

VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARTE 1

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume 5

Copyright 2011 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

Esta coleção faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 10.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Vigilância em Saúde - Parte 1 / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

320 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 5,I)

ISBN: 978-85-89545-65-5



1. SUS (BR). 2. Vigilância em Saúde. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068



DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2010/2011

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Irani Ribeiro de Moura

Região Nordeste

Herbert Motta de Almeida

Região Norte

Oswaldo Leal

Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques

Região Sul

Roberto Eduardo Hess de Souza

COMISSÃO FISCAL

George Antunes de Oliveira

Raimundo José Arruda Barros

Milton Luiz Moreira

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti



SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Osvaldo de Souza Leal Junior

Suely de Souza Melo da Costa

AL Herbert Motta de Almeida

Alexandre de Melo Toledo

AM Agnaldo Gomes da Costa

Wilson Alecrim

AP Eupídio Dias de Carvalho

Evandro Costa Gama

BA Jorge José Santos Pereira Solla

CE Raimundo José Arruda Bastos

DF Fabíola de Aguiar Nunes

Rafael de Aguiar Barbosa

ES Anselmo Tozi

José Tadeu Marino

GO Irani Ribeiro de Moura

Antonio Faleiros

MA José Márcio Soares Leite

Ricardo Murad

MG Antônio Jorge de Souza Marques

MS Beatriz Figueiredo Dobashi

MT Augusto Carlos Patti do Amaral

Pedro Henry Neto

PA Maria Silvia Martins Comaru Leal

Cláudio Nascimento Valle

Hélio Franco de Macedo Júnior

PB José Maria de França

Mário Toscano de Brito Filho

PE Frederico da Costa Amâncio

Antônio Carlos dos Santos Figueira

PI Telmo Gomes Mesquita

Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins

PR Carlos Augusto Moreira Júnior

Michele Caputo Neto

RJ Sérgio Luiz Côrtes

RN George Antunes de Oliveira

Domício Arruda

RO Milton Luiz Moreira

Alexandre Carlos Macedo Muller

RR Rodolfo Pereira

Leocádio Vasconcelos Filho

RS Arita Gilda

Ciro Carlos Emerim Simoni

SC Roberto Eduardo Hess de Souza

Dalmo Claro de Oliveira

SE Mônica Sampaio de Carvalho

Antonio Carlos Guimarães Souza Pinto

SP Luiz Roberto Barradas Barata

Nilson Ferraz Paschoa

Giovanni Guido Cerri

TO Francisco Melquíades Neto

Arnaldo Alves Nunes



COORDENAÇÃO DA COLEÇÃO
René Santos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO LIVRO
Nereu Henrique Mansano

COLABORADORES*
Adriana Bacelar Ferreira Gomes
Adriana Santos Rocha
Deborah Carvalho Malta
Elisabeth Carmen Duarte
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior
Flávio Pereira Nunes
Gisele Bahia
Ivenise Leal Braga
Jandira Maciel da Silva
Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Renato Tasca
Sandhi Maria Barreto
Walter Massa Ramalho

REVISÃO TÉCNICA
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Roberto Arreguy Maia (coord.)

EDIÇÃO
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE
Thales Amorim

ILUSTRAÇÕES
José Márcio Lara

DIAGRAMAÇÃO
Ad Hoc Comunicação

* Os créditos referem-se às edições de 2007 e de 2011.

SUMÁRIO

Apresentação	7
1 Vigilância em Saúde – histórico e conceitos	10
1.1 Vigilância em Saúde: conceitos básicos	10
1.2 Evolução do conceito de Vigilância em Saúde	12
2 Perfil demográfico e epidemiológico do Brasil	20
2.1 Introdução	20
2.2 Determinantes sociais em saúde segundo regiões brasileiras	21
2.3 Mudanças no perfil demográfico	24
2.4 Mudanças no perfil epidemiológico	31
3 Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	50
3.1 Organização atual da área de Vigilância em Saúde nas três esferas de gestão do SUS	50
3.2 A Programação de Ações de Vigilância em Saúde – Pavs	69
3.3 Financiamento das ações de Vigilância em Saúde	70
4 Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis	80
4.1 Introdução	80
4.2 Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis	81
4.3 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia	85
4.4 Programas de Prevenção e Controle de Doenças	88
4.5 Programa Nacional de Imunizações (PNI)	164
4.6 Considerações finais	172
5 Vigilância Epidemiológica das Doenças Não Transmissíveis	174
5.1 Vigilância Epidemiológica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Acidentes e Violências	174
6 Vigilância em Saúde Ambiental	200
6.1 Introdução	200
6.2 Saúde Ambiental, articulação intersetorial e a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental:	202

6.3	Saúde Ambiental e Saneamento	208
6.4	O Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental	210
6.5	Conclusão	229
7	Vigilância em Saúde do Trabalhador	232
7.1	Introdução: A relação saúde, doença e trabalho	232
7.2	Conceituando: saúde do trabalhador, trabalho e trabalhador	233
7.3	Principais fatores de risco para a Saúde do Trabalhador	237
7.4	Situação epidemiológica da Saúde do Trabalhador no Brasil	238
7.5	A Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)	244
7.6	Financiamento das ações de Saúde do Trabalhador	257
7.7	Conclusão	258
8	Sistemas de Informações da Vigilância em Saúde e Análise de Situação de Saúde	262
8.1	Introdução	262
8.2	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	263
8.3	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	271
8.4	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	274
8.5	Sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)	277
8.6	Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep – Malária)	278
8.7	Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue (FAD)	281
8.8	Análise de situação de saúde	284
9	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – Rede de Laboratórios de Saúde Pública: abrangência, laboratórios	286
9.1	Conceituação	286
9.2	Atribuições, responsabilidades e financiamento da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública	288
9.3	Laboratórios de Referência	290
9.4	Rede de Laboratórios de Fronteiras	291
9.5	Rede de Laboratórios com área de Nível de Biossegurança 3 (NB3)	292
9.6	Rede de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental	293
	Referências bibliográficas	297
	Anexo	305



APRESENTAÇÃO

A Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde.

As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador fazem parte da Vigilância em Saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos. Portanto, a Vigilância em Saúde busca contemplar os princípios da integralidade e da atenção, combinando diversas tecnologias para intervir sobre a realidade da saúde. Para tal, precisamos superar a visão isolada e fragmentada na formulação das políticas de saúde e na organização das ações e dos serviços.

É fundamental proceder a análise dos problemas de saúde da população, incorporando o maior conhecimento possível e integrando a área da Assistência ao modelo epidemiológico adotado.

No âmbito da Saúde Ambiental e da Saúde do Trabalhador, precisamos desenvolver estratégias intersetoriais e intrasetoriais, pois se trata de um conjunto de ações que visa conhecer, detectar e prevenir mudanças em fatores determinantes e condicionantes que, por interagirem, interferem na saúde do homem.

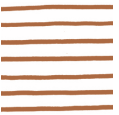
A primeira edição desta publicação, feita em 2007, buscou apresentar aos gestores, profissionais de saúde e à sociedade, informações relevantes para o desenvolvimento e a efetivação das políticas de Vigilância em Saúde. Esse objetivo foi mantido nesta edição 2011, submetida a um processo de revisão e atualização, para o qual cabe destacar a colaboração de técnicos e dirigentes da Secretaria de Vigilância em Saúde, que gentilmente nos repassaram diversos dados e figuras aqui utilizados. Agradecemos assim, a todos que estiveram envolvidos direta ou indiretamente no processo de produção deste livro.

