no PNI e nas estratégias de vacinação. É importante que todos os trabalhadores que atuam direta e indiretamente no programa de imunização do município participem das capacitações e atualizações.

Para o bom funcionamento deste importante programa de saúde pública, cabe às Secretarias Municipais de Saúde garantir que o imunobiológico disponibilizado pelo MS e distribuído pelas Secretarias de Estado da Saúde seja administrado nas populações suscetíveis e prioritárias.

Para isto é necessário a organização do programa de imunizações no nível municipal, cabendo ao município:

- A coordenação e a execução das ações de vacinação conforme o calendário nacional de imunização no âmbito municipal;
- A disponibilização da atividade de vacinação de rotina e as estratégias especiais, como campanhas e bloqueios vacinais;
- A gestão do armazenamento das vacinas e outros insumos, incluindo o estoque do município, transporte até as unidades de vacinação e na própria unidade de saúde, mantendo o controle de temperatura recomendado para garantir a qualidade dos imunobiológicos;
- A notificação e investigação de eventos adversos e de óbitos temporalmente associados à vacinação;
- O descarte e destinação final de frascos, seringas e agulhas utilizados na atividade de vacinação, conforme as normas técnicas

vigentes;

- A manutenção do cadastro das salas de vacinas atualizados no SCNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- A garantia do registro ou a migração do registro de doses de imunobiológicos aplicadas nas UBS no e-SUS AB;
- A gestão do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização no município, incluindo a alimentação do sistema com a migração do e-SUS AB dos registros das vacinas aplicadas na Atenção Básica, o processamento, a consolidação e a avaliação da qualidade dos dados gerados no município, bem como o envio dos dados para o nível regional ou estadual, de acordo com os prazos e fluxos estabelecidos;
- Os municípios que tiverem recursos poderão promover capacitação permanente em imunização para todos os trabalhadores que atuam no programa de imunização, principalmente nos momentos em que ocorrem mudanças no calendário, introdução de um novo imunobiológico ou uma estratégia nova de imunização;
- A vacinação é uma das ações de vigilância epidemiológica executadas pelas unidades básicas de saúde, sendo fundamental para o bom funcionamento do programa, a integração das equipes de vigilância em saúde e de atenção básica do município.

Toda a população tem direito aos imunobiológicos oferecidos pelo SUS, de acordo com o calendário nacional de vacinação. As coordenações de atenção básica e de vigilância em saúde devem atuar de forma conjunta para que ocorram:

- A aplicação das vacinas de acordo com as normas técnicas e calendário de vacinação vigentes;
- A vacinação de rotina deve ser ofertada de acordo com a realidade municipal e a disponibilidade de vacinas, o ideal é que seja ofertada durante todo o horário de funcionamento da unidade;
- A realização do monitoramento e busca ativa de faltosos;
- A realização da vacinação fora da unidade de saúde em casos de populações vulneráveis como migrantes, grandes canteiros de obras, etc.;
- O monitoramento da cobertura vacinal de cada imunobiológico, preferencialmente usando como denominador a população de nascidos vivos;
- A integração entre a equipe da sala de vacina e os demais pro-

fissionais da unidade de saúde, a fim de evitar as oportunidades perdidas de vacinação, que são situações em que o indivíduo é atendido em outro setor da unidade e não é verificada a sua situação vacinal e que seja encaminhado à sala de vacinação.

A importância da vacinação não está somente na proteção individual, mas também na coletiva, porque elas evitam a propagação em massa de doenças que podem levar à morte ou a sequelas graves, comprometendo a qualidade de vida e saúde das pessoas. O PNI é um programa de sucesso, mas para que continue desta forma, é necessário que as responsabilidades sejam compartilhadas entre as esferas de governo, para o controle e redução das doenças imunopreveníveis, de forma equânime na população brasileira.

A manutenção de um sistema de imunização como o atual, num país de dimensão continental e com culturas diversas como o Brasil, é um grande desafio para o SUS. É importante que para todas as esferas de governo, o PNI seja um programa prioritário, garantindo a vacinação necessária, de qualidade e com altas coberturas para toda a população.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 78.231**, de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF, 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/19701979/D78231.htm#:~:text=D78231&text=DECRETO%20No%2078.231%2C%20DE,doen%C3%A7as%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias. Acesso em 15 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 Anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf. Acesso em 15 out.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

MORAES, José Cássio de. et al. Qual é a cobertura vacinal real? **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 12, n. 3, p. 147-153, set. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.gov>.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742003000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos et al. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, e20190223, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000200100&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020.

LIMA, Adeânio Almeida; PINTO, Edenise dos Santos. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salut**, n. 1, p. 53-62, 2017. Disponível em: <http://www.sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/SPC2236-9600.2017.001.0005/1008>. Acesso em: 15 out. 2020.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 7-8, mar. 2013. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742013000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020.

TEMPORAO, José Gomes. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. cienc. saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 601-617, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2020.

WAISSMANN, William. Cobertura vacinal em declínio: hora de agir! Vigilância Sanitária em Debate: **Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v.6, n.3, p.1-3 2018;6 (3):1. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570561621001>. Acesso em: 15 out. 2020.

VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIAS AGUDAS

Rodrigo Angerami

Vigilância de Doenças de Transmissão Respiratória

As doenças de transmissão respiratória figuram como significativos problemas de saúde pública em âmbito global e, geralmente, levam a vultosos impactos e grandes desafios aos sistemas públicos de saúde no Brasil, em todos os níveis de organização – municipal, estadual e federal.

Dado o elevado potencial de transmissibilidade, sobretudo de pessoa a pessoa, nos mais diversos ambientes – incluindo-se domiciliar, comunitário, hospitalar – além dos riscos à saúde do indivíduo – com elevado potencial de morbidade e letalidade – as doenças de transmissão respiratória, em âmbito coletivo, apresentam notória relevância sobre indicadores de mortalidade da população e impõem significativo impacto social e econômico, diretos (demanda por atendimentos e internações, consumo de medicamentos e outros insumos) e indiretos (incluindo-se afastamento social e absenteísmo).

A importância das doenças de transmissão respiratória pode ser compreendida sob diversos aspectos. Quando se observa a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, destaca-se que dentre um total de 48 doenças, agravos ou eventos, nove são considerados doenças com transmissão primariamente respiratória: coqueluche; difteria; doença meningocócica e doença invasiva por *Haemophilus influenzae*; influenza associada a novo sorotipo; sarampo e rubéola; tuberculose; hanseníase; varicela

grave; e síndrome respiratória aguda grave associada a coronavírus.

Nesse grupo de doenças figuram:

- Doenças emergentes (influenza aviária e síndromes respiratórias causadas pelo coronavírus – SARS, MERS e mais recentemente, em 2019, um novo coronavírus identificado na China);
- Doenças com potencial pandêmico (influenza por novos subtipos virais);
- Doenças com elevada letalidade (doença meningocócica e difteria);
- Doenças imunopreveníveis eliminadas (rubéola);
- Doenças reemergentes (sarampo);
- Doenças com potencial de surtos comunitários (influenza sazonal, caxumba, coqueluche, varicela, sarampo).

Vale ressaltar que a relevância das doenças de transmissão respiratória deve ser compreendida não apenas em âmbito nacional, mas também na esfera internacional, sob a égide do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

Adicionalmente, incluem-se várias outras doenças com significativo impacto tanto no sistema de saúde – como vírus sincicial respiratório – quanto social, como a tuberculose e hanseníase, ambas doenças crônicas transmissíveis e de transmissão respiratória pessoa-pessoa – que serão abordadas em outro capítulo.

Diante do exposto, fica patente a necessidade de que o sistema público de saúde no Brasil esteja devidamente capilarizado e estruturado para o enfrentamento das doenças de transmissão respiratória, incluindo-se ações de vigilância, as quais compreendem investigação, prevenção e controle.

Em linhas gerais, a vigilância das doenças de transmissão respiratória se fundamenta em algumas premissas gerais e comuns ao que se preconiza às demais doenças e agravos de notificação compulsória. Nesse contexto, a vigilância em saúde deve ser compreendida “como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, que visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde”, deve ser consonante – técnica e operacionalmente – com as diretrizes programáticas espe-

cíficas vigentes.

A vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis tem como principais objetivos gerais:

- Monitorar a tendência temporal de cada doença, para detecção precoce de surtos, epidemias e mudanças nos padrões de letalidade, morbidade e mortalidade;
- Identificar grupos de maior risco de adoecimento e de evolução para formas graves das doenças de transmissão respiratória;
- Investigar laboratorialmente casos suspeitos de doenças causadas por patógenos de transmissão respiratória;
- Monitorar patógenos circulantes e padrões de resistência a medicamentos;
- Alcançar e manter elevadas e homogêneas taxas de cobertura vacinal, realizando ações de vacinação de rotina, de campanha e específicas de bloqueio;
- Monitorar a taxa de cobertura vacinal para cada vacina e o impacto dos programas de vacinação contra as doenças de transmissão respiratória;
- Adotar ações específicas para a prevenção e controle do número de casos, de surtos e epidemias;
- Analisar e divulgar informações epidemiológicas.

Ainda que, individualmente, as doenças de transmissão respiratória apresentem características etiológicas, clínicas, epidemiológicas próprias, além de eventuais especificidades quanto a medidas de prevenção e controle, em linhas gerais, as ações de vigilância epidemiológica preveem alguns elementos norteadores que devem ser conhecidos não apenas pelas equipes técnicas, mas pelos gestores responsáveis pela garantia da execução e fortalecimento dos mesmos.

- Garantir profissionais tecnicamente capacitados, em número adequado, para a realização das ações de vigilância em sua integralidade. Principais ações a serem executadas pela gestão municipal: oferta de concursos públicos para diferentes formações e níveis de competência; reposição de profissionais sempre que necessário;
- Criar condições necessárias para a sensibilização e capacitação da rede de assistência para a correta e oportuna identificação, notificação e investigação de casos suspeitos e confirmados das

doenças de transmissão respiratória de notificação compulsória. Principais ações a serem executadas pela gestão municipal: organização de capacitações destinadas a profissionais das redes de saúde pública e complementar; elaboração e divulgação de informes técnicos; elaboração e divulgação de boletins epidemiológicos; disponibilização de conteúdo técnico e dados epidemiológicos em plataformas digitais;

- Criar condições necessárias para a sensibilização da rede de assistência na identificação de eventos de potencial interesse em saúde pública potencialmente relacionadas à via de transmissão respiratória, ainda que não envolvam doenças de notificação compulsória. Principais ações a serem executadas pela gestão municipal: apoio técnico para discussão de caso; equipe técnica para investigação e monitoramento de eventos com potencial impacto à saúde pública; elaboração e divulgação de alertas e informes técnicos específicos;

- Criar condições necessárias para a utilização dos sistemas de informação para monitoramento e análise do número de casos e padrões de ocorrência das doenças de transmissão respiratória. Principais ações a serem executadas pela gestão municipal: garantir equipe técnica adequada – quanti e qualitativamente – para inserir, monitorar, analisar dados epidemiológicos; prover estrutura física e operacional (conectividade à rede de internet rápida e estável; equipamentos hardware e softwares); disponibilizar recursos humanos para demandas de digitação e apoio em tecnologia de informação;

- No que tange aos sistemas de informação utilizados para as ações de vigilância em saúde, os sistemas vigentes são o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) utilizado para a notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (no caso das doenças de transmissão respiratória, são exemplos sarampo, rubéola, coqueluche, meningites bacterianas, difteria) e de surtos de doenças como caxumba, escarlatina, varicela e vírus sincicial respiratório. Especificamente em relação à influenza há o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), específico para notificação de síndrome gripal (sistema sentinela) e síndrome respiratória aguda grave;

- Garantir rede de frio apropriada, estruturada e descentralizada para acondicionamento de vacinas e outros imunobiológicos. Principais ações a serem executadas pela gestão municipal: ga-

garantir equipe técnica adequada – quanti e qualitativamente – para gestão e monitoramento dos estoques de vacinas e imunobiológicos; garantir o acondicionamento e transporte adequado de vacinas e imunobiológicos tanto para ações de rotina em salas da vacina quanto para a realização de bloqueios vacinais e execução de campanhas de vacinação;

- Garantir recursos humanos capacitados e em número suficiente para a realização de imunizações de rotina e para execução de ações de bloqueio e campanhas. Principais ações a serem executadas pela gestão municipal: garantir estrutura física, insumos e equipe técnica adequada – quanti e qualitativamente – em horários de rotina e, eventualmente, em grades de horários e locais alternativos;
- Capacitações devem ser planejadas no âmbito da CIB, caso o estado não consiga prover de forma adequada, solicitar apoio da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS;
- Garantir a oferta, a distribuição e facilidade de acesso de medicamentos previstos para o tratamento e prevenção de doenças de transmissão respiratória. Principais ações a serem executadas pela gestão municipal: garantir estrutura física, insumos e equipe técnica adequada – quanti e qualitativamente, incluindo-se farmacêuticos – em horários de rotina e, eventualmente, em grades de horários e locais alternativos;
- Garantir condições para que as investigações laboratoriais de casos suspeitos de doenças de transmissão respiratória possam ser executadas precoce, oportuna e adequadamente sempre que necessário. Principais ações a serem executadas pela gestão municipal: aquisição e disponibilização de insumos; equipe técnica capacitada para a coleta de material em serviços de saúde e, eventualmente, em horários de rotina e, ocasionalmente, em grades de horários e locais alternativos; capacidade de acondicionamento e transporte de amostras biológicas dos locais de coleta aos laboratórios de referência;
- Ter entre o quadro permanente de recursos humanos, composição mínima de profissionais capacitados, com atribuições e responsabilidades estabelecidas, para ações de rotina da vigilância, bem como ações de resposta rápida para enfrentamento de surtos, epidemias e situações não habituais;
- Implementar e garantir as ações intersetoriais de vigilância em saúde em parceria com diferentes secretarias: Recursos Huma-

nos, Educação, Cultura, Comunicação e outros;

- Estimular e apoiar a realização de atividades educativas, incluindo-se elaboração de material publicitário, sobre prevenção de doenças de transmissão respiratórias, notadamente em períodos de sazonalidades específicas, situações de surtos e para divulgação de ações de vacinação.

Em resumo, cabe à Vigilância em Saúde analisar, de forma permanente, a situação de saúde da população e o padrão de ocorrência de doenças e agravos, devendo ser as informações oriundas das análises obtidas pela vigilância sempre consideradas no monitoramento, planejamento e adoção de medidas de promoção à saúde e prevenção e controle das doenças de transmissão respiratórias. A Vigilância em Saúde deve ser estruturada como política transversal, intersetorial, de inteligência e suporte para as redes de atenção.

Finalizando, deve ser ressaltado que a integração e articulação da Vigilância em Saúde – em todos os seus componentes – com a Atenção Básica é condição imprescindível para que haja não apenas o fortalecimento das linhas de cuidado, mas para que os programas e ações que visam a prevenção e controle de doenças sejam exequíveis de modo a garantir proteção à saúde da população. Assim como se prevê para todas as demais ações de Vigilância em Saúde, no âmbito das doenças de transmissão respiratória, as ações devem ser norteadas pelo diagnóstico situacional e definidas e estruturadas por meio do planejamento, a partir das especificidades dos territórios das Unidades de saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Política nacional de vigilância em saúde**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>. Acesso em: 8 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N - 204**, 17 de fevereiro de 2016. 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, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 8 jan.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf. Acesso em 8 jan. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Organização Mundial de Saúde. Regulamento Sanitário Internacional. Brasília, DF: Anvisa, 2009. Disponível em: <https://sistemas.mre.gov.br/kitweb/datafiles/Windhoek/pt-br/file/anvisa%20-%20regulamento%20sanitario%20internacional%20-%202009.pdf>. Acesso em: 1 out. 2020.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 1, 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conferência Nacional de Vigilância, 2001. (Relatório final). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nacvig_sanit_relatoriofinal.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

VIGILÂNCIA DA COVID-19

Andrea P. B.von Zuben

Introdução

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos.