Espera-se que a utilização deste material possa contribuir para a qualificação da gestão pública, organização dos serviços, ações de controle social e consolidação dos princípios do SUS.

Boa leitura.

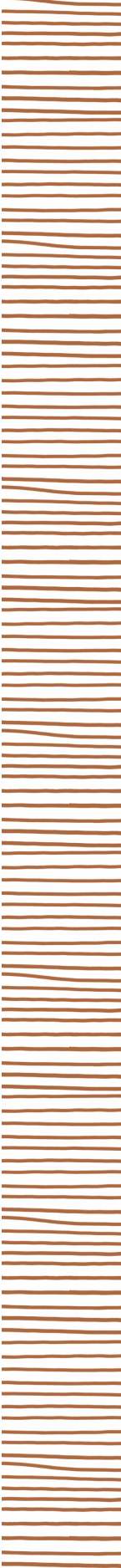
Beatriz Dobashi - Presidente do Conass





1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE – HISTÓRICO E CONCEITOS

- 1.1 **Vigilância em Saúde: conceitos básicos**
- 1.2 **Evolução do conceito de Vigilância em Saúde**





1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE – HISTÓRICO E CONCEITOS

1.1 Vigilância em Saúde: conceitos básicos

As referências às epidemias e ao seu impacto sobre as sociedades são bastante antigas, como a descrição da chamada Praga de Atenas, doença desconhecida que ocorreu entre 430 a 427 a.C e dizimou aproximadamente um terço da população daquela cidade (NELSON et al., 2001).

No Antigo Testamento, já existem referências à adoção de medidas de isolamento para separar os portadores de doenças, considerados impuros. As práticas de isolamento das pessoas doentes estendem-se por toda a Idade Média, utilizadas principalmente contra os leprosos e os acometidos pela peste. Essas ações são antecessoras da quarentena que viria a ser adotada, a partir de 1384, em Veneza, o principal porto de comércio com o Oriente, para tentar impedir que a epidemia de peste que grassava na Ásia Central, conhecida como a Morte Negra, chegasse até a Europa. Naquele momento, foi instituída, pela primeira vez, a notificação obrigatória dessa doença e foram estabelecidas medidas de isolamento para as pessoas, as embarcações e as mercadorias, fazendo surgir a forma de vigilância exercida sobre as pessoas doentes (ROSEN, 1994; NELSON et al., 2001).

A irrupção de epidemias nas cidades da Europa Ocidental, no período final da Idade Média, leva os governos a adotar medidas de monitoramento sobre as doenças transmissíveis e a aplicação de normas sobre cemitérios e mercados, áreas consideradas de alto risco para o surgimento e a propagação das doenças contagiosas (THACKER, 2000).

No Brasil, o registro mais antigo de ações de prevenção e controle de doenças é referente à adoção de medidas para conter uma epidemia de febre amarela, no século XVII, no porto de Recife (REZENDE, 2004). A partir da transferência da Coroa Portuguesa, estrutura-se, em 1808, uma política sanitária que adota, entre outras medidas, a quarentena. Em 1889, é promulgada a primeira Regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos, para tentar, de maneira semelhante aos seus predecessores europeus, prevenir a chegada de epidemias e possibilitar um intercâmbio seguro de mercadorias.

A partir de 1903, quando Oswaldo Cruz assume a Direção Geral de Saúde Pública (DGSP) do então Ministério da Justiça e Negócios Interiores, inicia-se um conjunto profundo de mudanças que se consubstancia, em 1904, com a reorganização dos serviços de higiene que confere ao Governo Federal a responsabilidade de coordenar as ações de prevenção e controle das doenças transmissíveis; cria o primeiro programa vertical, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela; e institui a obrigatoriedade de vacina antivariólica (Fiocruz, 2004).

Durante a maior parte do século XX, o Estado brasileiro organizou as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis como programas verticalizados, com a formulação, a coordenação e a execução das ações realizadas diretamente pelo Governo Federal. Esses programas, em 1941, estabeleceram-se como Serviços Nacionais encarregados de controlar as doenças mais prevalentes na época, como a malária, a febre amarela, a peste, a tuberculose e a lepra. Sua estrutura se dava sob a forma de campanhas, adaptando-se a uma época em que a população era majoritariamente rural, e com serviços de saúde escassos e concentrados, quase exclusivamente, nas áreas urbanas.

Em 1968, foi criado o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) na Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) que aplica os conceitos e as práticas da moderna vigilância, nascida nos Estados Unidos, na década de 1950, no programa de erradicação da varíola. O CIE instituiu, a partir de 1969, o primeiro sistema de notificação regular para um conjunto de doenças com importância para monitoramento de sua situação epidemiológica, o qual se originava desde as unidades das Secretarias Estaduais de Saúde.

A V Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1975, propôs a criação de um sistema de Vigilância Epidemiológica no país (BRASIL, 1975). Essa recomendação foi imediatamente operacionalizada, com o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que se estruturou nesse mesmo ano, por meio da promulgação da Lei n. 6.259 (BRASIL, 1975a), regulamentada pelo Decreto Presidencial n. 78.231 (BRASIL, 1976), no ano seguinte. Com base nesses instrumentos, o Ministério da Saúde, no mesmo ano de 1976, institui a “notificação compulsória de casos e/ou óbitos de 14 doenças para todo o território nacional” (BRASIL, 2003).

O SNVE, coerente com o momento em que foi criado, era baseado no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde, excluindo os municípios que, naquela época, não exerciam o papel de gestores de sistema de saúde. Em resposta ao perfil epidemiológico do momento em que foi criado, o SNVE atuava exclusivamente sobre as doenças transmissíveis.

A incorporação de outros objetos, como a vigilância de fatores de risco de doenças e agravos não transmissíveis (Dant), ainda é muito incipiente, só tendo efetivamente passado a adquirir contornos de uma atividade institucionalizada no Sistema Único de Saúde a partir do final dos anos 1990.

1.2 Evolução do conceito de Vigilância em Saúde

Na definição original, proposta pelo pioneiro A. LANGMUIR (1963), a vigilância correspondia, essencialmente, à detecção, análise e disseminação de informação sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo. Esse novo termo, vigilância (*surveillance*), foi utilizado, pela primeira vez, em abril de 1955, na denominação do Programa Nacional de Vigilância da Poliomielite, criado junto aos Centros de Controle de Doenças (CDC) para coletar, consolidar e disseminar informação epidemiológica sobre essa doença.

Anteriormente, no início da década de 1950, o governo americano havia criado um Serviço de Inteligência Epidêmica, junto ao CDC, para detectar precocemente e investigar casos e surtos de doenças transmissíveis. Essa atividade estava também relacionada com a preparação para a resposta a uma possível utilização de armas biológicas (CDC 1996).

A vigilância pode ser definida como sendo a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la (LANGMUIR, 1963).

A característica essencial da atividade de vigilância é, portanto, a existência de uma “observação contínua” e da “coleta sistemática” de dados sobre doenças. Em todos os conceitos posteriormente utilizados para definir essa atividade de saúde pública, até os da atualidade, essa é uma característica que sempre está presente.

LANGMUIR não considerava apropriado adicionar a qualificação epidemiológica à vigilância, por considerar que esse acréscimo poderia levar a uma confusão com a própria disciplina Epidemiologia. O primeiro autor a utilizar o conceito Vigilância Epidemiológica foi o médico tcheco K. RASKA, que havia implantado sistemas de vigilância de doenças no Instituto de Epidemiologia e Microbiologia de Praga, na década de 1960. RASKA define Vigilância Epidemiológica como “o estudo epidemiológico de uma enfermidade, considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos, o hospedeiro, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação da infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre” (RASKA 1966).

O conceito elaborado por RASKA é menos preciso que o de LANGMUIR, mas a denominação que ele utilizou, Vigilância Epidemiológica, ganhou legitimidade internacional ao ser empregada para designar a unidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1966. Essa unidade foi responsável pela disseminação da atividade de vigilância como um instrumento fundamental para tornar viável a erradicação da varíola.

O Dicionário de Epidemiologia, organizado por LAST (1988), por encomenda da Associação Internacional de Epidemiologia, com o objetivo de padronizar os conceitos utilizados na área, apresenta para o verbete vigilância de doenças um conceito semelhante ao de LANGMUIR, sem acrescentar o qualificativo epidemiológico.

A prática de vigilância naqueles primeiros anos, e até recentemente, em países como os Estados Unidos da América (EUA), tinha como produto final a elaboração de recomendações, como fica evidenciado na definição de LANGMUIR (1963), “regular disseminação dessas informações [sobre o comportamento das doenças] a todos que necessitam conhecê-las”, resultantes da análise dos dados, a ser transformada em medidas por outros agentes, e não pelos próprios integrantes da vigilância.

Os elementos essenciais da atividade de vigilância, que servem para caracterizá-la e diferenciá-la de outras práticas de saúde pública, são: (1) o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, o que a diferencia de estudos e levantamentos realizados de forma ocasional; (2) o foco dirigido para determinados resultados específicos, procurando estabelecer os objetivos e as metas a serem alcançadas; (3) a utilização de dados diretamente relacionados com práticas de saúde pública, particularmente os referentes à morbidade e à mortalidade, ainda que outras informações possam subsidiar a análise da situação de determinadas doenças e seus fatores de risco; e (4) o sentido utilitário, pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer o controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre a mesma (TACHKER & STROUP, 1997; FOEGE et al., 1976; SILVA JÚNIOR, 2004).

Em vários países, no entanto, inclusive no Brasil, desde o início, ocorreu um processo de atuação mais integrada entre as ações típicas de vigilância com a execução dos programas de prevenção e controle de doenças. Mais recentemente, no entanto, mesmo nos EUA, tem se fortalecido a necessidade de coordenação e integração entre a vigilância e as ações de resposta.

Outra questão importante foi o foco apresentado pelas ações de vigilância sobre as doenças transmissíveis. Apesar de nenhuma definição, técnica ou legal, restringir o objeto de ação da vigilância, na prática, só muito recentemente desenvolveram-se metodologias e técnicas adequadas a serem utilizadas para novos objetos, como a vigilância das doen-

ças e agravos não transmissíveis (Dant). É importante ressaltar que, nesse caso, o objetivo da vigilância, diferentemente da vigilância de doenças transmissíveis, não é conhecer cada caso individual para adotar medidas que evitem a propagação da doença, e sim, monitorar o comportamento de sua prevalência e de seus fatores de risco para propiciar a adoção de medidas de Promoção da Saúde (SILVA JÚNIOR et al., 2003).

Mais recentemente, pode ser percebida a utilização de denominações que buscam sintetizar de maneira mais apropriada essa necessidade de ampliação do objeto da Vigilância. O CDC e a OMS passam a utilizar o conceito de vigilância em saúde pública, da qual a vigilância de doenças transmissíveis seria apenas um dos componentes. Para o CDC, vigilância em saúde pública é a coleta contínua e sistemática, análise, interpretação e disseminação de dados relativos a eventos da saúde para uso na ação da saúde pública com o objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde (CDC, 2004).

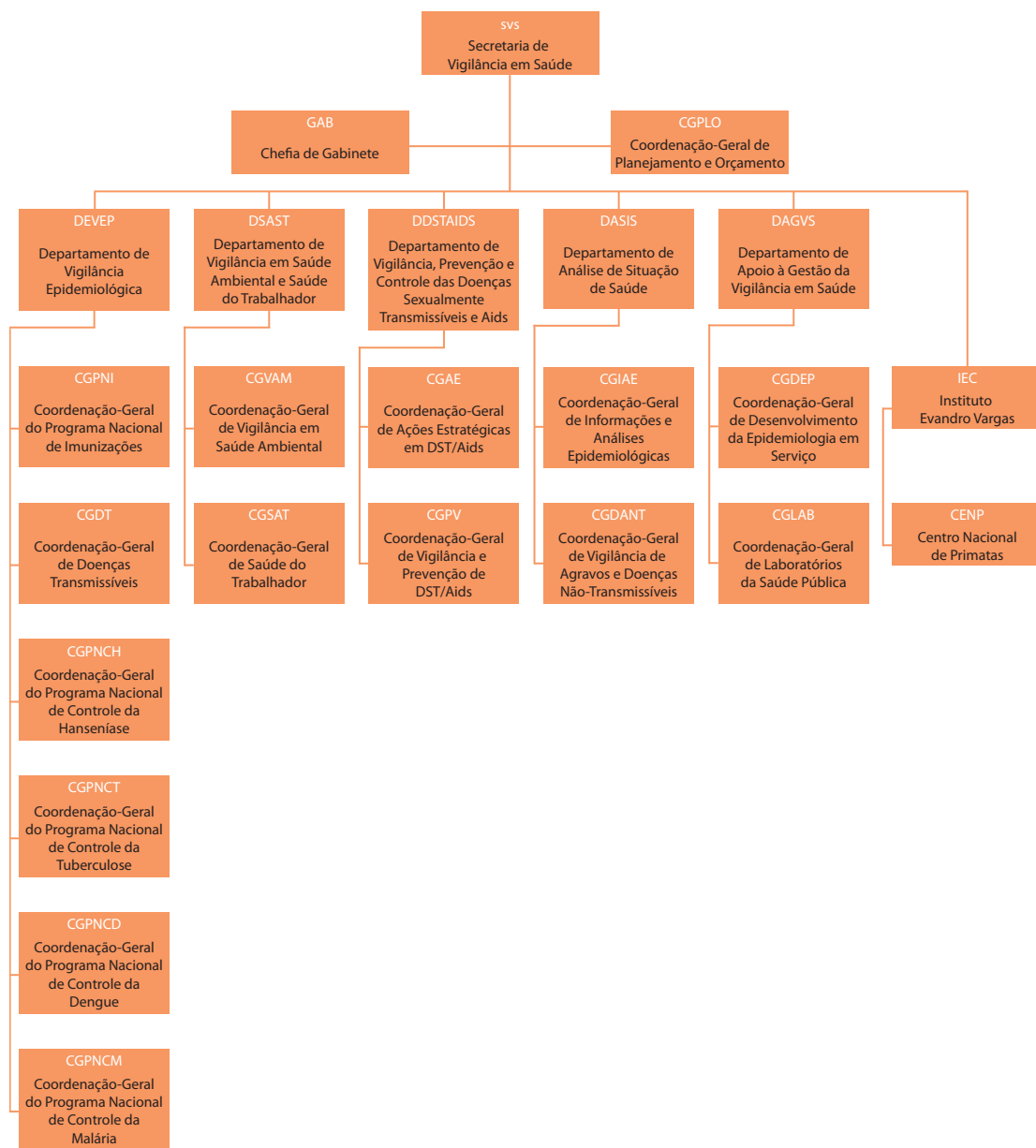
No Brasil, algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, a partir de meados dos anos 1990, passaram a utilizar a denominação vigilância à saúde ou vigilância da saúde para designar as novas unidades de suas estruturas organizacionais que promoveram a unificação administrativa entre a área de vigilância epidemiológica e as atividades a ela relacionadas, com as áreas de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador (PAIM, 2003).