Em dezembro de 2019, o aumento do número de casos de pneumonia na China, na cidade de Wuhan, chamou a atenção das autoridades sanitárias e as investigações realizadas identificaram que a causa desse quadro foi um vírus, até então desconhecido, que foi identificado como pertencente à família dos coronavírus (*Coronaviridae*).

Nesta família estão contidos vírus como o Sars-CoV e Mers-CoV. Existem muitos coronavírus diferentes. A maioria deles causa doença em animais. No entanto, sete tipos de coronavírus são conhecidos por causar doença em seres humanos. Quatro dessas sete infecções por coronavírus em humanos envolvem doença do trato respiratório superior leve, que causa os mesmos sintomas do resfriado comum. Os três restantes, por sua vez, causam sérios problemas respiratórios (**Sars-CoV 1 e 2 e Mers-CoV**).

Sars-CoV-2

Para diferenciar essa nova variação que surgiu a partir de casos provenientes de um mercado de frutos do mar e animais vivos da cidade de Wuhan, na China, muitos especialistas se referiam a ele como o “novo coronavírus” (termo bastante usado pela imprensa). Depois,

ele recebeu a nomenclatura temporária de 2019-nCoV. Até ter o nome oficial definido: **Sars-CoV-2**.

A Covid-19 é a doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, o qual ainda não havia sido identificado em humanos. Atualmente, já está bem definido que esse vírus possui uma alta e sustentada transmissibilidade entre as pessoas. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a doença como pandemia.

A Covid-19 é uma doença que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes com Covid-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas), e aproximadamente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório.

O período de incubação da Covid-19, tempo entre a exposição ao vírus e o início dos sintomas, é, em média, de 5 a 6 dias, no entanto, pode ser de até 14 dias. Por tratar-se de um novo vírus circulando em humanos, toda a população é suscetível. Os sinais e sintomas da Covid-19 mais comuns incluem: febre, tosse e falta de ar. No entanto, outros sintomas podem incluir: dor de garganta; diarreia; anomia (incapacidade de sentir odores) ou hipoxemia (diminuição do olfato); mialgia (dores musculares, dores no corpo) e cansaço ou fadiga. Além disso, os idosos com Covid-19 podem apresentar um quadro diferente de sinais e sintomas do apresentado pelas populações mais jovens, como por exemplo, não apresentar febre.

As características da Covid-19 tornam difícil seu controle. Sua elevada transmissibilidade, inclusive a partir de casos assintomáticos, e a tendência a gerar complicações graves, internações e mortes, aliadas à ausência de imunidade prévia (por tratar-se de um vírus desconhecido para a espécie humana), à inexistência de vacinas ou tratamentos reconhecidamente eficazes e à vulnerabilidade da população brasileira (condições de vida e saúde), elevam a incidência da infecção e número de casos graves, que necessitam de internação e/ou cuidados intensivos que podem superar a capacidade dos serviços de saúde.

Assim, os municípios e toda a rede SUS precisam estar articulados com a participação dos estados e da União no enfrentamento da Covid-19. Muito importante que cada município elabore seu Plano de Contingência ou siga o preconizado pelos planos estaduais. Estes planos devem ser documentos elaborados com o intuito de auxiliar na

resposta ao enfrentamento da epidemia com definição de responsabilidades, estabelecendo organização necessária, de modo a atender a situações de emergência relacionadas à circulação do vírus. Visa à integralidade das ações na prevenção e monitoramento da doença, bem como na assistência à saúde da população. As ações a serem implantadas devem promover a assistência adequada ao paciente, ações de vigilância em saúde sensíveis e oportunas, integração de diversas secretarias e ações de comunicação de risco.

Covid- 19 no Brasil

A pandemia de Covid-19 no Brasil teve início em 26 de fevereiro de 2020, após a confirmação de que um homem de 61 anos, residente no município de São Paulo, que havia retornado de viagem da Itália, testou positivo para o SARS-CoV-2. No momento da introdução da doença no país, os casos eram majoritariamente importados e a estratégia de contenção da epidemia baseava-se na busca e isolamento dos casos e contatos, a fim de evitar transmissão do vírus de pessoa a pessoa, de modo sustentado. Com o crescimento do número de casos da Covid-19 e a ocorrência de transmissão comunitária, estratégias de mitigação passaram a ser adotadas, buscando-se evitar a ocorrência de casos graves e óbitos pela doença.

Em 20 de março de 2020 foi declarada a transmissão comunitária da Doença pelo Coronavírus-2019 (Covid-19) em todo o território nacional. Com isso, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) realizou a adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, visando orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do novo coronavírus (SARS-CoV-2), influenza e outros vírus respiratórios no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) (Portaria GM 188/2020).

Organização do município para o enfrentamento da COVID-19

Uma série de estratégias devem ser viabilizadas para que o município consiga dar conta de lidar com a epidemia de Covid-19. Neste documento, as estratégias serão organizadas em componentes.

Componente 1: Comitê de crise/enfrentamento

Recomenda-se aos municípios que instituíssem o Comitê Intersetorial de Contingenciamento da Covid-19, com atribuições de deliberar e apoiar medidas sanitárias e ações necessárias ao enfrentamento da

crise por vários órgãos e secretarias e não somente pela Secretaria de Saúde. A resposta da administração pública deve estar contida em um plano publicizado e a composição deste comitê deve ser publicada em diário oficial.

O plano deve trazer as atribuições das secretarias municipais, departamentos e/ou órgãos da administração indireta das Prefeituras no controle e prevenção da doença e na organização necessária do atendimento a situações de processos epidêmicos, visando adotar medidas de preparação e resposta em Saúde Pública utilizando a análise da situação epidemiológica como norteadora das ações de resposta.

Todos os órgãos e secretarias das prefeituras devem se preparar para minimizar riscos aos seus funcionários e usuários.

Algumas secretarias têm papel mais específico e fundamental nas ações de resposta à pandemia, sendo alguns exemplos:

- Gabinete do Prefeito: prover a estrutura administrativa e operacional para o funcionamento do Comitê Municipal incentivando a intersetorialidade, propiciando ações integradas e coordenadas para prevenção e controle da Covid-19, bem como favorecer as tomadas de decisões e agilidade nos processos administrativos necessários; estabelecer ajustes (contratos e convênios) em caráter emergencial para atender as necessidades para o enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19).
- Secretaria de Comunicação: preparar material de divulgação (releases, cartazes, folhetos, spots de rádio, VTs, faixas, filmes etc.) com informações sobre sintomas e formas de prevenção da Covid-19 para ampla divulgação nos meios oficiais, na imprensa, para servidores e para a população; definir estratégias de divulgação para a imprensa; propor e atualizar site com informações para consulta de jornalistas, profissionais, entidades e do público em geral, além de imagens, infográficos etc.; monitorar redes sociais para esclarecer fake news, rumores, boatos e informações equivocadas.
- Secretaria de Recursos Humanos: prever o quantitativo de horas extraordinárias para o enfrentamento da Covid-19; convocar servidores de outras secretarias para o que couber; definição e orientação sobre afastamento preventivo de servidores considerados Grupo de risco (maior probabilidade de agravamento) para Covid-19; incentivar teletrabalho sempre que possível; mobilizar e orientar as empresas contratadas de prestação de serviço de limpeza e demais serviços de apoio para preparação e adoção

de medidas para o enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus (Covid-19), entre outros.

Componente 2: Vigilância em Saúde

O município deve orientar o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, a Rede de Serviços de Atenção à Saúde do SUS e a rede complementar e suplementar de saúde para atuação na identificação, notificação, investigação e manejo oportuno de casos suspeitos e seus contatos de Doença Respiratória Aguda pelo SARS-CoV-2; monitorar a situação da Covid-19 no município e produzir análises epidemiológicas que subsidiem ações de prevenção e/ou mitigação dos riscos de transmissão, diretrizes assistenciais e de gestão para o enfrentamento da doença.

As ações listadas abaixo são fundamentais e devem ser organizadas em cada um dos municípios:

- Monitorar notificações e analisar dados epidemiológicos para a Covid-19 a partir dos sistemas de informação vigentes para vigilância de síndrome gripal por coronavírus (e-SUS Notifica) e síndrome respiratória aguda grave (SIVEP-gripe).
- Orientar a coleta de material para propiciar diagnóstico laboratorial dos casos suspeitos seguindo as normatizações do MS.
- Monitorar e analisar as informações acerca da investigação laboratorial de casos de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave pelo sistema de informação GAL.
- Monitorar as doenças respiratórias por meio das internações hospitalares e óbitos registrados no Sistema de Informações de Mortalidade.
- Analisar e investigar os óbitos por SRAG no município.
- Orientar sobre as medidas de prevenção e controle da Covid-19 aos contatos próximos/domiciliares com casos suspeitos ou confirmados.
- Investigação de casos e monitoramento de contatos de Covid-19 com orientações para isolamento.
- Rastrear e monitorar contatos de casos de Covid-19.
- Monitorar semanalmente o número de casos de SRAG e Síndrome Gripal permitindo a avaliação de risco e tomada de decisão quanto às medidas de isolamento social.
- Elaborar e divulgar recomendações sanitárias sobre as medidas de prevenção e controle da Covid-19.

- Fiscalizar os ambientes de trabalho das atividades essenciais e/ou liberadas para funcionamento, visando garantir condições adequadas para a prevenção e controle da Covid-19.
- Intensificar a fiscalização da fabricação e comércio de produtos de interesse da saúde, principalmente aqueles relacionados à prevenção e controle da Covid-19.
- Intensificar a fiscalização de comunidades terapêuticas e de serviços que abrigam idosos.
- Intensificar a fiscalização de serviços de saúde para proteção de trabalhadores e usuários.
- Indicar e garantir cumprimento do uso de equipamentos de proteção individual de acordo com o risco da atividade.
- Prevenir e monitorar a ocorrência de casos isolados e surtos em instituições de grande risco, tais como presídios, instituições para idosos, abrigos assistenciais, hospitais e outras instituições coletivas.
- Orientar sobre manejo de corpos, velórios e enterros.
- Capacitar profissionais de saúde.

Componente 3: Assistência à Saúde

A organização da rede de atenção para casos suspeitos e/ou confirmados de doença respiratória pela Covid-19 deve ser prioritária nos municípios, levando em conta toda a estrutura assistencial existente no município, bem como a eventual necessidade de leitos em municípios vizinhos. Importante que o usuário suspeito do novo coronavírus tenha fluxo assistencial bem estabelecido e conhecido por toda a rede de saúde.

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Durante surtos e epidemias, a APS / ESF (Estratégia de Saúde da Família) tem papel fundamental na resposta global à doença em questão e oferece atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado de Atenção à Saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados.

A necessidade de internação hospitalar terá como base a avaliação clínica, levando-se em consideração os fatores que possam representar risco ao paciente e a seus contatos domiciliares. Deve ser realizado o monitoramento do número de leitos hospitalares diariamente, assim como o acompanhamento da taxa de ocupação dos leitos de

enfermaria e UTI para monitorar necessidade de ampliação de leitos. Deve estar previsto como será realizado o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e transporte interinstitucional de casos suspeitos ou confirmados.

A avaliação de disponibilidade de leitos pode ser vista na rede pública e privada de saúde a fim de estabelecer estratégias para aumentar a quantidade de leitos disponíveis para o SUS e otimizar, nos hospitais do município, os leitos de maior complexidade para atendimento aos pacientes com quadros graves de Covid-19. Pode haver reativação de áreas assistenciais obsoletas, ou contratação de leitos da rede privada, ou ainda construção de hospitais de campanha.

As ações listadas abaixo são fundamentais e devem ser organizadas em cada um dos municípios:

- Orientar a atenção primária, atenção pré-hospitalar e atenção hospitalar sobre manejo clínico e classificação de risco diante de um caso suspeito de infecção humana pela Covid-19.
- Desenvolver capacitações para os profissionais de saúde quanto ao acolhimento, cuidado, medidas de isolamento, limpeza e desinfecção de superfícies, higienização das mãos na atenção primária e na assistência pré-hospitalar e hospitalar.
- Apoiar a equipe da vigilância na realização de busca ativa dos contatos, bem como realizar notificação oportuna.
- Realizar levantamento dos insumos e equipamentos médico-hospitalares para atendimento de pacientes suspeitos para infecção humana pela Covid-19.
- Desenvolver fluxogramas/protocolos de acolhimento, triagem e espera por atendimento para usuários com sintomas respiratórios.
- Quantificar estoques de insumos padrão, incluindo medicamentos e EPIs.
- Garantir estoque estratégico de medicamentos para atendimento sintomático dos pacientes.
- Garantir medicamento específico para os casos de SG e SRAG que compreendem a definição clínica para uso do fosfato de oseltamivir.
- Ter protocolo laboratorial incluindo coleta, acondicionamento, armazenamento e transporte de amostras para laboratório oficial.
- Garantir insumos para realização de exames diagnósticos e outros recursos necessários para operacionalização da coleta, acon-

dicionamento e transporte das amostras.

- Verificar a disponibilidade de EPIs no serviço e verificar a necessidade de aquisição de mais EPIs.
- Verificar quais profissionais se enquadram no grupo de risco para o desenvolvimento dos quadros mais graves de Covid-19 e afastar do atendimento aos pacientes, em especial sintomáticos respiratórios.
- Determinar qual recurso humano mínimo é necessário para manter os atendimentos essenciais no serviço e prever eventual necessidade de reposição ou remanejamento de profissionais.
- Avaliar possibilidade de reduzir atendimentos de outros agravos e de fazer uso de teleatendimento.

Componente 4: Comunicação de risco

As estratégias de comunicação são imprescindíveis no enfrentamento das doenças infectocontagiosas, sendo um componente estruturante na gestão de eventos pandêmicos em todos os níveis de gerenciamento agregando planejamento, transparência e confiabilidade. A propagação da informação precisa e correta, no momento oportuno, por meio de uma linguagem adequada para cada público alvo (aproveitando a máxima potência dos diferentes meios de comunicação) tem se mostrado uma das mais eficazes ferramentas de inclusão social.

As atividades essenciais nesta comunicação para os municípios são:

- Divulgar amplamente os boletins epidemiológicos, protocolos técnicos e informações pertinentes de prevenção e controle para infecção humana pela Covid-19 produzidos pelo município, estado ou Ministério da Saúde.
- Divulgar as informações sobre a doença e medidas de prevenção junto à rede de serviços de saúde e população.
- Divulgar informações para população em geral em relação às medidas de etiqueta respiratória e higienização das mãos para a Covid-19.
- Definir, em conjunto com os gestores, o porta-voz que será responsável pela interlocução com os veículos de comunicação.
- Elaborar e divulgar materiais informativos sobre as medidas de prevenção e controle da Covid-19.

Componente 5: Controle Social, mobilização social e sociedade

Na ausência de vacinas e medicamentos, medidas não farmacológicas são importantíssimas, tais como distanciamento físico, uso de máscaras e higiene pessoal e de ambientes. Para tornar efetivo o enfrentamento da pandemia, é muito importante engajamento da sociedade. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante a participação da sociedade na gestão de políticas e programas e institui a participação social como princípio organizativo do SUS. É importante fortalecer as instâncias de participação social, assegurando a representação da sociedade civil em toda sua diversidade e representatividade.

Uma das mais importantes estratégias para mitigar esta pandemia é a vigilância epidemiológica, com busca ativa de casos confirmados ou suspeitos e bloqueio da transmissão com isolamento dos casos e contactantes. Para que haja adesão a estas medidas é essencial que a sociedade esteja engajada e mobilizada para que a fala dos profissionais seja ouvida e respeitada.

Não menos relevantes são as condições de vulnerabilidade social que mostram que o isolamento social pode ser mais difícil na população vulnerável face às dificuldades de ficarem em casa, isolados dos demais membros da família. A transmissão do vírus e o impacto da pandemia tendem a ser mais graves num contexto de desigualdade econômica e social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, bem como de vínculos empregatícios precários. Nestas condições, a sociedade organizada pode colaborar na implantação de propostas e estratégias de superação deste desafio e seus impactos.

A mitigação dos efeitos da pandemia nos municípios pode ser muito mais efetiva se houver engajamento da sociedade para que todas as pessoas exerçam seu direito às medidas sanitárias, coletivas e individuais de proteção.