Em 2003, o Ministério da Saúde reorganizou a área de epidemiologia e controle de doenças, com a extinção do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi) e a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta passou a reunir todas as atribuições do Cenepi e dos programas que integraram a extinta Secretaria de Políticas de Saúde: tuberculose, hanseníase, hepatites virais e as doenças sexualmente transmissíveis e Aids (BRASIL, 2003a).

A alteração na denominação correspondeu a uma importante mudança institucional, de reunir todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura, e consolidar o processo de ampliação do objeto da Vigilância.

O objetivo foi buscar responder melhor aos desafios colocados pelo perfil epidemiológico complexo que se apresenta nos anos recentes. A adoção do conceito de Vigilância em Saúde procurou simbolizar essa nova abordagem, mais ampla do que a tradicional prática de Vigilância Epidemiológica, tal como foi efetivamente construída no país, desde a década de 1970.

Figura 1: ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE CONFORME O DECRETO N. 6.860, DE 27 DE MAIO DE 2009



FONTE: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31745. Acesso em 24/8/2010.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, as ações de vigilância epidemiológica, restritas ao controle de doenças transmissíveis, eram conduzidas pelo Ministério da Saúde. Apenas os estados integravam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, criado em 1975 (Lei n. 6.529, 1976), e cabia-lhes executar as ações definidas pela União. Situação semelhante ocorria no desenvolvimento das ações de vigilância sanitária. Nessa época, as ações de vigilância ambiental eram praticamente inexistentes no âmbito do sistema público de saúde.

A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica iniciou-se em dezembro de 1999, momento marcado pela publicação da Portaria Ministerial 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica 01/96 quanto às competências da União, estados e municípios na área de epidemiologia e controle de doenças, resultante de intensos debates nas instâncias de pactuação intergestores do SUS. Já na Vigilância Sanitária esse processo começou com a publicação da Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e atribuiu competência à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, para que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de Vigilância Sanitária. A celebração do Termo de Ajuste e Metas (TAM), em 2000, entre a Anvisa e os estados, pactuou metas e através da Portaria GM/MS n. 145, de 31/1/2001, regulamentou a transferência de recursos fundo a fundo para a média e alta complexidade para estados. Complementando esse processo, a Portaria n. 2.473, de 29 de dezembro de 2003, buscou estimular a adesão dos municípios para a execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária – MAC/VISA, repassando também recursos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde.

Em 2004, novo instrumento normativo foi publicado, a Portaria Ministerial n. 1.172, indicativo dos esforços de aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância. Nesse instrumento, definem-se as atividades denominadas de Vigilância em Saúde, a saber: vigilância de doenças transmissíveis, vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e de seus fatores de risco, vigilância ambiental em saúde e vigilância da situação de saúde. No entanto, conforme já foi citado, vários estados e municípios incorporaram também a vigilância sanitária e a vigilância à saúde do trabalhador como atividades precípuas da Vigilância em Saúde.

A necessidade de potencializar o processo de descentralização das ações de vigilância tendo em vista o Pacto pela Saúde é traduzida na atualização dos atos normativos da Vigilância em Saúde através da Portaria Ministerial n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009, (BRASIL, 2009). Nessa portaria estados, Distrito Federal e municípios são fortalecidos no papel de gestores da vigilância, bem como se ampliam as ações denominadas de Vigilância em Saúde, abrangendo:

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

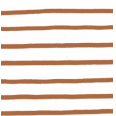
Promoção da Saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;

Vigilância da situação de saúde: desenvolve ações de monitoramento contínuo do País, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente;

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

Vigilância da Saúde do Trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos; e

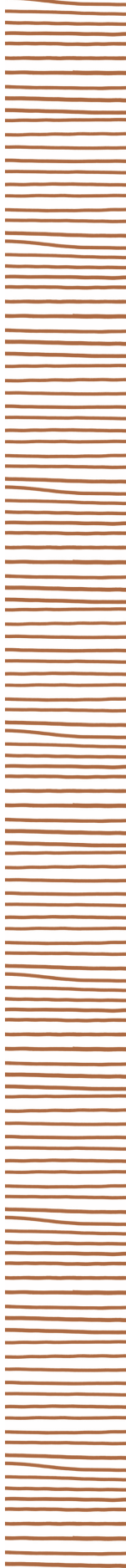
Vigilância Sanitária: conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo, que, direta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



2

PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DO BRASIL

- 2.1 **Introdução**
- 2.2 **Determinantes sociais em saúde segundo regiões brasileiras**
- 2.3 **Mudanças no perfil demográfico**
- 2.4 **Mudanças no perfil epidemiológico**





2 PERFIL DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DO BRASIL

2.1 Introdução

Nas últimas décadas, a população brasileira experimentou importantes mudanças em seu padrão demográfico e epidemiológico. Queda importante da fecundidade, aliada ao grande incremento da expectativa de vida, aumento da relevância das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas são manifestações contemporâneas dessas mudanças. Por outro lado, a persistência de antigos problemas de saúde pública e o surgimento de novas formas de adoecer e morrer por doenças transmissíveis emergentes e reemergentes adicionam complexidade a essa realidade. Todos esses fatos impõem ao setor saúde um cenário com novos e grandes desafios.

Por ser dinâmico e complexo, esse cenário exige análise contínua da situação da saúde das populações, a fim de orientar a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), auxiliando na redefinição de prioridades, predição de cenários futuros e avaliação das intervenções em saúde implementadas.

A prática da Vigilância em Saúde, também, tem sido aprimorada quando influenciada pelas evidências produzidas, em grande medida, por suas próprias ações, incluindo a observação e uso de informações sobre a magnitude dos problemas de saúde e seus determinantes, as disparidades de risco entre pessoas, entre momentos no tempo e entre regiões distintas, assim como a influência das desigualdades e do contexto social e econômico na saúde das populações brasileiras.

Este capítulo tem por objetivo destacar as principais mudanças no cenário demográfico e epidemiológico do Brasil e em suas regiões, em anos recentes, e discutir o seu uso para a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil. Os dados e informações aqui apresentados são, em sua maioria, oriundos dos sistemas nacionais de informação em saúde gerenciados pelo Ministério da Saúde e de bases de dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esses dados e informações são de domínio público (www.datasus.gov.br) e permitem análises em diferentes níveis de desagregação (ex. município, estado).

2.2 Determinantes sociais em saúde segundo regiões brasileiras

Avanços nos indicadores de desenvolvimento econômico e social, combinados ao aprimoramento de aspectos quantitativos (oferta, uso e cobertura) e qualitativos do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo as ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças nas diferentes regiões, resultaram em inquestionável impacto na qualidade de vida das populações brasileiras.

Incremento expressivo no acesso à rede geral de instalações sanitárias, à rede geral de água, à coleta de lixo, à escolaridade de boa qualidade e à redução da pobreza extrema são alguns exemplos desses avanços. Paralelamente, avanços na busca de universalidade das ações do SUS e o aprimoramento da efetividade dos programas e políticas de saúde têm sido perseguidos. Apesar desses avanços, persistem desigualdades que devem ser discutidas e enfrentadas.

Entre 1991 e 2000, o acesso ao saneamento básico na área urbana foi ampliado para grande parcela da população brasileira (Tabela 1). A prevalência percentual da população urbana sem acesso às instalações sanitárias reduziu de 4,3%, em 1991, para 2,5%, em 2000. As regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste que já apresentavam valores baixos em 1991 reduziram ainda mais o percentual de suas populações urbanas sem acesso às instalações sanitárias em 2000. A região Nordeste ainda apresenta 6,2% de sua população urbana sem instalações sanitárias. Os diferenciais entre as regiões aumentaram no período. Em 1991, a região Nordeste apresentou uma prevalência da população urbana sem instalação sanitária 5,9 vezes, maior do que na região Sul. Já em 2000, essa razão de prevalências foi de 10,3.

Tabela 1 PERCENTUAL DA POPULAÇÃO URBANA SEM INSTALAÇÃO SANITÁRIA, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL - 1991 E 2000

REGIÃO	1991	2000	% VARIAÇÃO
Região Norte	4,4	4,0	-10,7
Região Nordeste	9,5	6,2	-34,7
Região Sudeste	1,6	0,6	-61,0
Região Sul	2,3	0,8	-66,2
Região Centro-Oeste	3,4	1,5	-55,5
Brasil	4,3	2,5	-41,1
Razão de prevalências *	5,9	10,3	

FONTE: IBGE

Obs.: * razão das proporções entre as regiões Nordeste e Sul do Brasil

No Brasil, a prevalência da população residente com acesso à rede geral de água no

domicílio e/ou propriedade/terreno ampliou de 67,5%, em 1991, para 75,2%, em 2000 (Tabela 2). No período analisado (1991 a 2000), a região Nordeste foi a que apresentou maior incremento desse indicador (25,8%). A região Norte apresentou incremento de apenas 7,8% desse indicador no período de 1991 a 2000, culminando com o menor percentual da população residente com acesso à rede geral de água canalizada em 2000 (46,5%), quando comparada às demais regiões. Os diferenciais entre as regiões brasileiras em relação a esse indicador são persistentes, sendo que a região Sudeste apresenta uma prevalência quase duas vezes maior (1,9) que aquela apresentada pela região Norte, tanto no ano de 1991 como no ano de 2000.

Tabela 2 PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM REDE GERAL DE ÁGUA CANALIZADA EM PELO MENOS UM CÔMODO E/OU NA PRÓPRIEDADE/TERRENO, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 1991 E 2000

REGIÃO	1991	2000	% VARIAÇÃO
Região Norte	43,14	46,52	7,85
Região Nordeste	51,01	64,18	25,81
Região Sudeste	82,74	86,98	5,12
Região Sul	68,28	78,46	14,91
Região Centro-Oeste	64,54	71,83	11,29
Brasil	67,50	75,20	11,40
Razão de prevalências *	1,9	1,9	-

FONTE: IBGE

Obs.: * razão das proporções entre as regiões Nordeste e Sul do Brasil

A escolaridade persiste, ainda nos dias de hoje, como um dos principais fatores associados à saúde e ao bem-estar das populações brasileiras. Têm sido descritas associações entre baixos níveis de escolaridade das populações dos estados e municípios brasileiros e maior risco de morte infantil, maior risco de morte por causas externas e maior risco de doenças infecciosas (BRASIL, 2004-2005; DUARTE et al., 2002). Foram observados ganhos expressivos na proporção de adultos (20 anos ou mais de idade) alfabetizados de 1991 (78,9%) a 2000 (84,8%) – Tabela 3. As regiões Nordeste e Norte foram as que apresentaram maiores incrementos desse indicador, apresentando um aumento relativo da proporção de população adulta alfabetizada de 17% e 11%, respectivamente, no período analisado. Como maior incremento desse indicador foi observado que nas regiões com mais baixos valores do indicador em 1991, as discrepâncias regionais (razão entre região Sul e Nordeste) reduziram ligeiramente, passando de 1,4 em 1991 para 1,3 em 2000.

Tabela 3 PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM 20 ANOS DE IDADE OU MAIS ALFABETIZADA, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 1991 E 2000.

REGIÃO	1991	2000	% VARIAÇÃO
Região Norte	73,35	81,45	11,0
Região Nordeste	60,28	70,53	17
Região Sudeste	86,87	90,89	4,6
Região Sul	86,82	91,38	5,2
Região Centro-Oeste	81,41	87,71	7,7
Brasil	78,88	84,84	7,6
Razão de prevalências *	1,4	1,3	-

FONTE: IBGE

Obs.: * razão das proporções entre as regiões Nordeste e Sul do Brasil

Igualmente aos demais indicadores analisados, também os serviços de coleta de lixo tiveram ampliação de suas coberturas nas regiões brasileiras (Tabela 4), atingindo 71% da população brasileira em 2000. As regiões Norte e Nordeste, apesar de apresentarem cerca de apenas metade de sua população com acesso aos serviços de coleta de lixo, foram também as que apresentaram maiores incrementos desse serviço no período de 1991 a 2000. Devido a esse fato, a desigualdade regional quanto a esse indicador reduziu de 2,5 (excesso de cobertura da população com serviços de coleta de lixo na região Sudeste em relação à região Norte) em 1991, para 1,7, em 2000.

Tabela 4 PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COM LIXO COLETADO POR SERVIÇO DE LIMPEZA, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 1991 E 2000

REGIÃO	1991	2000	% VARIAÇÃO
Região Norte	29,0	49,0	69,09
Região Nordeste	32,4	50,2	55,06
Região Sudeste	72,1	84,6	17,30
Região Sul	63,1	79,7	26,24
Região Centro-Oeste	59,2	77,3	30,52
Brasil	55,5	71,0	27,96
Razão de prevalências *	2,5	1,7	-

FONTE: IBGE

Obs.: * razão das proporções entre as regiões Sudeste e Norte do Brasil

2.3 Mudanças no perfil demográfico

2.3.1 Fecundidade geral e específica, expectativa de vida, estrutura populacional segundo regiões e envelhecimento populacional

Nos últimos anos, o Brasil experimentou enormes mudanças em seu padrão reprodutivo e em sua estrutura populacional. De forma geral, a mortalidade precoce manteve sua tendência histórica de declínio e a expectativa de vida foi ampliada. Além disso, a taxa de fecundidade, após longa trajetória de estagnação em altos níveis até meados da década de 1960, caiu de forma dramática, atingindo em anos recentes o limiar de reposição populacional (2,1 filhos por mulher) em vários estados brasileiros. Autores têm destacado que o declínio de fecundidade experimentado pelo Brasil nos últimos 30 anos é semelhante ao que foi vivenciado pelos países desenvolvidos, em processos que duraram de 80 a 100 anos. Dessa forma, destaca-se o Brasil como um dos países que vivenciaram uma das transições da fecundidade mais rápidas do mundo (SIMÕES, 2006).