Em suma, entidades representativas da sociedade possuem papel fundamental na construção de plano municipal de enfrentamento da Covid-19 e os gestores municipais devem estimular o planejamento participativo e soluções construídas coletivamente.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Nota técnica N° 04/2020** GVIMS/ GGTES/Anvisa. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (2019-nCoV), 30 de janeiro de 2020. Disponível em: https://ameci.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NOTA-TECNICA-GVIMS_GGTES-CORONAVIRUS-30.01.2020-FINAL.pdf. Acesso em 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019:** vigilância de síndromes respiratórias agudas Covid-19. Brasília, DF. Ministério de Saúde, 2020. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

CAMPINAS, SP. (Cidade). **Eixo saúde:** Plano Municipal de Contingência para o enfrentamento da pandemia de infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019 (Covid-19). Campinas, SP. Disponível em: Acesso em: 15 out. 2020. Disponível em: <https://covid-19.campinas.sp.gov.br/sites/covid-19.campinas.sp.gov.br/files/recomendacoestecnicas/Plano%20Municipal%20de%20Conting%C3%Aancia%20para%20o%20Enfrentamento%20da%20Pandemia%20de%20Infec%C3%A7%C3%A3o%20Humana%20pelo%20Novo%20Coronav%C3%ADrus%20%20EIXO%20SA%C3%A9%20Vers%C3%A3o%2022%20de%2013-10-2020.pdf>. Acesso em 15 out. 2020.

CAMPO GRANDE (Cidade). Prefeitura Municipal; Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Plano de contingência municipal de enfrentamento à doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19).** Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2020/02/PLANO-DE-CONTINGENCIA-CORONAVIRUS-SESAU-CG.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano de Contingência para Epidemia da Doença pelo Coronavírus 2019 (Covid-19) do Distrito Federal.** Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/10/Plano-deConting%C3%Aancia-Coronavirus10.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19.** Disponível em: https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v2.pdf?1509020. Acesso em: 15 out. 2020.

OLIVEIRA, Wanderson Kleber de et al. Como o Brasil pode deter a Covid-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.29, n. 2, e2020044, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2020.

PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano de Contingência do Paraná Covid-19.** Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/planocovid19final.pdf Acesso em: 15 out. 2020.

RIBEIRAO PRETO, SP (Cidade). Prefeitura Municipal. **Plano de Contingência para o Enfrentamento da Covid-19.** Ribeirão Preto, SP, 2020. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/covid-plano-contigencia.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020. <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/covid-plano-contigencia.pdf>

VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE E HANSENÍASE

Valéria Correia Almeida

A tuberculose e a hanseníase são duas doenças transmissíveis consideradas como infecções crônicas, pelos seus aspectos clínicos de evolução insidiosa e tempo prolongado de tratamento. Ambas as doenças representam um importante desafio da saúde pública, sendo consideradas endêmicas no Brasil, ainda que a distribuição dos casos seja muito heterogênea entre as regiões do país.

Tuberculose

O Brasil ocupa a 20ª posição na lista de países de alta carga de tuberculose e a 19ª na lista de alta carga de coinfeção TB-HIV, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), dessa forma a doença é considerada como prioritária na agenda política do Ministério da Saúde desde 2003.

As diretrizes de controle e tratamento são elaboradas pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI) do Ministério da Saúde.

A priorização da tuberculose na agenda de gestão do SUS, a descentralização das ações para seu controle na atenção básica, assim como a estratégia de tratamento diretamente observado (TDO) recomendada pela OMS, adotadas em todo território nacional na primeira década dos anos 2000, contribuíram para a redução dos coeficientes de

incidência e mortalidade da doença, no entanto, ainda longe das metas preconizadas.

No ano de 2017 foi elaborado o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, que tem como metas reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e reduzir o coeficiente de mortalidade por tuberculose para menos de 1 óbito por 100 mil habitantes, até o ano de 2035. Esse plano contém três pilares (Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose, Políticas arrojadas e sistema de apoio, Intensificação da pesquisa e inovação) que abordam as principais estratégias para o controle da tuberculose, elencando as competências e responsabilidades de cada uma das esferas de governo para o controle desse agravo.

Entre as competências e responsabilidades dos programas de controle da tuberculose municipais estão:

- Executar as ações para o controle da tuberculose localmente e supervisionar/monitorar no nível central do município.
- Realizar articulações intersetoriais e intrasetoriais que possam fortalecer as ações de controle da tuberculose, como por exemplo, articular parcerias com as secretarias de assistência social e secretarias de assistência prisional, para diagnóstico e tratamento de populações vulneráveis, como moradores de rua e a população privada de liberdade.
- Monitorar os indicadores epidemiológicos, bem como acompanhar o cumprimento de metas propostas nos instrumentos de gestão do SUS. Os principais sistemas que compõem a vigilância epidemiológica da tuberculose são o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e o SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade). Todos os casos de tuberculose devem ser notificados no Sinan, e o paciente deve ser monitorado durante todo o tratamento, garantindo a geração de boletins de acompanhamento mensal. São indicadores propostos em alguns instrumentos de gestão do SUS: proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, proporção de casos novos de tuberculose com realização de testagem para o HIV e mortalidade por tuberculose. Outros indicadores operacionais também permitem avaliar a qualidade do programa de tuberculose a nível municipal. Além do Sinan e do SIM, o Site-TB (Sistema de Informações de Tratamentos Especiais da Tuberculose) é um sistema complementar, que se destina à notificação e ao acompanhamento dos casos de tuberculose que têm indicação de

tratamentos especiais, seja pela ocorrência de reações adversas, comorbidades ou resistência a algum medicamento que impossibilite o uso do esquema básico de tratamento.

- Analisar e divulgar informações epidemiológicas por meio de boletins e informes e utilizá-las para fins de definição de prioridades, planejamento, monitoramento e avaliação, bem como para o fortalecimento da transparência ativa e do controle social.
- Implantar a investigação dos óbitos por tuberculose, considerando que este pode apresentar-se como evento sentinela para identificar fragilidades no acesso aos serviços de saúde ou na notificação da doença, contribuindo para identificar fatores associados ao óbito e subsidiar as ações de controle e a melhoria dos sistemas de informação de tuberculose.
- Coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios no município, com ênfase em populações mais vulneráveis, como moradores de rua, dependentes de substâncias psicoativas, população privada de liberdade, imunossuprimidos, residentes de comunidades terapêuticas, bem como supervisionar e participar da investigação e do controle dos contatos de pessoas com tuberculose na comunidade.
- Realizar visitas de monitoramento das ações de controle da tuberculose aos serviços de saúde, preferencialmente sistematicamente, ou na ocorrência de eventos sentinelas.
- Assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas normas, priorizando o diagnóstico na atenção primária em saúde. O diagnóstico realizado em unidades hospitalares e pré-hospitalares indica um diagnóstico tardio, muitas vezes em fase mais avançada da doença, que poderia ter sido diagnosticado mais precocemente. Cabe ressaltar que o diagnóstico precoce nos pacientes que apresentam a forma pulmonar com confirmação laboratorial possibilita o tratamento oportuno, a diminuição da mortalidade e permite a interrupção da cadeia de transmissão evitando novos casos.
- Participar da operacionalização do tratamento diretamente observado (TDO) no município e acompanhar as medidas de controle preventivas e profiláticas.
- Implantar a vigilância da Infecção Latente de Tuberculose (ILT), ampliando o diagnóstico e o tratamento da ILTB como uma das principais estratégias de prevenção da tuberculose, e notificar os casos no sistema ILTB.

- Providenciar, junto ao órgão regional ou estadual, os medicamentos para o tratamento da tuberculose e distribuí-los às respectivas unidades de saúde. Os medicamentos para o tratamento da tuberculose são adquiridos e fornecidos exclusivamente pelo Ministério da Saúde através do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf), não sendo comercializados no setor privado. Dessa forma, mesmo pacientes do sistema de saúde suplementar devem ter seu tratamento monitorado pelas equipes de saúde da família.
- Articular-se com as unidades executoras, com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e/ou o agente comunitário e com os segmentos organizados da comunidade, visando aperfeiçoar as ações de controle da tuberculose em todas as suas fases, inclusive com a participação da sociedade civil na promoção à saúde e no controle social das ações realizadas pelos três níveis de governo.
- Participar do planejamento, da programação e da organização da Rede de Atenção à Saúde para o atendimento ao paciente com tuberculose, em articulação com sua esfera estadual, em especial para referências de casos que necessitem de tratamentos medicamentosos especiais, como toxicidade e resistência.
- Identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais.
- Identificar, mapear e capacitar as equipes da Atenção Básica sobre as ações de controle da tuberculose com o apoio do estado quando necessário. A educação permanente em saúde para as equipes constitui uma das estratégias fundamentais para intensificar o diagnóstico precoce e acompanhamento dos casos de tuberculose.
- Estimular a organização e a participação da sociedade civil no controle da tuberculose.
- Elaborar e distribuir materiais educativos e informativos, tanto para profissionais de saúde das redes pública e privada, como a população em geral.
- Manter alta e homogênea a cobertura vacinal de BCG.

O diagnóstico situacional da tuberculose, através da avaliação dos seus indicadores epidemiológicos e operacionais, é fundamental para a priorização das estratégias propostas no plano de tuberculose a serem implementadas. Mesmo depois de cinco décadas da descoberta do tratamento da tuberculose, a mesma continua sendo um grande desa-

fio para os gestores. No ano de 2017, 11,7% dos casos de tuberculose com confirmação laboratorial abandonaram o tratamento. As comorbidades psicossociais e socioeconômicas constituem o principal desafio para a garantia do tratamento na atenção básica de saúde.

Hanseníase

A hanseníase é uma das doenças mais antigas da humanidade, e o seu grande impacto em saúde pública deve-se não à mortalidade, mas ao grau de incapacidade física para o qual a doença pode evoluir em casos de diagnóstico tardio ou ausência de tratamento.

Após a introdução da poliquimioterapia (PQT), na década de 1980, os casos de hanseníase passaram a apresentar um desfecho favorável, levando a OMS a propor a eliminação desse agravo.

O Brasil está entre os 22 países que apresentam a maior carga da doença no mundo e ocupa a 2ª posição entre os países que mais registram casos novos. Nas três últimas décadas, o enfrentamento da hanseníase esteve próximo de atingir a meta estabelecida de eliminação da doença, definida como uma prevalência de menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Em 2018, a prevalência de hanseníase no Brasil foi de 1,48 casos por 10.000 habitantes, no entanto, apresentando uma endemicidade heterogênea, com a prevalência variando entre 0,14 a 15,52 casos por 10.000 habitantes em diferentes estados. Este cenário heterogêneo requer a análise situacional de cada município, com objetivo de traçar estratégias mais adequadas para enfrentamento deste agravo em cada localidade.

Em 2016, a OMS publicou a “Estratégia Global para a Hanseníase 2016-2020 – Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase” e, em consonância com essas diretrizes, o Ministério da Saúde elaborou a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019 – 2022, visando um Brasil sem hanseníase. O objetivo geral dessa estratégia é reduzir a carga de hanseníase no Brasil, alcançando três metas: redução de 44% no número de crianças com incapacidade física grau 2; atingir taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade de 5,5 casos/1 milhão e zero de estigma e discriminação. Baseados nessas metas, e diante do cenário epidemiológico, os municípios brasileiros foram classificados pelo Ministério da Saúde em 3 grupos: municípios sem casos novos de hanseníase no período de 2013 a 2017; municípios que apresentaram taxa de detecção <10 casos/100.000 habitantes e municípios que apresentaram taxa de detecção ≥10 casos/100.000

habitantes. Dentro desses grupos, os municípios foram novamente classificados em cinco subgrupos, de acordo com a proporção de contatos avaliados e o número de casos com grau 2 de incapacidade física. Cada município faz parte de um grupo e subgrupo específico, baseado em dados epidemiológicos, e dessa forma as estratégias para enfrentamento da hanseníase são propostas de acordo com cada grupo.

O objetivo de redução da carga de hanseníase possui três pilares para a sua operacionalização: fortalecer a gestão do programa, enfrentamento da hanseníase e suas complicações e combater a discriminação e promover a inclusão, sendo que cada um desses pilares possui objetivos específicos a serem realizados pelas três esferas de gestão do SUS.

São objetivos específicos e ações da estratégia de enfrentamento da hanseníase no âmbito municipal:

- Fortalecer parcerias governamentais e não governamentais.
- Pautar dentro das comissões intersetoriais do Conselho Municipal de Saúde a temática da hanseníase.
- Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando garantir a integralidade do cuidado à pessoa acometida pela hanseníase, e elaborar a linha de cuidado da hanseníase.
- Estabelecer parcerias com fundações e associações nacionais e internacionais, sociedades científicas, ONG, instituições de reabilitação, universidades, movimentos sociais e instituições privadas; Ministério Público, instituições de pesquisa, outras secretarias e departamentos para o fortalecimento e a integração de ações intersetoriais de enfrentamento da hanseníase.
- Fortalecer o sistema de vigilância e informação em saúde para monitoramento e avaliação do programa.
- Realizar a análise dos indicadores estratégicos e operacionais do programa de hanseníase, através do Sinan, para subsidiar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações. Os indicadores que fazem parte dos instrumentos de gestão e pactuação do SUS são a proporção de cura entre os casos novos e a proporção de avaliação de contatos dos casos novos, este último incluso no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), com uma meta de 82% dos contatos avaliados.
- Analisar e divulgar os dados através de boletins epidemiológicos e informes.
- Implementar a investigação oportuna de casos de: resistência, recidiva, episódios reacionais, menores de 15 anos de idade e con-

tatos.

- Reforçar a conscientização dos pacientes e da comunidade sobre a hanseníase, através de estratégias de Educação e Comunicação em Saúde, como envolvimento dos agentes de saúde, e estimular a criação dos grupos de autocuidado.
- Promover a detecção precoce de casos de hanseníase e o tratamento oportuno.
- Potencializar as ações de prevenção primária (aplicação de BCG para contatos), secundária – diagnóstico precoce e tratamento oportuno e terciária – reabilitação física, psicológica e social para o controle da hanseníase.
- Estruturar programa de educação permanente em serviço para profissionais de saúde quanto ao diagnóstico e manejo clínico da hanseníase e suas reações, bem como manejo clínico-cirúrgico das complicações associadas.
- Garantir a realização de exames de baciloscopia e biopsia de pele.
- Ampliar e qualificar a realização do exame dermatoneurológico para aperfeiçoar a investigação de contatos domiciliares e extradomiciliares e diagnóstico de casos novos.
- Estabelecer parcerias estratégicas com lideranças religiosas, comunitárias, empresariais e organizações de clubes de serviços com o objetivo de ampliar a divulgação das ações de controle da hanseníase.
- Apoiar a realização de mutirões em áreas endêmicas e em regiões com taxa de detecção de casos novos <10 casos/100.000 hab.
- Realizar avaliação de contatos de casos de hanseníase sistematicamente, anualmente, durante cinco anos.
- Assegurar o início imediato, adesão e conclusão ao tratamento.
- Promover um modelo de atenção centrado nas pessoas acometidas pela hanseníase equilibrando a adesão, o tratamento adequado das neurites, incluindo o atendimento na rede de urgência/emergência e avaliação qualificada de eventos adversos associados à PQT e ao tratamento de episódios reacionais e outras complicações.
- Viabilizar o acesso das pessoas acometidas pela hanseníase à rede de saúde mental, incluindo a assistência psicossocial.
- Qualificar as ações de prevenção e manejo das incapacidades durante o tratamento.

- Estruturar as ações de prevenção e tratamento da incapacidade durante o tratamento e pós-alta, promover a atuação do fisioterapeuta no cuidado em hanseníase.
- Assegurar o acesso aos serviços de média e alta complexidade no período do pós-alta para as complicações e incapacidades.
- Articular com as referências municipais e/ou regionais o atendimento dos casos de hanseníase para a prevenção e tratamento das incapacidades, incluindo a validação do grau de incapacidade física.
- Integrar o cuidado da hanseníase na rede de atenção à saúde voltada para reabilitação, viabilizando a concessão de órteses e próteses e materiais especiais (OPME), e cirurgia preventiva e reabilitadora.
- Promover a investigação e o manejo de incapacidades em menores de 15 anos de idade com grau 1 ou 2 de incapacidade física.
- Promover a inclusão social mediante abordagens de enfrentamento do estigma e discriminação.

Cabe ao gestor municipal conhecer as diversas formas de conduzir as ações de vigilância e controle da hanseníase e tuberculose, estabelecendo a atuação para a atenção básica e vigilância epidemiológica, de modo que as equipes, gestores e profissionais se responsabilizem pelas questões de saúde das comunidades sob sua responsabilidade na condução destes agravos.

Referências Bibliográficas

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, v. 50, n. 09, mar. 2019. 2019. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/2019-009.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.520**, de 30 de maio de 2018. Altera os Anexos XCVIII e XCIX à Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a inclusão de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS, a partir de 2018. Disponível em: [_http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520_06_06_2018.html#:~:text=Altera%20os%20Anexos%20XCVIII%20e,VS%2C%20a%20partir%20de%202018](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1520_06_06_2018.html#:~:text=Altera%20os%20Anexos%20XCVIII%20e,VS%2C%20a%20partir%20de%202018). Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil livre da tuberculose: plano nacional**

pelo fim da tuberculose como problema de saúde 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_vigilancia_infeccao_latente_mycobacterium_tuberculosis_brasil.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**, 2016. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Estratégia nacional para o enfrentamento da hanseníase – 2019 – 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/estrategia-nacional-para-enfrentamento-da-hanseniase-2019-2022>. Acesso em: 15 out. 2020.

VIGILÂNCIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Valéria Correia Almeida

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), são importantes causas de mortalidade, morbidade, aborto, óbitos neonatais e infertilidade, comprometendo a qualidade de vida e a saúde sexual da população acometida. Desde o advento da Aids, no início da década de 1980, a vigilância, tratamento e prevenção das ISTs no Brasil se intensificou, com a instituição do Programa Nacional de DST/Aids, estando hoje o mesmo incorporado ao Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

As ISTs de notificação compulsória no Brasil atualmente são:

- Aids (Síndrome da Imunodeficiência Humana) em adultos e crianças – Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.
- Sífilis congênita – Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.
- Hepatites virais – Portaria nº 1100, de 27 de maio de 1996.
- Infecção pelo HIV em Gestantes, Parturientes ou Puérperas – Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000.
- Crianças expostas ao risco de transmissão vertical do HIV – Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000.
- Sífilis em Gestantes – pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005.
- Sífilis adquirida (sífilis que acomete homens adultos e mulheres adultas não gestantes) – Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de

2010.

- Infecção pelo HIV (pessoa infectada pelo HIV, assintomática) – Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.
- Síndrome do corrimento uretral (no âmbito apenas de unidades sentinelas) – Portaria nº 1.984, de 12 de setembro de 2014.

A vigilância epidemiológica das ISTs tem por objetivo a identificação, monitoramento e análise epidemiológica desses agravos, contribuindo para a formulação de políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento, além de auxiliar a gestão na identificação das ações a serem priorizadas, de acordo com a situação epidemiológica local.

O Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde elenca as estratégias e recomendações relacionadas às ações de Vigilância Epidemiológica das IST, do HIV/Aids e das hepatites virais. Este guia visa disseminar os procedimentos relativos aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde, condutas, medidas de controle e demais diretrizes técnicas para operacionalização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, para todos os agravos de notificação compulsória.

A Vigilância Epidemiológica das IST, do HIV/Aids e das hepatites virais baseia-se, no nível municipal, em informações fornecidas pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos registrados no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade). O Ministério da Saúde mantém também, em relação à infecção pelo HIV e Aids, o monitoramento de dois bancos de informações referentes à assistência e tratamento da infecção pelo HIV e Aids: o Siscel (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais), que é um sistema de banco de dados com os resultados de exames de monitoramento da infecção pelo HIV (Contagem de linfócitos T CD4 e quantificação de carga viral do HIV) para todos os pacientes em tratamento no SUS, alimentado pela rede de laboratórios executora desses exames; o Siclom (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), que registra os pacientes em tratamento, o uso dos antirretrovirais e o abandono de tratamento e o SIMC (Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/Aids). Todas essas informações obtidas por esses sistemas são disponibilizadas pelo DCCI nos painéis de indicadores e dados básicos sobre o HIV/Aids, sífilis e hepatites, disponíveis para consulta por estado ou município no endereço eletrônico www.aids.gov.br/pt-br/gestores/painel-de-indicadores-epidemiologicos.

Para todas as ISTs, o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde elabora as diretrizes de prevenção, diagnóstico e assistência, sendo essas diretrizes consideradas as recomendações mínimas a serem adotadas no âmbito estadual e municipal. Essas diretrizes de assistência e da linha de cuidado estão contidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes de Tratamento (PCDT), que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde e constantemente atualizados, assim como extenso material de apoio aos gestores para implantação da linha de cuidado às ISTs/HIV/Aids e hepatites virais na atenção básica. Desde a década de 1990, a assistência à infecção pelo HIV/Aids e hepatites virais estruturou-se num modelo hierárquico de assistência, através da criação dos Serviços de Atendimento Especializado (SAEs), que permanece até os dias atuais. No entanto, em relação à infecção pelo HIV/Aids, após a simplificação dos esquemas de tratamento e adoção do tratamento universal no ano de 2013, o Ministério da Saúde vem estimulando a descentralização do tratamento para atenção básica, em especial para pacientes assintomáticos. As diretrizes para a reorganização desse modelo estão publicadas no documento “5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Guia para Gestores”, elaborado pelo DCCI.

A vigilância das ISTs requer uma articulação permanente com a atenção básica municipal, visto que esta é a principal porta de entrada para a identificação desses casos. Uma grande parte das pessoas portadoras de ISTs são assintomáticas (por isso o uso atual do termo “infecção” e não “doença”), e dessa forma o estímulo à realização de exames diagnósticos, para o conhecimento precoce dos casos e tratamento oportuno, visando a quebra da cadeia de transmissão, é considerado um dos principais eixos das ações de prevenção às ISTs.

O Ministério da Saúde adquire e distribui aos estados os testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis. As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição dos testes para os municípios e pela capacitação dos profissionais de saúde para utilização dos testes rápidos no âmbito da Atenção Básica. É da competência municipal a implementação da utilização desses insumos na atenção básica, seguindo as diretrizes de ampliação e descentralização do diagnóstico. Os preservativos masculinos e femininos também compõem a grade de insumos fornecida pelo DCCI aos estados, e estes descentralizam aos municípios.

A política de incentivo financeiro às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais foi regulamentada pela

Portaria GM/MS nº 1.378/2013, que incorporou três incentivos anteriormente existentes: qualificação das ações de vigilância e promoção da saúde às IST/Aids e hepatites virais; casas de apoio para pessoas vivendo com HIV/Aids e fórmula infantil para crianças verticalmente expostas ao HIV; compondo agora o Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde – Grupo de Vigilância em Saúde. Essa política de financiamento visa descentralizar as ações de controle das IST/Aids e manter a sustentabilidade das ações nos municípios considerados prioritários, de acordo com a avaliação dos indicadores epidemiológicos.

O Brasil, em consonância com a Estratégia Global do Setor de Saúde sobre HIV da OMS (2016-2021), a Estratégia *Fast-Track* (traduzida como aceleração da resposta) do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids (Unaid) para 2016-2021 e o Plano de Ação para Prevenção e Controle do HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis da OMS/OPS (2016-2021), tem como meta a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Para isso, o DCCI elaborou diretrizes para certificação de municípios com mais de 100.000 habitantes que eliminarem a transmissão vertical do HIV.

Nos últimos anos, o país vem enfrentando um número crescente dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, em contraposição à diminuição dos casos de transmissão vertical do HIV. A partir desse cenário epidemiológico, o Ministério da Saúde elaborou uma agenda norteadora para gestores, com intuito de reduzir a incidência desses agravos. São objetivos específicos a serem realizados:

- Ampliação da cobertura do diagnóstico (por meio de teste rápido) e tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais no pré-natal, parto ou situações de abortamento;
- Administração de penicilina benzatina na Atenção Básica;
- Desenvolvimento de ações de educação permanente para qualificação de profissionais de saúde da atenção básica e maternidades na abordagem da sífilis;
- Qualificação das informações epidemiológicas, notificação e investigação, com seguimento clínico-laboratorial e encerramento dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita;
- Implantação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis nos municípios prioritários;
- Implantação do pré-natal do parceiro;
- Fortalecimento das ações de saúde sexual e reprodutiva, espe-

cialmente no âmbito da Atenção Básica, respeitando a autonomia e o direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.

Todos os municípios devem garantir a oferta de testes de diagnóstico das ISTs, HIV e hepatites virais na atenção básica. Os insumos para o diagnóstico são fornecidos pelo Ministério da Saúde aos estados, que devem obrigatoriamente descentralizar aos municípios, a quem compete a organização e implementação do fluxo no nível municipal.

Em relação à rede de atenção, o tratamento e linha de cuidado da sífilis e outras ISTs mais simples está sob total responsabilidade do município. A rede de atenção à infecção pelo HIV/Aids e hepatites virais está estruturada na maior parte dos municípios por meio de pactuações no âmbito da CIR (Comissão Intergestores Regional), cabendo ao gestor municipal conhecer os fluxos já estabelecidos ou levar para a CIR a pauta para estabelecê-los. Os programas estaduais de ISTs são responsáveis por organizar a rede de atenção, de acordo com o perfil epidemiológico de cada município, descentralizar os insumos recebidos do Ministério da Saúde e prover treinamento aos municípios referente à implementação das ações.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1378, de 9 de julho de 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. **Diário Oficial da União**, Seção 1. Brasília, DF, n. 131, p. 48-50, 10 jul. 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/legislacao/2013/portarias_e_oficios_ministeriais/portaria_1378-2013.pdf?file=1&type=node&id=119&force=1. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na atenção básica**: guia para Gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/5-passos-para-implementacao-do-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/guia-para-certificacao-da-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv>. Acesso em: 5 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no>

brasil. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como prevenir a transmissão vertical de HIV e sífilis no seu município**: Guia para gestores. Brasília, DF. Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/como-prevenir-transmissao-do-hiv-e-sifilis-no-seu-municipio-guia-para-gestores>. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 828 GM/MS**, de 24 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação de Transferências Federais de Recursos da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0828_24_04_2020.html. Acesso em: 15 out. 2020.

VIGILÂNCIA DAS ZOOSE

Andrea P. B. von Zuben

A partir do início da década de 1970, no Brasil, houve a criação dos primeiros Centros de Controle de Zoonoses (CCZ), que tinham suas ações voltadas para o recolhimento, a vacinação e a eutanásia de cães, com vistas ao controle da raiva em cães e gatos. Com a diminuição de casos de raiva por variante canina e o surgimento de outras necessidades relativas à área de zoonoses, programas de saúde pública foram incorporados à rotina operacional dessas unidades, como entomologia, controle de roedores, de animais peçonhentos e de vetores, e passou a haver aplicação dos recursos para apoiar os municípios na implantação e na implementação de unidades de zoonoses integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente localizadas em capitais, regiões metropolitanas, municípios sedes de regionais de saúde, municípios de fronteira e em alguns municípios mais populosos.

No ano de 2014, os Centros de Controle de Zoonoses passaram a ser denominados de Unidades de Vigilância de Zoonoses (UVZ) e foram definidos como estruturas físicas e técnicas, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), responsáveis pela execução de parte ou da totalidade das atividades, das ações e das estratégias referentes à vigilância, à prevenção e ao controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. No escopo de atuação das UVZ ficou definido que são órgãos especializados em executar atividades visando à saúde da população humana, e não um órgão de acolhimento e atendimento a animais. As últimas são atividades relacionadas à proteção, saúde e bem-estar animal, não sendo atribuídas juridicamente ao SUS.

Com esta nova política, definida na Portaria nº 758/MS/SAS, de 26 de agosto de 2014, e Portaria nº 1.138/GM/MS, de 23 de maio de 2014, ficou instituído que as UVZ podem estar organizadas de forma municipal, regional e/ou estadual. Na impossibilidade do município possuir a estrutura física de UVZ, podem ser estruturadas somente áreas técnicas de vigilância de zoonoses na área de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde de cada município referenciadas por uma UVZ executora de ações operacionais.

No ano de 2016 foi publicado o Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses: Normas Técnicas e Operacionais, que nortearam as ações e os serviços públicos de saúde a serem desenvolvidos e executados no Brasil para a prevenção, a proteção e a promoção da saúde humana, quando do envolvimento de riscos de transmissão de zoonoses e de ocorrência de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública.

As doenças que devem compor o sistema de vigilância de zoonoses municipal subdividem-se em três grupos, sendo estes:

- zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde (MS);
- zoonoses de relevância regional ou local; e
- zoonoses emergentes ou reemergentes.

As zoonoses monitoradas por programas nacionais de vigilância e controle do Ministério da Saúde são: peste, leptospirose, febre maculosa brasileira, hantavirose, doença de Chagas, febre amarela, febre Chikungunya e febre do Nilo Ocidental. Outras doenças de transmissão vetorial que acometem somente a espécie humana, como dengue e malária, também podem ser parte integrante das atribuições da área de vigilância de zoonoses.

As zoonoses de relevância regional ou local, ou seja, que apresentam incidência e prevalência numa determinada área do território brasileiro, mas de magnitude, transcendência, severidade, gravidade, vulnerabilidade e potencial de disseminação também somente em nível regional ou local, são: toxoplasmose, esporotricose, ancilostomíase, toxocaríase (larva migrans cutânea e visceral), histoplasmose, criptococose, complexo equinococose – hidatidose, entre outras.

As zoonoses emergentes ou reemergentes são, respectivamente, doenças novas (exóticas) e aquelas que reaparecem após período de declínio significativo ou com risco de aumento no futuro próximo, promovendo significativo impacto sobre o ser humano, devido à sua

gravidade e à potencialidade de deixar sequelas e morte. Tais doenças podem ser incidentes ou prevalentes em outros países, e de alguma forma envolvem uma ou mais espécies de animais no seu ciclo de transmissão, sendo introduzidas no Brasil por meio da entrada de pessoa(s), animal(is) ou de fômite(s) infectados.

Para qualquer grupo de zoonoses, as ações, as atividades e as estratégias de vigilância, prevenção e controle de zoonoses executadas pela área de vigilância de zoonoses se pautam em atuar e intervir, direta ou indiretamente, sobre as populações de animais alvo, de modo a refletir em benefício direto (quanto à redução ou eliminação, quando possível, do risco iminente de transmissão de zoonose) à saúde da população humana.

A execução de ações pela área de vigilância de zoonoses deve estar pautada em manuais e normativas ministeriais buscando estabelecer mecanismos que propiciem a intra e intersectorialidade.

Para isso, deve-se:

- Executar ações, atividades e estratégias de forma articulada e com interlocução direta com: a Atenção Básica e em outros níveis de atenção à saúde; as vigilâncias (epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e de saúde do trabalhador) da secretaria de saúde local.
- Articular e promover a participação comunitária.
- Articular e promover parcerias com organismos governamentais do Poder Executivo Municipal, Estadual e/ou Federal, tais como Meio Ambiente, Saneamento Básico, Limpeza Pública, Segurança Pública e Viária, Agricultura, entre outros; instituições de ensino, estabelecimentos veterinários, estabelecimentos de saúde.
- Subsidiar e participar da elaboração dos planos de saúde, das programações anuais de saúde e do Relatório Anual de Gestão, a partir da análise epidemiológica das zoonoses, em conformidade com a normatização vigente.
- Propor atividades de educação em saúde e campanhas publicitárias que venham a atender às necessidades da área de Vigilância de Zoonoses.

A Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ), bem como a área de Vigilância de Zoonoses, ainda que não estruturada fisicamente como

uma UVZ, deve ter um quadro de funcionários compatível com as atividades desenvolvidas e executadas, considerando as atribuições e as competências de cada profissional, conforme legislação vigente, sendo geridos por profissional de nível superior, capacitado quanto à gestão em saúde pública e em políticas públicas em saúde. Além disso, a UVZ e a área de Vigilância de Zoonoses devem ter um responsável técnico adequadamente qualificado quanto aos conhecimentos sobre epidemiologia, bioestatística básica, políticas públicas em saúde, zoonoses, acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, doenças transmitidas por vetores, bem como sobre programas, normas e diretrizes nacionais, estaduais e municipais de vigilância, prevenção e controle relativos a esses agravos.

Dependendo da operacionalidade, recomenda-se que, para cada área de trabalho (atividades laboratoriais, controle animal, controle de roedores e vetores, inspeção zoossanitária, entre outras), haja um responsável técnico.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.138**, de 23 de maio de 2014. Define as ações e serviços de saúde voltados para vigilância, prevenção e controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1138_23_05_2014.html>. Acesso em 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses: normas técnicas e operacionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_prevencao_controle_zoonoses.pdf. Acesso em: 15 out. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 758, de 26 de agosto de 2014. Inclui subtipo na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do SCNES. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0758_26_08_2014.html. Acesso em: 15 out. 2020.

VIGILÂNCIA DAS ARBOVIROSES

Andrea P. B. von Zuben

A ocorrência de epidemias de dengue, febre amarela, chikungunya e zika impõe importante desafio para a saúde pública, exigindo organização dos municípios. O gestor municipal deve ter como grandes objetivos: a diminuição de incidência de casos e a redução da letalidade por arboviroses. Para atingir estes objetivos, o município deve desempenhar um rol de atividades compostas por eixos de atuação, da seguinte forma:

1. Assistência ao paciente e vigilância epidemiológica de arboviroses;
2. Ações de campo – controle vetorial;
3. Intersetorialidade, Comunicação, Mobilização Social e Educação em Saúde.

EIXO 1

Assistência ao paciente e vigilância epidemiológica de arboviroses:

Cabe ao gestor organizar sua rede de vigilância de casos de forma a garantir:

- Notificação de casos pela rede pública e privada do município e investigação oportuna dos casos suspeitos de febre amarela, dengue, chikungunya e zika, para acompanhar, de forma contínua, a evolução temporal desses agravos e detectar efetivamente mudanças no padrão de ocorrência, surtos e epidemias. Na investiga-

ção deve constar o mapeamento dos locais prováveis de infecção;

- Manutenção do Sistema Nacional de Notificação – Sinan como único sistema de informações de notificação de casos;
- Realização de análises epidemiológicas descritivas dos casos, em função de variáveis relacionadas à pessoa, tempo e espaço com divulgação periódica de boletins epidemiológicos com mapas e outras informações;
- Integração das informações de vigilância de casos, vigilância entomológica e vigilância laboratorial;
- Promoção da integração entre as áreas de controle vetorial, assistência e demais entes que atuam na prevenção e controle das arboviroses, visando adoção de medidas pertinentes capazes de controlar e/ou impedir a transmissão, quando possível, e de reduzir a magnitude, a gravidade e a mortalidade dessas doenças;
- Envolvimento nas ações de organização dos serviços para melhoria na qualidade da assistência aos pacientes e capacitações da rede de saúde, pública e privada, com o objetivo de reduzir a letalidade das formas graves das arboviroses.

A classificação de risco, a identificação dos casos suspeitos, o estadiamento clínico, o manejo adequado e a organização dos serviços de saúde são fatores importantes para evitar a ocorrência dos óbitos por dengue, febre amarela, chikungunya e zika. Cabe ao gestor organizar sua rede de assistência aos pacientes de forma a garantir:

- Capacitação e sensibilização de toda a equipe de saúde: atenção básica (AB), serviços de urgência/emergência, unidades especiais de atendimento, enfermarias e unidades de terapia intensiva para o protocolo clínico;
- Organização imediata da rede de atenção à saúde, quando detectado aumento da ocorrência de casos, de maneira a se garantir o rápido atendimento aos pacientes, ofertado em horários diferenciados;
- Disponibilização do protocolo de atendimento padronizado para toda a rede;
- Formulação de plano de contingência que contemple planejamento das atividades para garantir que os protocolos de classificação de risco vigentes sejam seguidos (dengue, zika e chikungunya) e para garantir que haja disponibilidade dos insumos necessários para o atendimento aos pacientes, incluindo exames

laboratoriais necessários.

EIXO 2

Ações de campo – controle vetorial

Cabe ao gestor municipal organizar as ações de campo de forma a garantir:

- Nomeação ou delegação de um responsável que conheça todos os aspectos técnicos que envolvam controle do vetor, especialmente controle químico. Se não houver técnico com este saber no município, solicitar referência nesta área para a Secretaria de Estado;
- Coordenação das ações de campo de controle vetorial;
- Capacitação dos trabalhadores;
- Gerenciamento das questões operacionais do controle do vetor (equipamentos, inseticidas, equipamentos de proteção individual, veículos e materiais de campo);
- Alimentação e manutenção do sistema de monitoramento de controle vetorial ministerial ou o sistema que o Estado disponibiliza;
- Produção de indicadores de acompanhamento da situação entomológica.

Contratação de empresas/ consórcio entre municípios/ apoio do Estado

As atividades para bloqueio de transmissão são atividades operacionais específicas para controle vetorial, incluindo nebulização costal e nebulização com equipamento pesado acoplado a veículo, bem como trabalho em altura (telamento de caixas d'água e limpeza de lajes e calhas). Tais atividades possuem uma série de especificações técnicas de segurança do trabalho e manejo de resíduos tóxicos e o município pode não ter condições de arcar isoladamente com equipe própria para desempenhar tais atividades de forma oportuna e segura para os trabalhadores. Desta forma, pode haver consórcio ou outros arranjos entre municípios para que esta atividade seja regionalizada, e/ou ocorra contratação de empresas para desempenhar tais atividades.

EIXO 3

Intersetorialidade, comunicação, educação e mobilização social

O principal objetivo deste eixo é fomentar o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento e adoção de práticas para a manutenção do ambiente domiciliar livre da infestação por *Aedes aegypti*, com o município por meio de suas secretarias realizando ações em prol da prevenção e controle do mosquito transmissor.

O controle das arboviroses é uma atividade complexa, tendo em vista os diversos fatores externos ao setor saúde que tornam fundamental o enfrentamento baseado na política da intersetorialidade, que envolva e responsabilize os gestores públicos e a sociedade civil.

O prefeito que assume o compromisso da articulação intersetorial, tanto entre as Secretarias Municipais quanto frente às necessárias mobilizações comunitárias e demais setores da sociedade civil, consegue construir um enfrentamento mais responsável e eficiente das arboviroses. Seus desafios são sempre os de reorganização da máquina municipal, que na maioria dos municípios, tem história de segmentação e fragmentação das ações. O gestor deve construir um processo de planejamento estratégico e integrado para superar esta fragmentação.

Assim, para obtenção de êxito, devem ser instituídos nos municípios, em caráter permanente, o Comitê Gestor Municipal de Prevenção e Controle de Arboviroses, com atribuição de acompanhar e estabelecer estratégias de ações voltadas à prevenção e controle dessas doenças. O Comitê deve reunir-se periodicamente durante todo o ano, independentemente da situação epidemiológica das doenças e deve ser preferencialmente constituído pelos órgãos e entidades da Administração Pública Municipal que tenham atribuições no controle do vetor.

Muitas prefeituras realizam ações contra as arboviroses com trabalho intersetorial, especialmente em situações de epidemias. No entanto, é muito comum que cada Pasta desenvolva atividades de acordo com uma agenda própria e/ou sob orientação da Secretaria de Saúde. No entanto, esta prática já se mostrou insuficiente em vários municípios, uma vez que a Secretaria de Saúde não é hierarquicamente superior às demais secretarias.

Uma boa alternativa para dar legitimidade e sustentabilidade institucional é que a coordenação do Comitê Gestor Municipal de Prevenção e Controle de Arboviroses fique sob responsabilidade da Secretaria de Chefia de Gabinete do Prefeito, ou seja, realizada pelo próprio Prefeito Municipal, pois assim há linha de mando e capacidade de cobrança das demandas próprias de cada Pasta. Neste arranjo, cabe à Secretaria Municipal de Saúde a apresentação das análises do cenário epidemiológico e entomológico que subsidiem as tomadas de decisões, o planejamento das ações de forma integrada, bem como as articula-

ções visando à agilidade nos processos administrativos necessários. E cabem às demais Secretarias, planejamento e execução de tarefas que contribuam para o controle vetorial e ações de educação e mobilização social de acordo com suas especificidades.

Como recomendação e ainda para melhor funcionamento desta prática sugere-se a oficialização do Comitê Gestor com representantes técnicos com este saber, nomeados pelo Prefeito em Portaria, e que os mesmos tenham capacidade de gestão ou, então, que este Comitê tenha os próprios secretários das Pastas para dar viabilidade ao cumprimento das demandas. O ideal é que a nomeação contenha dois representantes (um titular e um suplente) de cada Secretaria Municipal.

Recomenda-se também que seja escrito e publicado o Plano Municipal de Contingência Intersetorial para o enfrentamento das arboviroses com o intuito de nortear a Administração na resposta às epidemias de febre amarela, dengue, zika e chikungunya. Este documento deve trazer atribuições relativas não somente à Secretaria de Saúde, mas a outras Secretarias Municipais, departamentos e/ou órgãos da administração direta e indireta da Prefeitura que têm responsabilidades no controle e prevenção da doença e na organização necessária do atendimento a situações de processos epidêmicos. Tais atribuições referem-se não somente ao período de maior incidência das doenças, mas também ao período interepidêmico, quando devem ser implementadas ações permanentes coordenadas que darão sustentação às ações de resposta previstas no plano de contingência.

Além da Secretaria de Saúde, o plano e o comitê devem incluir as Secretarias de Chefia de Gabinete; Educação; Serviços Públicos; Verde, Meio Ambiente; Desenvolvimento Sustentável; Recursos Humanos; Administração; Jurídica; Comunicação; Trabalho e Renda; Esportes e Lazer; Cultura; Habitação; Relações Institucionais; Assistência Social; Defesa Civil e Empresa de Abastecimento de Água e Saneamento e outras que o Prefeito identificar como necessárias ao processo.

Além da política intersetorial, o município deve contar com a participação popular, uma vez que é fundamental e se constitui em um dos eixos de sustentabilidade de um efetivo programa de vigilância e controle. O processo participativo não é espontâneo e requer uma intervenção que envolva diferentes atores em sua formulação e execução, dentre eles o poder público; assim, é importante que as Prefeituras formulem estratégias de informação, comunicação e mobilização social para o município, como por exemplo, as seguintes iniciativas:

- Mobilização da População para o Enfrentamento das Arboviroses em projetos nos territórios com o objetivo de sensibilizar e

mobilizar a comunidade para o controle do vetor, incentivando o cuidado com seu ambiente e local de moradia, utilizando-se de uma abordagem que unifica o lúdico às ações intersetoriais.

- Manutenção de informações atualizadas em site na página oficial da Prefeitura Municipal, voltado para a população e para a imprensa, com informações sobre ações, cronogramas, situação da doença e formas de prevenção.
- Manutenção, diariamente, de equipes da Secretaria de Saúde percorrendo todo o território do município, orientando e sensibilizando a população para manter um ambiente seguro e sem mosquitos, removendo e inviabilizando criadouros, colocando telas em caixas d'água e fazendo o trabalho de controle de criadouros e nebulização.
- Realização de atividades envolvendo a população, com tendas, maquetes, teatros e rodas de conversa.
- Capacitação da imprensa para esclarecer sobre a doença e formas de prevenção, a fim de que auxilie na prestação de serviço.
- Manutenção de serviço telefônico, quando possível, que seja linha direta de comunicação entre sociedade e Administração para denúncias e esclarecimentos com informações sobre a doença e as formas de prevenção.
- Mobilização da rede municipal de educação realizando as atividades de informação e mobilização social nas escolas.

Estes arranjos institucionais visam qualificar e fortalecer o espaço de discussão entre os vários atores envolvidos, ressignificando a importância do papel das demais políticas públicas no enfrentamento das arboviroses, viabilizando também a tomada de decisões de forma mais ágil e com auxílio da população.

Referências Bibliográficas

BELO HORIZONTE. (Cidade). Prefeitura Municipal. **A experiência de Belo Horizonte no enfrentamento às arboviroses: dengue, zika e chikungunya**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2016. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/boletim_gvsi-dezembro-13-1-2017.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=comdocman&view=download&alias=96-programa-nacional-controle-da-dengue-pncd-6&category_slug=dengue-964&Itemid=965. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

CAMPINAS, SP (Cidade). Decreto 19.621, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a criação do comitê municipal de prevenção e controle das arboviroses e sobre o plano municipal de contingência para o enfrentamento das arboviroses. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/vigilancia/arboviroses_microcefalia/DECRETO_19621_de_21-09-2017_Dispoesobre_a_criacao_do_Comite_Municipal_de_Prevencao.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Comunicação eficaz com a mídia durante emergências de saúde pública**: um manual da OMS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacaoeficaz_midia_durante_emergencias.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Plano Municipal de Contingência para o Enfrentamento das Arboviroses. Campinas. São Paulo, 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Plano de Contingência para as arboviroses no Estado de São Paulo**. São Paulo, SP: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. Disponível em: http://homologacaoportal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/materiais-de-comunicacao/material-2017/revisado_para_site.pdf. Acesso em 15 out. 2020.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Diretrizes para a Prevenção e Controle das Arboviroses Urbanas no Estado de São Paulo**. São Paulo, SP: Secretaria de Estado da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Diretrizes%20controle%20arboviroses%20ESP%20-%202017.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS

VIGILÂNCIA DE ÓBITOS MATERNO, INFANTIL, FETAL E OUTROS DE INTERESSE LOCAL

Maria do Carmo Ferreira

A redução da mortalidade materna e infantil foi definida pela ONU no ano 2000, como um dos oito maiores problemas mundiais que deveriam ser enfrentados no novo milênio, com vistas à promoção do desenvolvimento social e humano e à superação das iniquidades entre regiões do mundo e países. Estes objetivos foram estabelecidos após a Cúpula do Milênio das Nações Unidas em 2000 e deveriam ser alcançados até 2015.

Entre os anos de 1990 e 2015 houve redução de 44% da mortalidade materna no mundo. Durante a Assembleia Geral das Nações Unidas de 2015, ocorrida em Nova York, foi lançada a Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, das Crianças e dos Adolescentes para o período 2016-2030, que visa acabar com todas as mortes evitáveis de mulheres, crianças e adolescentes. A redução da mortalidade materna é colocada entre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, tendo como meta a redução da razão de morte materna para menos de 70 para cada 100 mil nascidos vivos, entre os anos 2016 e 2030.

A mortalidade materna, que é definida como a morte de mulheres na gestação, parto e puerpério (até 42 dias após o parto ou aborto), é ainda muito alta, com ocorrência de 295.000 óbitos maternos no mundo no ano de 2017, sendo que a maioria destas mortes ocorreram em países pobres e poderiam ter sido evitadas.

Segundo a OMS: todos os dias, aproximadamente 830 mulheres morrem por causas evitáveis relacionadas à gestação e ao parto no mundo; 99% de todas as mortes maternas ocorrem em países em de-

envolvimento; mortalidade materna é maior entre mulheres que vivem em áreas rurais e comunidades mais pobres; em comparação com outras mulheres, as jovens adolescentes enfrentam um maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez; cuidados antes, durante e após o parto podem salvar a vida de mulheres e recém-nascidos (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>).

No Brasil, entre 1990 e 2015, a redução na razão de mortalidade materna foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. Esta redução foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e foi em parte atribuída aos avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde.

A mortalidade infantil, isto é, os óbitos que ocorrem antes de um ano de vida, apresentou uma redução no Brasil entre os anos 1990 a 2015 de mais de 60%, passando de pouco menos de 50 para um pouco menos de 20 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

A razão de morte materna e as taxas de mortalidade infantil e fetal são importantes indicadores que expressam o estado de saúde, condições de vida e desenvolvimento econômico da população, além do acesso e qualidade da assistência à saúde, e devem ser monitorados através da vigilância dos óbitos.