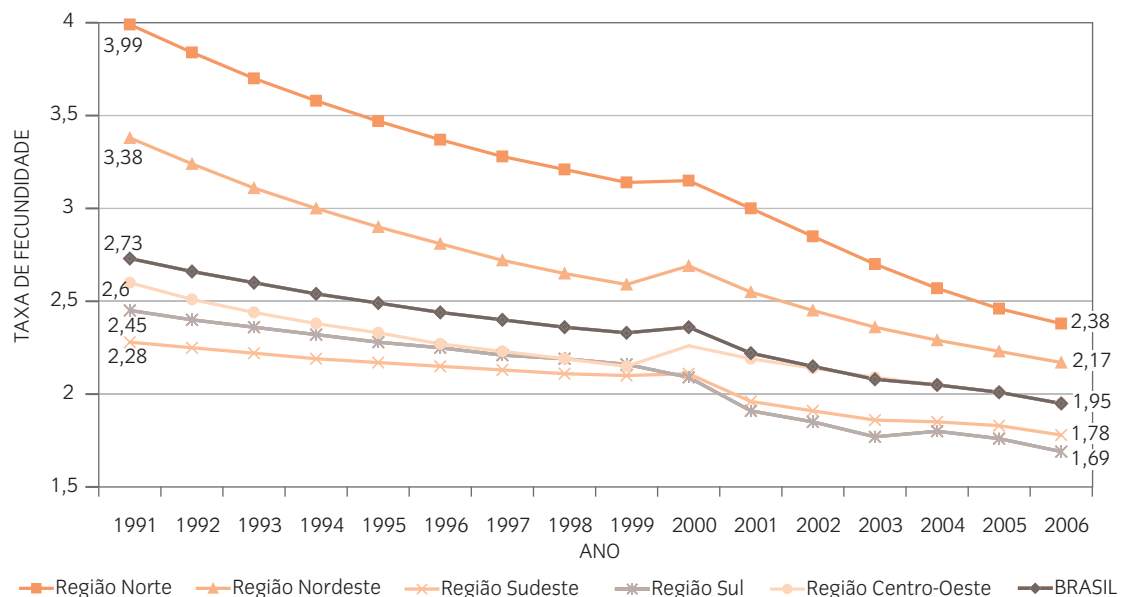
Entre os determinantes dessa transição demográfica acelerada no Brasil destacam-se os padrões de desenvolvimento econômico, social e político-institucional – incluindo a intensificação da urbanização, a inserção da mulher no mercado de trabalho e os custos implícitos da reprodução e manutenção dos filhos – assim como os fatores inibidores da fecundidade, incluindo nestes o maior conhecimento e acesso aos métodos contraceptivos e a grande difusão da esterilização feminina nas décadas de 1970 e 1980 (SIMÕES, 2006).

Como consequência, a composição da população do Brasil envelheceu rapidamente, apresentando crescimento da representatividade dos idosos e declínio da representatividade das crianças no total da população. Esses fatos geraram também demandas urgentes para a sociedade como um todo, mas particularmente para o sistema de saúde, no que se refere à promoção e recuperação da Saúde, à prevenção de doenças e incapacidades para o prolongamento da vida com qualidade, à atenção adequada às demandas específicas e inclusão social dos idosos brasileiros.

As principais mudanças no perfil demográfico da população brasileira são destacadas a seguir:

A taxa de fecundidade total média, em 1970, era de 5,8 filhos por mulher (residentes de 15 a 49 anos de idade) (BRASIL, 2004). Essa taxa foi reduzida para 2,4 filhos, em 2000 e para 2,0 filhos, em 2006 (Figura 2), com uma redução de -66% nesse indicador nos últimos 36 anos (1970-2006). Em 2006, as regiões Sudeste (1,8 filho por mulher), Sul (1,7) e Centro-Oeste (2,0) já apresentavam valores, para esse indicador, inferiores ao limiar de reposição populacional (2,1 filhos por mulher).

Figura 2 NÚMERO MÉDIO DE FILHOS POR MULHER POR ANO, SEGUNDO REGIÕES BRASILEIRAS, 1991 A 2006

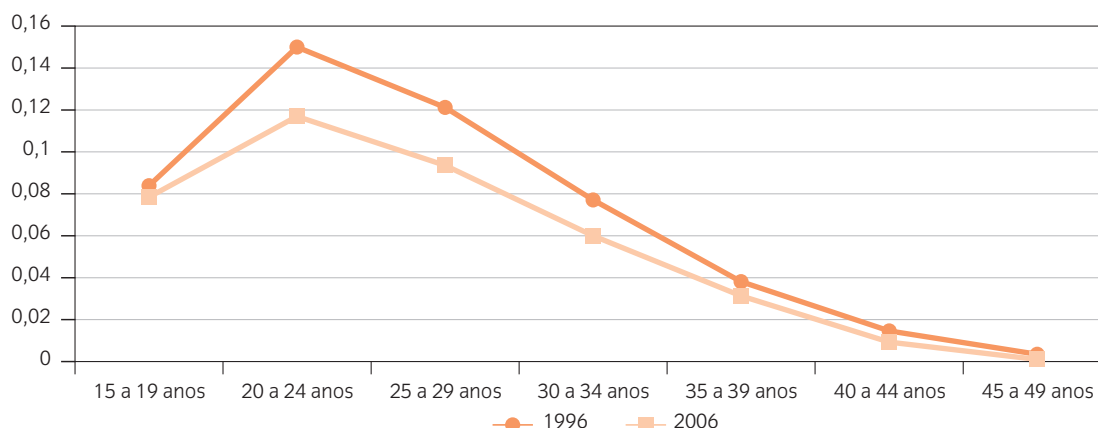


FONTE: Indicadores e Dados Básicos – Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde

Obs.: * Indicador baseado em estimativas (IBGE/Projeções demográficas preliminares) e Dados Diretos (MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos).

Essa queda de fecundidade foi observada em todos os grupos de idade (Figura 3). Merece destaque, no entanto, o grupo das adolescentes de 15 a 19 anos de idade, que, ao contrário dos demais grupos etários, apresentou incremento desse indicador de 1970 (0,075 filho por adolescente) até o ano de 2000 (0,0907) em +21% (Figura 4). Apenas mais tardiamente, a partir desse ano de 2000, a taxa específica de fecundidade estimada para as adolescentes inicia também tendência de declínio, atingindo 0,0784 filho por adolescente, em 2006, com uma redução de -14% em relação a 2000.

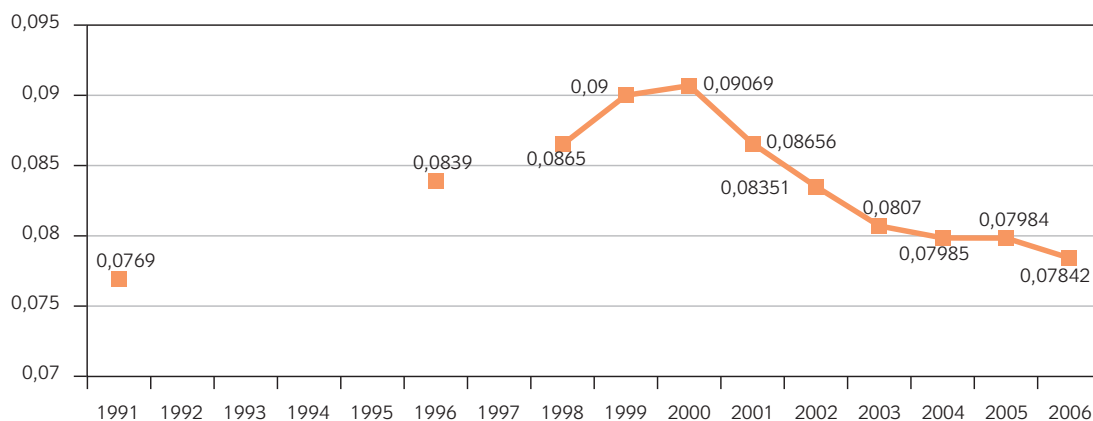
Figura 3 TAXA DE FECUNDIDADE ESPECÍFICA POR IDADE, BRASIL, 1996 E 2006



FONTE: Indicadores e Dados Básicos – Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde

Obs.: * Indicador baseado em estimativas (IBGE/Projeções demográficas preliminares) e Dados Diretos (MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos).