A subinformação das causas de óbitos (preenchimento incorreto das declarações de óbitos, omitindo que a morte teve causa relacionada à gestação, parto ou puerpério) e o sub-registro das declarações de óbito (que é a omissão do registro do óbito em cartório ainda frequente em algumas regiões do Brasil) dificultam o monitoramento da tendência da mortalidade materna.

A vigilância de óbitos no contexto da vigilância em saúde compreende o conhecimento dos fatores determinantes para a ocorrência dessas mortes, tendo em vista a proposição de medidas de prevenção e controle desses fatores. Tem como principais objetivos: corrigir as causas de óbito, identificar os óbitos maternos não declarados, apontar as circunstâncias que ocasionaram as mortes e propor ou implementar medidas para evitar novos óbitos maternos e infantis considerados evitáveis.

A vigilância destes óbitos deve ser feita de forma integrada pelas equipes de vigilância em saúde e de atenção básica nos municípios.

O Brasil vem investindo e realizando a vigilância dos óbitos maternos, infantis e fetais há alguns anos, preconizando e organizando as

ações de monitoramento destes óbitos, como mostram algumas normativas vigentes:

- Portaria Ministério da Saúde nº 653, de 28 de maio de 2003 – estabeleceu o óbito materno como de notificação compulsória.
- Portaria GM nº 1172, de 15 de junho de 2004 – preconizou a vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna. Esta portaria definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma atribuição dos municípios e estados.
- Portaria GM nº 1119, de 5 de junho de 2008 – estabeleceu a obrigatoriedade da investigação dos óbitos maternos, os fluxos e prazo para a notificação e investigação.
- Portaria GM nº 72, de 11 de janeiro de 2010 – preconizou a vigilância do óbito materno, infantil e fetal como obrigatória nos serviços de saúde públicos e privados que integram o SUS.

Alguns indicadores que avaliam a vigilância do óbito materno e infantil foram pactuados e estão contemplados no Plano Nacional de Saúde (PNS).

- Coeficiente de mortalidade infantil;
- Investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (MIF), de 10 a 49 anos de idade;
- Investigação dos óbitos maternos declarados;
- Investigação dos óbitos infantis;
- Investigação dos óbitos fetais;
- Investigação dos óbitos de 1 a 4 anos de idade.

Em municípios com população pequena, é mais eficaz o monitoramento da mortalidade materna e infantil através do número absoluto de óbitos e não das taxas, pois em populações pequenas, uma pequena variação no número de óbitos pode resultar em grande variação no coeficiente de mortalidade de um período para outro, podendo ser interpretado de forma equivocada.

O monitoramento das causas dos óbitos possibilita indicar recomendações e implantar ações nos serviços de saúde para a redução dos óbitos que podem ser evitados.

Operacionalização da investigação do óbito materno, infantil e fetal

Como já citado acima, a responsabilidade pela vigilância e investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais é do município e deve ser realizada por profissionais de saúde, designados pelo Secretário de Saúde ou pelas autoridades de vigilância em saúde do município, com apoio dos técnicos das Secretarias Estaduais da Saúde.

A depender do tamanho do município, a Secretaria Municipal de Saúde deve instituir um ou mais grupos técnicos responsáveis pela investigação. Esta equipe de vigilância de óbitos deve ser adequada ao contexto local, deve ser composta por profissionais da vigilância em saúde do município, da Atenção Básica, secundária e terciária, deve envolver o núcleo hospitalar de epidemiologia (NHE) ou a Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH) onde a gestante, puérpera ou recém-nascido foram atendidos, e/ou onde ocorreu o óbito, e da Unidade Básica de Saúde ou Equipe Saúde da Família (ESF) de referência do caso, entre outros.

O envolvimento da equipe da atenção básica responsável pela área de abrangência do local de residência da família é da maior relevância na investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos, de forma a garantir o acesso aos registros dos serviços de saúde e a realização das entrevistas domiciliares em tempo oportuno.

É importante a participação integrada dos setores de vigilância epidemiológica e dos setores responsáveis pela assistência à saúde (atenção básica, secundária e terciária), bem como das CCIH e NHE, uma vez que os objetivos principais do trabalho em saúde não se restringem à melhoria das estatísticas vitais, mas também à qualidade e organização do cuidado à saúde.

A conclusão da investigação epidemiológica do óbito é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência no município de residência, e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do local onde recebeu assistência no pré-natal, parto, aborto, puerpério e onde ocorreu o óbito.

Após a conclusão da investigação, a vigilância em saúde deve encaminhar para o setor responsável pelo SIM (Sistema de Informação da Mortalidade) local para a correção da causa do óbito quando houve necessidade de correção que deve inserir a investigação no SIM – módulo investigação de óbito materno e infantil.

O grupo técnico de investigação de óbito deve elaborar informes

ou boletins epidemiológicos anuais da mortalidade materna, infantil e fetal para os profissionais de saúde e sociedade civil, garantindo o anonimato dos casos e instituições envolvidas.

Comitê de Prevenção do óbito materno, infantil e fetal

O Comitê de morte materna, infantil e fetal, além de atuar na vigilância de óbitos, se constitui num instrumento de controle social da qualidade de atenção à saúde prestada à mulher e à criança. São diferentes da equipe de vigilância de óbitos, pois na sua composição, além de representantes da Secretaria de Saúde e hospitais, fazem parte instituições da sociedade civil que desenvolvem ações na área da mulher e da criança.

Os Comitês são de natureza interinstitucional, multiprofissional, confidencial, não coercitivos ou punitivos, com caráter formativo e educativo. Devem ser compostos por instituições governamentais, como: Secretaria Municipal de Saúde, hospitais ou um hospital onde ocorra o maior número de partos, hospitais universitários, e da sociedade civil organizada que atuem nas áreas de saúde da mulher e da criança, como: Conselho Regional de Medicina e de Enfermagem; Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMD-CA), entre outros. O coordenador ou outro representante da comissão de investigação de óbitos deve fazer parte do Comitê.

A atribuição do Comitê é de mobilizar diferentes parceiros para a redução de óbitos por meio da articulação entre instituições de poder público e da sociedade civil.

Os objetivos do comitê são:

- Avaliar e identificar problemas na assistência à saúde, no pré-natal, parto, puerpério, ao recém-nascido e à criança, que levaram ao óbito;
- Avaliar os óbitos e seus fatores de risco;
- Analisar evitabilidade do óbito;
- Fazer recomendações de medidas de atenção à saúde, para a redução da morte materna, infantil e fetal;
- Definir e caracterizar óbitos evitáveis como evento sentinela;
- Sensibilizar os gestores, profissionais de saúde e sociedade civil sobre a gravidade da morte materna, infantil e fetal;
- Propor e proporcionar processos educativos para profissionais

de saúde;

- Elaborar informes ou boletins epidemiológicos sobre a mortalidade materna, infantil e fetal no município;
- Municípios de pequeno porte podem ter somente a comissão de investigação de óbitos, sem a participação da sociedade civil. Nestes casos, pode haver um Comitê regional, onde os municípios da região e sociedade civil participem para analisar os óbitos, caracterizar os evitáveis e propor ações de melhoria na assistência, visando a prevenção dos óbitos maternos, infantis e fetais na região.

VIGILÂNCIA DE OUTROS ÓBITOS DE INTERESSE LOCAL

Além da vigilância e investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, que são pactuados e atribuídos às Secretarias de Saúde Municipais por portarias específicas do Ministério da Saúde, é importante a vigilância e investigação de outros óbitos ocorridos no município que poderiam ser evitados.

Estes óbitos poderiam ser classificados como eventos sentinela, isto é, o óbito que não deveria acontecer, pois existem tecnologias para a prevenção.

Alguns óbitos que merecem vigilância e investigação:

- Óbitos por doenças imunopreveníveis;
- Óbitos por dengue;
- Óbitos por acidentes de trabalho;
- Óbitos por acidente de trânsito.

O gestor local pode definir outros óbitos cuja investigação seja de interesse do município e implantar a vigilância dos mesmos. O importante é que seja definido como estes óbitos serão monitorados e que seja instituído um grupo técnico, composto por profissionais da vigilância em saúde e da assistência à saúde, para realizarem a investigação.

O grande objetivo da vigilância destes óbitos é evitar a ocorrência de outros da mesma natureza, através da correção de falhas observadas que levaram ao desfecho negativo do caso. A boa investigação pode levar, inclusive, a mudanças das políticas de saúde no município em relação aos agravos investigados.

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

- Razão de morte materna= óbito ocorrido durante a gestação, parto e puerpério até 42 dias após o parto ou aborto, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicado por 100.000.
- Coeficiente de Mortalidade Infantil= óbito ocorrido antes de completar um ano de vida, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicado por 1000.
- Coeficiente de mortalidade neonatal= óbito de recém-nascido com até 27 dias de vida, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicado por 1000.
- Coeficiente de mortalidade neonatal precoce= óbito de recém-nascido de zero até seis dias de vida, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicado por 1000.
- Coeficiente de mortalidade neonatal tardio= óbito de recém-nascido de 7 até 27 dias de vida, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicado por 1000.
- Coeficiente de mortalidade pós-neonatal= óbito ocorrido no período de 28 dias de vida até antes de completar um ano, dividido pelo número de nascidos vivos no mesmo período e local, multiplicado por 1000.
- Coeficiente de mortalidade perinatal= óbito fetal mais o óbito ocorrido até seis dias de vida, dividido pelo número de nascidos vivos, mais o número de óbito fetal, no mesmo período e local, multiplicado por 1000.
- Óbito fetal= O produto de gestação extraído ou eliminado do corpo da mãe a partir de 22 semanas de gestação (peso equivalente a 500 g).

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 653**, de 28 de maio de 2003. Estabeleceu o óbito materno como de notificação compulsória. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizizesConsolidacao/comum/6052.html>. Acesso em 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1172**, de 15 de junho de 2004 – preconizou a vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna. Esta portaria definiu a vigilância epidemiológica da mortalidade materna

como uma atribuição dos municípios e estados.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. **Diário Oficial da União**, Seção 1. Brasília, DF. n. 117, 6 de jun. 2008. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/portaria-no-1-119-de-5-de-junho-de-2008-regulamenta-a-vigilancia-de-obitos-maternos/?wpdmdl=1065>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 72**, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 84 p (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/guia-de-vigilancia-do-obito-materno-normas-e-manuais-tecnicos>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Objetivos de desenvolvimento sustentável, 2015**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/>. Acesso em: 19 out. 2020.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Adilson Rocha Campos
Maria do Carmo Ferreira

A Lei Orgânica da Saúde (lei 8080/1990) define saúde do trabalhador como:

“Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho...”

Caracterização da área de Saúde do trabalhador

O campo de saúde do trabalhador se situa dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), para oferecer políticas de atenção à saúde individual e coletiva.

Deve oferecer ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e de vigilância em saúde, visando a preservação da saúde e a diminuição dos riscos à saúde dos trabalhadores e ao ambiente, que podem estar presentes nas diferentes atividades produtivas.

Vem apresentando uma crescente importância dentro do SUS, e está regulamentada pela Portaria Ministerial nº 1.823, de 23/08/2012, que instituiu a “Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora”.

Histórico da área e sua linha do tempo

A preocupação com a saúde dos trabalhadores já vem de longa data e, desde o início do século XX, passa a ser discutida a necessidade da intervenção do estado nas relações de trabalho.

Quando da elaboração da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é incluído um capítulo sobre Higiene e Segurança no Trabalho. O desenvolvimento da “medicina do trabalho” ganha força com iniciativas do Sesi (Serviço Social da Indústria) e do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública).

A área passa a tomar corpo com a participação efetiva de médicos que passam a atuar em ambulatórios de grandes empresas, contratados para fazer o acompanhamento de seus trabalhadores e, em seguida, com serviços organizados por entidades empresariais, como o Sesi, que passam a ter serviços de medicina do trabalho.

Na década de 1970, são firmados convênios entre grandes empresas e empresas de medicina de grupo, para acompanhamento da situação de saúde de seus trabalhadores. Ainda nesta década, devido ao grande e crescente número de doenças, acidentes e mortes provocadas pelo trabalho, o Estado brasileiro, através do Ministério do Trabalho, passa a regulamentar a relação saúde x trabalho através das denominadas NRs (Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho).

Nas décadas de 1980/1990, ainda sob os impactos dos relevantes números de acidentes, mortes e adoecimentos de trabalhadores, a saúde passa a trazer para sua responsabilidade algumas ações da área.

Antes da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns municípios passam a organizar serviços públicos para a atenção à saúde dos trabalhadores, oferecendo serviços desvinculados dos serviços empresariais. São organizados os denominados Programas de Saúde do Trabalhador, desvinculados das empresas e com ofertas de serviços multiprofissionais para ações de atenção à saúde individual e coletiva, inclusive com ações de vigilância dos ambientes do trabalho.

Na década de 1990, no SUS são organizados Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CERESTs) em muitas cidades brasileiras, todos com abrangência regional, a fim de cobrir o maior número possível de municípios. Em 2002, é organizada a Renast (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador) e o Ministério da Saúde passa a transferir recursos financeiros aos municípios para os CERESTs.

Em 2018, no Brasil existiam 186 CERESTs que, além do atendi-

mento individual aos trabalhadores com suspeitas de condições de saúde relacionadas ao trabalho (doenças, sequelas de acidentes, exposição a fatores de risco), também atuam na vigilância de ambientes de trabalho, com ações que podem abranger desde a antecipação de riscos, ainda na instalação das diferentes plantas industriais, quanto na fiscalização das condições de trabalho, prestando orientações profissionais a todos os interessados, como também, quando necessário, atuando e denunciando condições de trabalho ofensivas à saúde dos trabalhadores, da comunidade e ao ambiente.

A área de saúde do trabalhador no SUS abrange a Atenção Básica, o Cerest e a Vigilância em Saúde.

A atenção à saúde do trabalhador, para ser efetiva, deve começar na atenção básica. Os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e outros profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem estar capacitados e atentos para eventos de saúde que possam ter alguma relação com as diversas situações de trabalho.

A atuação desses profissionais em casos suspeitos de adoecimento ou acidentes relacionados com o trabalho deve começar já no acolhimento do usuário e continuar dentro das possibilidades de atendimento da unidade. Casos cuja complexidade ultrapassem a capacidade de resolução da unidade básica devem ser encaminhados para serviços de referência especializados. Municípios que se situam em regiões cobertas por CERESTs devem manter um fluxo de encaminhamento de seus pacientes para estes serviços, e os que não são cobertos por Cerest devem pactuar nos espaços de gestão regionais e estadual o serviço de referência para os casos de agravos e doenças relacionadas ao trabalho.

Uma vez levantada a suspeita de evento relacionado ao trabalho, a UBS deve fazer a notificação e acionar a vigilância em saúde do município.

A notificação à vigilância municipal também deve ser feita quando a equipe da UBS/ESF local se deparar com situações ou locais de trabalho onde haja um número elevado de adoecimento dos trabalhadores ou de acidentes de trabalho, cuja causa pode guardar relação com as condições de trabalho, ou até mesmo quando a equipe local perceba situações de risco à saúde dos trabalhadores e ao ambiente.

Em casos mais complexos, a atenção básica ou a vigilância municipal deve acionar o Cerest ou a vigilância em saúde estadual para o desenvolvimento de ações junto aos ambientes de trabalho.

Articulação Intersetorial

A área de saúde do trabalhador, devido às suas características, tem uma abrangência necessariamente intersetorial, com destaque para sua interlocução com a previdência social e para os trabalhadores segurados pela previdência.

Todos os casos onde haja uma suspeita de adoecimento ou acidente de trabalho devem ser notificados por um documento previdenciário denominado CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho).

Cabe ao médico assistente que atende ao caso solicitar à empresa a emissão da CAT, e caso a empresa se recuse a emití-la, o próprio trabalhador ou algum familiar ou a entidade sindical ou o médico assistente ou alguma autoridade pública podem emití-la.

A CAT deve ser emitida mesmo nos casos de suspeita de adoecimento relacionado ao trabalho, e o Atestado Médico da CAT deve ser preenchido pelo médico assistente, mesmo que não haja a necessidade de afastar o trabalhador do trabalho.

Além da previdência social, é importante que a área de saúde do trabalhador tenha uma atuação intersetorial em parceria com outras entidades que lidem com a relação saúde x trabalho, como sindicatos de trabalhadores e patronais, Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério Público Estadual (MPE), Conselhos Locais e Municipal de Saúde, entre outros.

Vigilância em Saúde do trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que visa a promoção da saúde e redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e doenças, bem como em seus determinantes, decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT, 2012), são ações de Visat:

- Vigilância da situação de Saúde do Trabalhador: análise da situação da saúde do trabalhador, análise da situação de saúde proveniente de vigilância de ambientes e processos de trabalho, a busca ativa de casos, a investigação da relação da doença ou agravo com o trabalho, o monitoramento dos fatores de risco, os

inquéritos epidemiológicos e os estudos da situação de saúde a partir dos territórios.

- Produção de protocolos, normas informativas e regulamentares para orientar as ações loco regionais, visando à proteção e promoção da saúde dos trabalhadores por meio da melhoria dos ambientes, dos processos e das condições de trabalho.
- Vigilância de ambientes e processos de trabalho: inspeção de ambiente e processos de trabalho, para mapear ou identificar os fatores de risco e perigos dos ambientes de trabalho, estabelecer associação entre o quadro clínico/diagnóstico e a atividade de trabalho, avaliar o cumprimento de recomendações, investigar acidentes de trabalho, atender a demandas específicas, como solicitações do Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Estadual, sindicatos, entre outras. Municípios de pequeno porte que não possuem equipe específica para a vigilância de ambientes e processos de trabalho, esta ação deve ser feita por técnicos da Vigilância do município, com apoio da Vigilância regional ou estadual quando houver necessidade.
- Comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador: comunicação de potenciais riscos à saúde dos trabalhadores relacionados aos ambientes e processos de trabalho.
- Recebimento e atendimento de denúncias e reclamações: recebimento e atendimento de notificações, queixas técnicas e reclamações da população, por meio de canais apropriados, quanto a situações de risco à saúde dos trabalhadores.
- Vigilância epidemiológica dos agravos à saúde dos trabalhadores: notificação dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho e acompanhamento dos dados relacionados à saúde do trabalhador.
- Estímulo à participação dos trabalhadores e suas organizações, sempre que pertinente, no acompanhamento das ações de Visat, para ampliação do comprometimento e legitimação das ações.
- Proposição de políticas públicas de promoção à saúde: deve ser realizada a partir da análise de situação de saúde no território, contemplando a relação entre o trabalho e a saúde.
- Criação de bases de dados com os registros das ações de Visat, imprescindível para fornecimento de subsídio às ações: Deve incorporar informações oriundas do processo de vigilância e de outros sistemas informatizados no campo da segurança e saúde do trabalhador.
- Divulgação sistemática das informações em saúde do trabalha-

dor: produção e disseminação da informação em saúde do trabalhador e realização de atividades educativas em Visat para a população.

Notificação dos Agravos Relacionados ao Trabalho

A CAT é uma notificação da doença ou acidente relacionado ao trabalho para a Previdência Social para fins previdenciários, abrangendo apenas os trabalhadores segurados da Previdência Social.

Para todos os trabalhadores, segurados ou não pela Previdência Social, o sistema de notificação é o Sinan. Para acompanhamento epidemiológico dos eventos de saúde/doença relacionados ao trabalho, deve-se realizar a notificação destes eventos através do Sinan (Sistema de Informações de Agravos de Notificação). No ano de 2004, com a edição da Portaria MS.GM 777, os acidentes de trabalho e outros agravos ocupacionais passaram a ser de notificação compulsória de onze agravos relacionados ao trabalho. Em 2006 foram publicadas duas portarias: Portaria MS/GM N° 204 que define a lista de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional; e a Portaria MS/GM N° 205 que definiu a lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas. Estas portarias foram revogadas, mas o conteúdo está vigente uma vez que foram incorporadas às Portarias de Consolidação MS/GM N°4 e N°5, de 28 de setembro de 2017.

A notificação deve ser feita através das fichas de investigação epidemiológicas específicas do Sinan, e os agravos de saúde do trabalhador que são de notificação compulsória podem variar de estado para estado, acrescentando-se agravos de interesse regional a partir de lista definida nacionalmente.

Em geral, as principais doenças relacionadas ao trabalho e eventos notificáveis são os de notificação universal (em todos os serviços) e aquelas de notificação em unidades sentinela de agravos relacionados ao trabalho.

Agravos de Notificação Universal

- Acidente de trabalho grave (com mutilações), Acidente de trabalho fatal, Acidente de trabalho em crianças e adolescentes (Y96).

- Acidente de trabalho com exposição à material biológico (Z20.9).
- Intoxicações exógenas (por substâncias químicas, inclusive por agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) (T65.9).
- Violência Interpessoal/Autoprovocada (Y09).

Outras condições que são de notificação em unidades sentinelas de agravos relacionados ao trabalho:

- Câncer relacionado ao trabalho (C80).
- Dermatoses ocupacionais (L98.9).
- LER/DORT (lesões por esforços repetitivos / distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho) (Z57.9).
- PAIR (Perda Auditiva Induzida pelo Ruído) ((H83.3).
- Pneumoconioses (J64).
- Transtornos mentais relacionados ao trabalho (F99).

Vigilância em Saúde do Trabalhador nos municípios

O gestor municipal deve definir os serviços de saúde de referência e de unidades sentinela aos agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória, em conjunto com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) Regional e pactuado nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), em cumprimento às normas vigentes, em cada território.

A vigilância em saúde, ou a vigilância em saúde do trabalhador do município, deve estabelecer fluxos para notificação dos agravos relacionados ao trabalho, tanto para os agravos de notificação universal, que deve ser realizada por todos os serviços de saúde públicos ou privados do município que presta assistência aos portadores destes agravos, como para os serviços da rede sentinela.

A vigilância dos ambientes e processos de trabalho realizada pela equipe de vigilância sanitária ou ambiental do município ou pelos CERESTs e/ou vigilância estadual podem e devem ser desencadeadas a partir dos casos atendidos pela rede de atenção à saúde ou por meio de denúncias fundamentadas. A vigilância dos ambientes de trabalho visa identificar riscos à saúde dos trabalhadores decorrentes do ambiente ou do processo produtivo, e propor adequações para diminuir estes riscos visando à proteção da saúde dos trabalhadores.

A vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do município deve atuar de forma articulada com outras instituições de interesse para a saúde dos trabalhadores.

O monitoramento e análises dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho devem ser divulgados, através de Informes ou Boletins Epidemiológicos, para a sociedade civil, sindicatos de trabalhadores, Conselho Municipal de Saúde a fim de proporcionar o debate sobre a saúde do trabalhador e a formulação de políticas de saúde para área, visando a proteção da saúde dos trabalhadores de ambiente.

As ações da vigilância em saúde do trabalhador de âmbito municipal, conforme determina a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, encontra-se no Anexo I.

Referências Bibliográficas

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE DO TRABALHADOR – CEREST. Campinas. Departamento de Vigilância em Saúde; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. 2018. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/cerest/publicacoes/b_epid_saude_trab_ed_especial_2018.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF., Ano CXXVIII, n. 182, 20 set. 1990. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=20/09/1990&totalArquivos=176>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 1823**, de 23/08/2012. Instituiu a “Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1679/GM**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf. Acesso em 19 out. 2020.

BRASIL. **Lei 8.213**, de 24/07/1991 – Dispões sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/lei-8213-1991_83052.html. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. **Lei 6259**, de 30/10/1975 – Dispõe sobre as Organizações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº4**, de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/>

prc0004_03_10_2017.html. Acesso em 13 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº5**, de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre os Sistemas e os Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 16 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de vigilância em saúde**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf. Acesso em 8 jan. 2020.

MENDES, Rene. **Medicina do trabalho e doenças profissionais**. São Paulo: Savier, 1980. (Introdução à medicina do trabalho).

SEGURANÇA e medicina do Trabalho. 75ª ed. São Paulo, SP: Atlas, 2015.

Anexo I

PORTARIA Nº 1.823, de 23 de Agosto de 2012 – Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Artigos que definem responsabilidades dos gestores municipais:

Art. 9º São estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora:

III - estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no contexto da Rede de Atenção à Saúde, o que pressupõe:

a) ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Básica em Saúde:

1. reconhecimento e mapeamento das atividades produtivas no território;
2. reconhecimento e identificação da população trabalhadora e seu perfil sócio-ocupacional no território;
3. reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos (perfil de morbimortalidade) à saúde dos trabalhadores, das comunidades e ao meio ambiente, advindos das atividades produtivas no território;
4. identificação da rede de apoio social aos trabalhadores no território;

5. inclusão, dentre as prioridades de maior vulnerabilidade em saúde do trabalhador, das seguintes situações: chefe da família desempregado ou subempregado, crianças e adolescentes trabalhando, gestantes ou nutrizes trabalhando, algum membro da família portador de algum agravo à saúde relacionado com o trabalho (acidente ou doença) e presença de atividades produtivas no domicílio;
6. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários das unidades e serviços de Atenção Básica em Saúde;
7. suspeita e/ou identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo usuário, para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho;
8. notificação dos agravos relacionados ao trabalho no Sinan e no Sisab e emissão de relatórios e atestados médicos, incluindo o laudo de exame médico da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos pertinentes;
9. subsídio à definição da rede de referência e contrarreferência e estabelecimento dos fluxos e instrumentos para os encaminhamentos necessários;
10. articulação com as equipes técnicas e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) sempre que necessário, para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;
11. definição e implantação de condutas e manejo assistenciais, de promoção e de vigilância em saúde do trabalhador, mediante a aplicação de protocolos, de linhas de cuidado e de projetos terapêuticos para os agravos, e de linhas guias para a vigilância de situações de riscos relacionados ao trabalho; e
12. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes da Atenção Básica em saúde.

b) ações de saúde do trabalhador junto à urgência e emergência:

1. identificação e registro da situação de trabalho, da ocupação e do ramo de atividade econômica dos usuários dos pontos de atenção às urgências e emergências, nas redes Estaduais e Municipais;
2. identificação da relação entre o trabalho e o acidente, violência ou intoxicação exógena sofridos pelo usuário, com decorrente notificação do agravo no Sinan e adequado registro no SIH-SUS para os casos que

requererem hospitalização;

3. preenchimento do laudo de exame médico da CAT nos casos pertinentes;

4. acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver;

5. encaminhamento para a rede de referência e contrarreferência, para fins de continuidade do tratamento, acompanhamento e reabilitação, seguindo os fluxos e instrumentos definidos para tal;

6. articulação com as equipes técnicas e os Cerest sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda rede SUS;

7. harmonização dos conceitos dos eventos/agravos e unificação das fichas de notificação dos casos de acidentes de trabalho, outros acidentes e violências;

8. incorporação de conteúdos de saúde do trabalhador nas estratégias de capacitação e de educação permanente para as equipes dos pontos de atenção às urgências e emergências; e

9. estabelecimento de parcerias intersetoriais e referência e contrarreferência com as unidades de atendimento e serviços das Secretarias de Segurança Pública, Institutos Médico Legais, e setores/departamentos de trânsito e transporte.

Art. 13. Compete aos gestores municipais de saúde:

I - Executar as ações e serviços de saúde do trabalhador;

II - Coordenar, em âmbito municipal, a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

III - Conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS, visando inserir ações, metas e indicadores de saúde do trabalhador no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde, a partir de planejamento estratégico que considere a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

IV - Pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pactuados nas instâncias de gestão e aprovados no Conselho Municipal de Saúde (CMS);

V - Desenvolver estratégias visando o fortalecimento da participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, incluindo o apoio e fortalecimento da CIST do CMS;

VI - Constituir referências técnicas em saúde do trabalhador e/ou gru-

pos matriciais responsáveis pela implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

VII - Participar, em conjunto com o Estado, da definição dos mecanismos e dos fluxos de referência, contrarreferência e de apoio matricial, além de outras medidas, para assegurar o desenvolvimento de ações de promoção, vigilância e assistência em saúde do trabalhador;

VIII - Articular-se regionalmente para integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde quando da identificação de problemas e prioridades comuns;

IX - Regular, monitorar, avaliar e auditar as ações e a prestação de serviços em saúde do trabalhador, no âmbito de sua competência;

X - Implementar, na Rede de Atenção à Saúde do SUS, e na rede privada, a notificação compulsória dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, assim como o registro dos dados pertinentes à saúde do trabalhador no conjunto dos sistemas de informação em saúde, alimentando regularmente os sistemas de informações em seu âmbito de atuação, estabelecendo rotinas de sistematização, processamento e análise dos dados gerados no Município, de acordo com os interesses e necessidades do planejamento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora;

XI - Instituir e manter cadastro atualizado de empresas classificadas nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no Município, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados para os trabalhadores e para o contingente populacional direta ou indiretamente a eles expostos, em articulação com a vigilância em saúde ambiental;

XII - Elaborar, em seu âmbito de competência, perfil produtivo e epidemiológico, a partir de fontes de informação existentes e de estudos específicos, com vistas a subsidiar a programação e avaliação das ações de atenção à saúde do trabalhador;

XIII - Capacitar, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e com os CERESTs, os profissionais e as equipes de saúde do SUS, para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, em consonância com as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação de regência; e

XIV - Promover, no âmbito municipal, articulação intersetorial com vistas à promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e

ao acesso às informações e bases de dados de interesse à saúde dos trabalhadores.

VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Maria do Carmo Ferreira

A transição demográfica e epidemiológica tem levado a mudanças no perfil de morbimortalidade da população e, conseqüentemente, à necessidade de reordenação das ações de vigilância em saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de mortalidade no mundo de acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde. Em 2012, das 56 milhões de mortes ocorridas no mundo, 38 milhões (62%) foram por DCNT, sendo que 40% (16 milhões) ocorreram antes dos 70 anos de idade.

No Brasil, entre os anos de 1990 e 2015, ocorreu uma redução da taxa de mortalidade geral de 28,7%. As mortes por DCNT, apesar de uma redução de 25% no período, constituem a primeira causa de morte com cerca de 1 milhão de óbitos, 75% do total. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

No âmbito da vigilância das DCNT, diversas ações são desenvolvidas que possibilitam o conhecimento da distribuição, da magnitude e da tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando os condicionantes sociais, econômicos e ambientais. O conhecimento gerado pela ação da vigilância deve apoiar as políticas públicas de promoção da saúde, além de subsidiar o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das ações de cuidado inte-

gral das DCNT.

Para o conhecimento e monitoramento dos fatores de risco para as DCNT, foram realizados no Brasil levantamentos e inquéritos populacionais desde o ano de 2003, quando foi realizado o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis. A importância deste inquérito, para além de conhecer o comportamento dos brasileiros em relação aos fatores de risco de DCNT, é que constituiu a linha de base do país no monitoramento dos principais fatores de risco.

Em 2006 foi implantado o Vigitel, que é um inquérito por telefone, realizado anualmente nas capitais brasileiras, com objetivo de investigar a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida. Neste inquérito são entrevistados indivíduos adultos com 18 anos ou mais de idade, residentes nas capitais.

No ano de 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu, como parte da iniciativa do Global Adult Tobacco Survey (GATS), informações sobre morbidade e alguns fatores de risco e, ainda, a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab).

A primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) foi realizada em 2009, e se constituiu em um inquérito feito com alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais e do Distrito Federal. Esta pesquisa é realizada através de parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministérios da Saúde e da Educação, e acontece a cada três anos.

Em 2011 foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, para o período de 2011-2022, que definiu as ações a serem priorizadas e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos.

Com a aproximação do término do período de vigência do referido Plano de Ações Estratégicas e alinhado com os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, o Ministério da Saúde coordenou a elaboração de um novo documento que está em fase de análise tripartite e deverá ser publicado em breve, que reafirma e amplia as propostas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis, com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030.