Figura 4: TAXA DE FECUNDIDADE ESPECÍFICA PARA ADOLESCENTES DE 15-19 ANOS DE IDADE, BRASIL, 1991, 1996 E DE 1998 A 2006

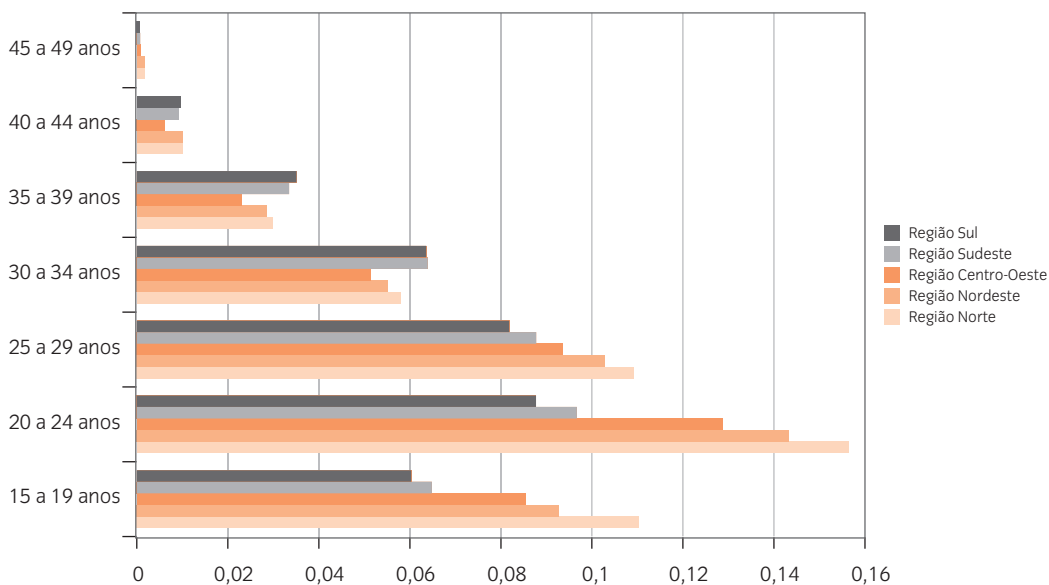


FONTE: Indicadores e Dados Básicos – Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde

Obs.:* Indicador baseado em estimativas (IBGE/Projeções demográficas preliminares) e Dados Diretos (MS/SVS –Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). Dados de 1991: Ministério da Saúde: Saúde Brasil, 2004. O gráfico apresenta somente as informações disponíveis.

Em 2006, as regiões que apresentavam as maiores taxas de fecundidade específica, entre menores de 25 anos de idade, foram as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Figura 5). Também nesse mesmo ano, merecem destaque os altos valores assumidos pelas taxas de fecundidade de adolescentes (15 a 19 anos) nessas regiões: Norte, com 0,110; Nordeste, com 0,093; e Centro-Oeste, com 0,085 filho por adolescente.

Figura 5 TAXA ESPECÍFICA DE FECUNDIDADE SEGUNDO REGIÕES BRASILEIRAS, 2006



FONTE: Indicadores e Dados Básicos – Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde

Obs.: *Indicador baseado em estimativas (IBGE/Projeções demográficas preliminares) e Dados Diretos (MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos)

Paralelamente à marcante queda da fecundidade, observou-se persistência na redução da mortalidade geral no Brasil – de 6,3 óbitos por mil habitantes em 1980, para 5,6 óbitos por mil habitantes, em 2001 – e consequente aumento da expectativa de vida dos brasileiros, atingindo 68,8 e 76,4 anos para homens e mulheres, em 2007, respectivamente (Figuras 6 e 7).

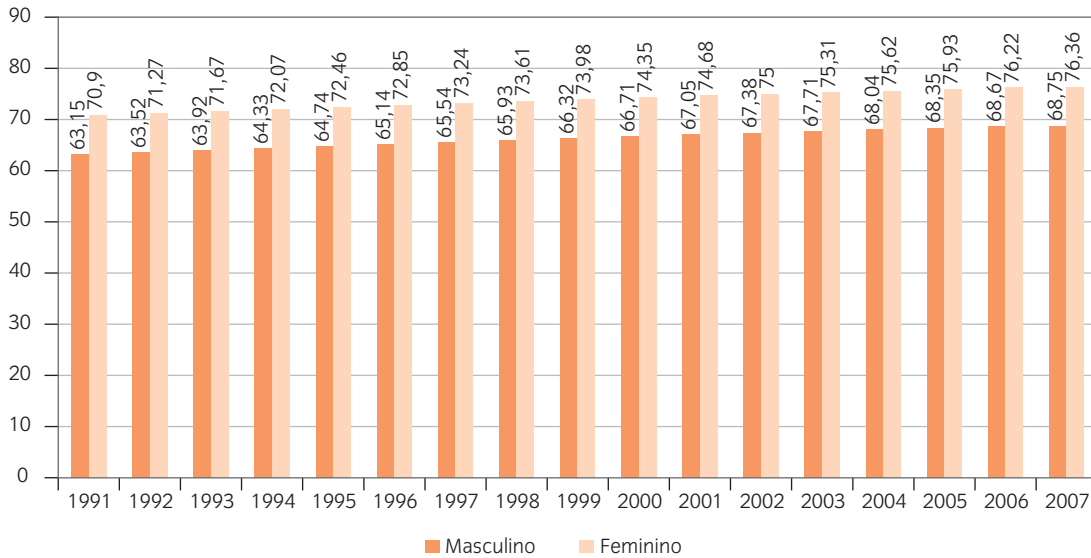
Apesar dos avanços, grandes diferenciais entre homens e mulheres e entre regiões ainda persistem (Figuras 6 e 7).

As mulheres brasileiras apresentavam expectativa de vida média (76,4 anos) superior em 7,6 anos em relação aos homens (68,8 anos) em 2007. Em 1991, esse diferencial entre os sexos era menor (6,9 anos). A sobremortalidade dos homens em todas as faixas de idade, mas especialmente no grupo de adultos jovens – devido às altas taxas de mortalidade por homicídios e acidentes de trânsito –, contribui de maneira marcante para esses diferenciais.

A região Nordeste apresentava, em 2007, expectativa de vida média para ambos os sexos (69,6 anos) ainda pouco inferior aos valores assumidos por esse indicador 16 anos antes (em 1991) na região Sul (70,4 anos). As grandes diferenças regionais apontam para a persistência de excessos importantes de mortalidade precoce evitável em algumas regiões do Brasil,

a ponto de influenciar a experiência de sobrevivência de suas populações. Cabe ressaltar, porém, que essa desigualdade vem se reduzindo, tendo ocorrido um maior incremento na expectativa média de vida (11%) na região Nordeste em relação às outras regiões (7,6% nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, 7% na região Norte e 6,1% na região Sul).