A primeira Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em parceria com o IBGE foi realizada em 2013. A PNS é uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, que deve ser repetida a cada cinco anos. A

pesquisa foi estruturada para avaliar o desempenho do SUS, as condições de saúde da população e a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados. Em 2019 foi realizada uma nova Pesquisa Nacional de Saúde – PNS que visou coletar informações sobre o desempenho do Sistema Nacional de Saúde no que se refere ao acesso e uso dos serviços disponíveis e à continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde da população, a vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco a elas associados, cujos primeiros resultados já foram divulgados e poderão ser acessados através do link: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>

A morbimortalidade em DCNT deve ser monitorada pela vigilância em saúde por meio dos sistemas de informações do SUS e outros.

Além dos inquéritos realizados para conhecer a magnitude das DCNT e seus fatores de risco, em 2006 e, posteriormente, reeditada em 2014, a Política Nacional de Promoção da Saúde definiu como prioridades ações para estimular a adoção de alimentação saudável, combate ao sedentarismo por meio da realização de atividade física, a prevenção ao uso do tabaco e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. A expansão da rede de Atenção Básica, que ocorreu no Brasil desde 1990, onde os profissionais atuam nos territórios e desenvolvem ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência com acompanhamento longitudinal dos usuários, assim como a dispensação dos medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes através do programa farmácia popular, contribuíram para a melhora no tratamento dos usuários portadores de DCNT e para a diminuição de complicações causadas por estas doenças e óbitos.

A vigilância das DCNT nos municípios deve ser feita de forma integrada com a Atenção Básica e Especializada, aprimorando a análise das informações para a implantação de políticas para a redução da morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, por meio de um conjunto de ações preventivas e de promoção da saúde, associadas à detecção precoce e tratamento adequado e oportuno.

Organizando a vigilância das DCNT no município

As Secretarias de Saúde Municipais devem ter pelo menos uma pessoa responsável pela vigilância das DCNT, que deve trabalhar de forma integrada com os responsáveis pela atenção básica e especializada do município, desenvolvendo:

- Ações de promoção e prevenção à saúde em relação à prática de atividade física, alimentação saudável, redução do tabagismo e consumo abusivo de álcool;
- Monitoramento dos indicadores da morbimortalidade das DCNT, através dos sistemas de informações do SUS. No Plano Nacional de Saúde foram pactuados indicadores das DCNT que devem ser monitorados pelos municípios:
 - Internações por condições sensíveis à atenção primária;
 - Mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas principais DCNT: diabetes, doenças do sistema circulatório, doença respiratória crônica e câncer;
 - Cobertura do exame citológico do câncer de colo do útero (Papanicolaou) nas mulheres de 25 a 64 anos;
 - Cobertura da mamografia para rastreamento do câncer de mama nas mulheres de 50 a 69 anos.
- Ações intersetoriais para incentivo da prática da atividade física da população, através de atividades de lazer em praças públicas, caminhadas, entre outros, valorizando a cultura local;
- Atividades de educação com usuários das unidades básicas de saúde, visando a prática da atividade física, alimentação saudável, redução da obesidade, redução do tabagismo e do consumo abusivo de álcool;
- Plano de comunicação para profissionais de saúde e sociedade civil sobre os fatores de risco para as DCNT e ações realizadas visando a redução da morbimortalidade;
- Divulgação das informações das DCNT através de boletins epidemiológicos.

A vigilância das DCNT deve atuar de forma articulada com a área de assistência e outras secretarias no município, na promoção da saúde e prevenção das DCNT, monitorando e fornecendo informações sobre a prevalência, mortalidade e os fatores de risco para estas doenças, visando subsidiar o plano municipal de saúde (PMS) e os gestores na priorização das ações e programa de saúde.

Referências Bibliográficas

BANCO MUNDIAL. **Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil**. Relatório nº 32576-BR, p. 86, 2005. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&slug=brasil-enfrentando-o-desafio-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil-2&layout=default&alias=1182-brasil-enfrentando-o-desafio-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil-2&category_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&Itemid=965. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **VIGITEL Brasil 2006**. Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/setembro/09/vigitel-2006-brasil.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento e Análise. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 28 p. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acesso em 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. 40 p. Brasília, DF, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em 19 out. 2020.

GLOBAL Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Genebra. WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=0DA38D4A2ED24259F4C4654957EFA12F?sequence=1. Acesso em: 19 out. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2009. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv43063.pdf>. Acesso em 19 out. 2020.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro, RJ: IBGE, 2013. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência e**

Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1737-1750, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1737.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

Naoko Yanagizawa Jardim da Silveira

Violências e Acidentes (causas externas) são problemas de saúde pública nacional e mundial, de alta magnitude e transcendência, com grande impacto social e econômico. Representam a 3ª causa de morte geral no Brasil, porém de 1 a 39 anos, é a principal causa de óbito. A violência afeta o indivíduo e coletividades comprometendo a sua integridade física, psicológica, sexual e moral. É assunto diário da mídia que explora ora de forma sensacionalista/dramática, ora de forma negligenciada/desnaturalizada. A Portaria Ministerial nº 737 definiu em 2001 a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências que estabeleceu diretrizes e responsabilidades institucionais ao enfrentamento destas causas.

A violência acomete a todos, quem sofre, quem presencia e até quem provoca.

O feminicídio é o caso extremo de violência de gênero e doméstica gerando total desagregação familiar acometendo: o marido-autor, a esposa-vítima e filhos ou familiares do convívio comum.

Alguns grupos sociais sofrem mais violências que outros: no caso de homicídio, temos a morte prematura de jovens (em 2017 enquanto a taxa geral já foi alta – 31,6 por 100 mil habitantes, em jovens de 15 a 29 anos, foi extremamente alta – 69,9 mortes por 100 mil habitantes), caracterizando a juventude perdida, pois além da tragédia humana, tem o alto custo no desenvolvimento econômico do país por perder esta parcela economicamente ativa da população; temos também homicídios de grupos específicos, afetando principalmente homens jovens,

negros e pobres. A população LGBTQi, sigla utilizada para designar as pessoas do grupo de lésbica, gay, bissexual, transexual, queer – pessoas que não se identificam com os padrões de heteronormatividade impostos pela sociedade – e intersexuais, também são alvos de violência por homofobia e crimes de ódio, assim como populações indígenas e em situação de rua com vulnerabilidade ligada à raça/etnia, fatores econômicos e sociais. Violências em crianças, adolescentes, mulheres e idosos que não levam necessariamente a óbito, causam grande impacto na saúde. A violência sexual pode ter como consequência imediata uma gravidez, para a qual há legislação que assegura o aborto legal, ou uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e, mais tardiamente, pode levar ao suicídio, prostituição ou exploração sexual. Suicídios vêm aumentando em jovens de 15 a 29 anos, evidenciando a necessidade de estratégias mais efetivas para o seu enfrentamento.

A Violência é um problema complexo e multicausal, não sendo problema exclusivo de um setor; necessita ser cuidada e protegida em rede, composta pela Saúde, Assistência Social e Direitos Humanos, Educação, Guarda Municipal, Conselho Tutelar, Delegacia Especializada de Defesa da Mulher (DDM), Defensoria Pública, Ministério Público, Conselhos Municipais de Direito (CMDCA – Criança e Adolescente, do Idoso, das Mulheres), entre outros. No campo da promoção à saúde e prevenção, outros setores como a Cultura, Esportes e Lazer se fazem necessários. O enfrentamento da violência exige uma abordagem intersectorial e, ainda, uma articulação com a sociedade civil organizada e líderes comunitários.

O Ministério da Saúde criou em 2004 a Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, estimulando os municípios a criarem Núcleos de Prevenção de Violências como importante foco articulador de setores, executor de estratégias de prevenção a violências e promoção da saúde e com papel fundamental na sistematização, análise e disponibilização das informações sobre a violência. Em 2006 foi estruturado o Sistema Nacional de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) até chegar à notificação compulsória universal da violência interpessoal e autoprovocada para todos os serviços, que foi instituída no Sinan em 2011. No caso da violência contra a criança e o adolescente, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) preconiza também a obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar.

Considerando a extrema relevância da violência, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) realizou o Seminário Nacional: “Violência: Uma epidemia silenciosa” em 2007/2008, com etapas regionais, onde municípios apresentaram experiências exitosas na

abordagem a violências, e esta iniciativa resultou em conhecimento e formulação de propostas, estratégias e parcerias necessárias para o enfrentamento, cuidado, proteção, prevenção e promoção da saúde e da cultura de paz. O material foi reunido em três publicações do Co-nass (documentos) que servem de Guia (volume 17) para a abordagem da violência nos municípios e está organizado em 6 áreas de atuação: Vigilância, Pesquisa, Formação e Educação Permanente, Organização da Assistência, Prevenção e Promoção (incluindo a participação comunitária e a comunicação social) e Legislação.

Com relação aos acidentes de trânsito, o Brasil é signatário das Ações da Década de Redução das Mortes no Trânsito da ONU/OMS (2011-2020); todas as capitais e alguns municípios estratégicos implantaram o Programa Vida no Trânsito com o objetivo de reduzir em 50% as mortes no trânsito. A recomendação da OMS é levar em consideração as evidências, focar grupos de risco como pedestres e, no caso brasileiro, as motocicletas, e realizar intervenções nos fatores de risco como uso do álcool e diminuição de velocidades, para impactar na redução dos óbitos, através da Educação no Trânsito, Fiscalização, Melhorias na Infraestrutura Viária visando ampliar a segurança.

Enfim, a violência é um grande problema de saúde pública, que além de exigir ações diretas de cuidado e proteção às vítimas, torna necessário responsabilizar autores e criar serviços para atendimento aos mesmos. No caso da violência de gênero é essencial desconstruir o machismo e a masculinidade tóxica para romper o ciclo das violências. É necessário igualmente ampliar medidas de prevenção e promoção da saúde através do fortalecimento da capacidade dos indivíduos, comunidades e da sociedade em geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis.

Organizando a vigilância das violências no município

As Secretarias de Saúde Municipais devem ter pelo menos uma pessoa responsável pela vigilância das violências e acidentes, que deve trabalhar de forma integrada com os responsáveis pela atenção básica e saúde mental da Secretaria de Saúde e de forma intersetorial, por exemplo, com a Assistência Social (Creas) e Educação, com o intuito de:

- Estruturar um Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz. Inicialmente pode ser com estes integrantes acima citados, mas deve-se ampliar a participa-

ção de outros segmentos a partir da identificação destes no desenvolvimento do trabalho;

- Implantar a notificação no Sinan de violências interpessoais (sexual, física, psicológica, negligência) e autoprovocadas, nas diversas fases da vida (criança, adolescente, mulheres, idosos) além de outras violências mais específicas (Guia de Vigilância em Saúde);
- Participar na criação e/ou na articulação de redes de atendimento à violência doméstica contra: criança e adolescente, mulheres e idosos, tanto na Rede de Atenção à Saúde (RAS) como na rede intersetorial, com os Creas, Secretaria de Educação e outros, assim como colaborar na elaboração da linha de cuidado para as vítimas de violência. O acompanhamento dos casos depois do primeiro atendimento é de grande importância para a eficácia do cuidado;
- Participar na criação e/ou articulação de rede de atendimento à violência sexual, considerando que há necessidade de ter um serviço ou mais de referência dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incluindo serviços de urgência e emergência, pois esta violência apresenta uma urgência de atendimento. Deve-se estabelecer fluxos e protocolos claros de atendimento baseados nos documentos do Ministério da Saúde. Se o município não dispõe de um serviço de saúde de referência para o atendimento às vítimas de violência, deve-se elaborar fluxos de encaminhamentos e eles devem ser de conhecimento e acessível aos profissionais de saúde. Os profissionais devem ter acesso ao endereço, telefone e profissionais de referência destes serviços, para assegurar o atendimento e acompanhamento dos casos;
- Colaborar e subsidiar o CMDCA e outros conselhos como o da mulher, do idoso entre outros;
- Participar na criação de espaços de estudo e/ou discussão de casos de violência, de preferência, de forma intersetorial, por exemplo numa Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF), no CRAS da Assistência Social e na Escola Municipal ou Estadual do território. Se necessário, solicitar apoio do nível regional ou central da Secretaria de Saúde;
- Participar da capacitação/sensibilização dos profissionais da rede de atendimento da Saúde para questões específicas. De preferência estas capacitações devem ser organizadas em conjunto com a Assistência Social, Educação e Guarda Municipal, por

exemplo, através do Núcleo para reconhecimento entre os profissionais;

- Inserir as ferramentas de cultura de paz como a comunicação não violenta (CNV) ou outras de mediação de conflitos, nas capacitações e ações de educação permanente, além dos temas técnicos;
- Aproximar ou participar das ações de prevenção dos “acidentes” de trânsito, trabalhando com fatores de risco: “álcool e direção” e velocidade, assim como com os grupos de maior risco: motociclistas e pedestres.

Considerações Finais

Os profissionais de saúde que trabalham com violências, quer seja na gestão, na vigilância e, principalmente, na assistência devem ter alguns cuidados quando lidam com estas situações:

- Cuidado no acolhimento (ouvir com empatia e disponibilidade, não julgar, não revitimizar);
- Produzir o cuidado em rede (encaminhar com responsabilidade);
- Manter sigilo sobre o caso, mas trabalhar em equipe para não se sentir sozinho na situação ou “não sofrer sozinho”;
- Buscar parcerias intra e intersetorial;
- Conhecer experiências bem-sucedidas de outros municípios. Existem exemplos de experiências exitosas na web série documental do Conasems. O Iluminar Campinas retrata a rede de cuidados à violência sexual. O município de São Luiz/Maranhão também possui uma experiência exitosa no Enfrentamento à Violência contra a Mulher, num trabalho integrado entre Saúde e Segurança, contando inclusive com um Conselho Municipal da Condição Feminina desde 2001. (Lei Municipal nº 3984/2001, alterada pela Lei 6146/2016). Estas experiências e outras poderão ser acessadas através do site: <https://www.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/>

Trabalhar com violências sensibiliza, mas por onde começar? Começar identificando os serviços que têm mais desenvoltura no atendimento a violências na saúde ou na assistência social, conselho tutelar ou outras instituições e estruturar um pequeno núcleo, que depois pode ser ampliado. O ideal seria se o chefe de gabinete da prefeitura

fizesse a coordenação do Núcleo de Violências no município e chamasse as secretarias para compor, talvez assim dissipasse a questão de mando; no entanto, cada município pode descobrir o seu talento em compor com serviços disponíveis.

O município deve fazer o monitoramento das notificações de violência e análise dos casos, elaborar boletins epidemiológicos sobre a situação da violência no município e divulgar para a sociedade civil, imprensa, Conselho Municipal de Saúde, CMDCA, entre outros. A divulgação da informação é importante para dar visibilidade para este tema, que é tão importante, e para o trabalho do Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências, e todos os profissionais envolvidos.

Referências Bibliográficas

ATLAS da violência 2019. Brasília, DF: IPEA, 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência**: uma epidemia silenciosa. Brasília, DF: Conass, 2007. 134 p. (CONASS, Documenta, n. 15) Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_15.pdf. Acesso em 19 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência**: uma epidemia silenciosa. Brasília, DF: Conass, 2008. 260 p. (CONASS, Documenta, n. 16). Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_16.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência**: uma epidemia silenciosa. Brasília, DF: Conass, 2008. 86 p. (CONASS, Documenta n. 17). Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_17.pdf. Acesso em 19 out. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/maio/governo-federal-lanca-nova-edicao-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-eca/ECA2019digital.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, de 20 maio 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. p. 689-706, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Projeto vida no trânsito: perspectivas e desafios**. Brasília, DF, 4 de agosto de 2014. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/18/PVT-para-forum-dcnt-31-07-2014-Cheila-OK.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3ª ed. atual. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 3. ed. atual. e ampl. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em 19 out. 2020.

LIMA, Cheila Marina de. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e Seminário de Avaliação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Estratégicas para enfrentamento das violências, 6, 2019. Brasília, DF, **Anais** [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/eventos/2019/VIForum/mesa21-politica-morbimortalidade-acidentes-violencias.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

SENAC. Comunicação não violenta. [2018]. Disponível em: <https://www.blogsenacsp.com.br/comunicacao-nao-violenta/>. Acesso em: 19 out. 2020.