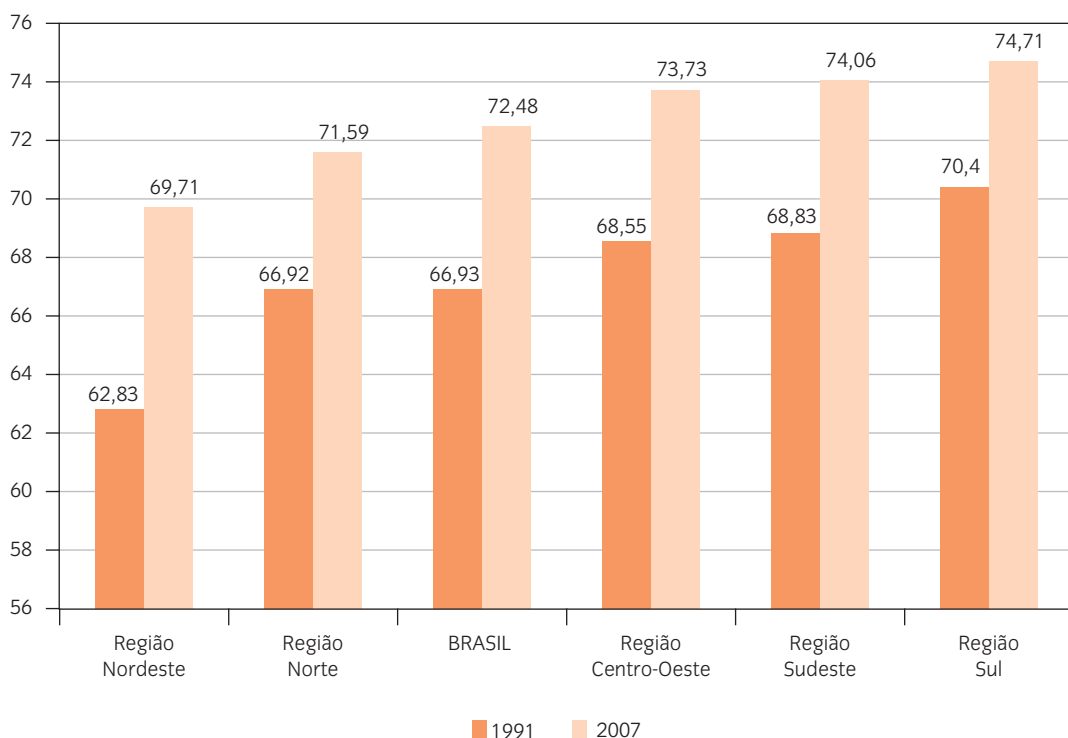
Figura 6 EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER (EM ANOS) ENTRE HOMENS E MULHERES, BRASIL, 1991 A 2007



FONTE: Indicadores e Dados Básicos – Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde

Obs.:*Indicador baseado em estimativas (IBGE/Projeções demográficas preliminares)

Figura 7 EXPECTATIVA MÉDIA DE VIDA AO NASCER (AMBOS OS SEXOS) SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 1991 E 2007

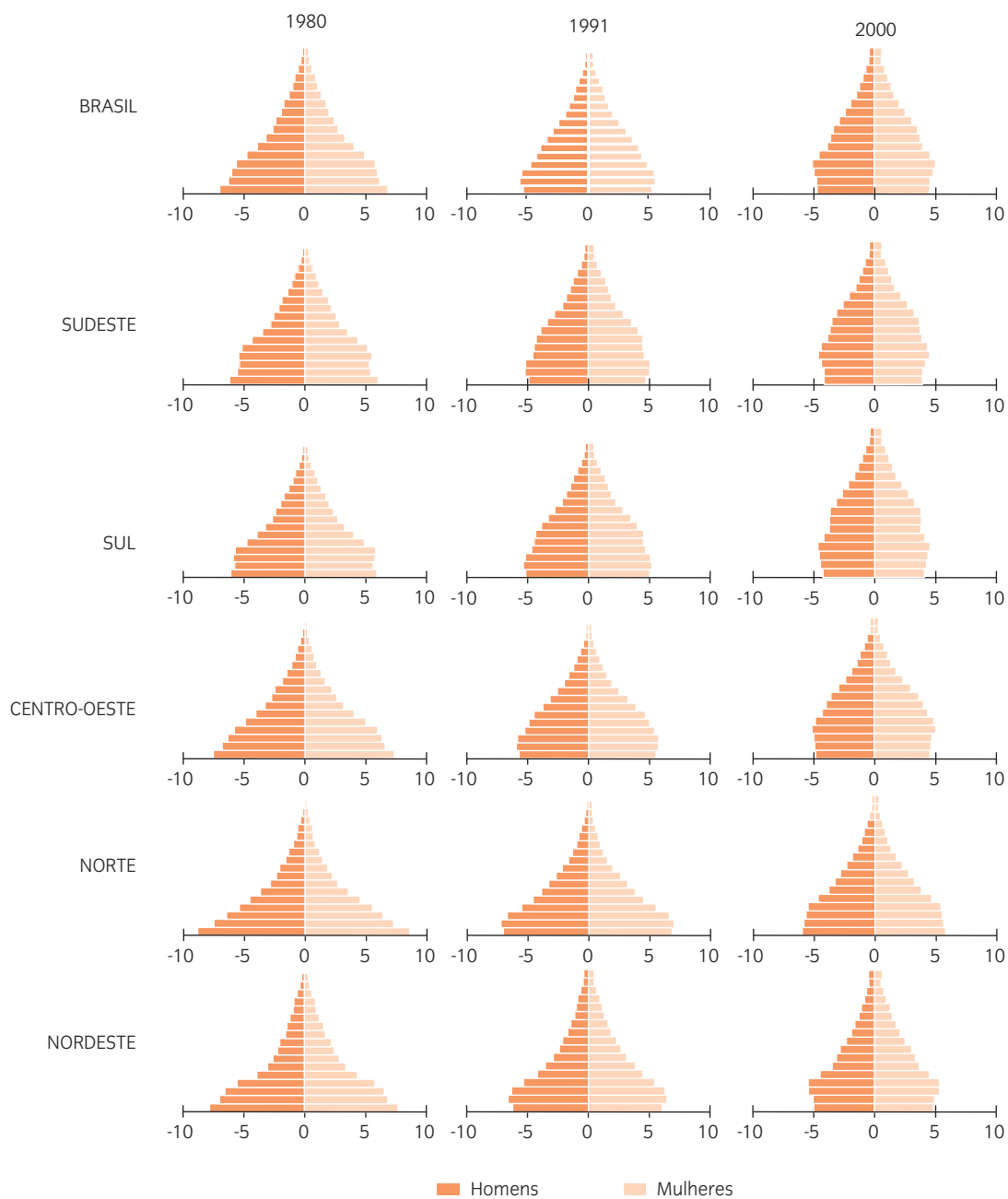


FONTE: Indicadores e Dados Básicos – Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde

Obs.: *Indicador baseado em estimativas (IBGE/Projeções demográficas preliminares)

Como consequências, são evidenciados diferentes estágios de transição demográfica nas regiões brasileiras, exemplificados por variações regionais nas mudanças da composição etária das populações nas últimas décadas (Figura 8). Nas pirâmides populacionais das regiões Sul e Sudeste, é possível observar a evolução rápida de mudança de suas composições populacionais nesses últimos 20 anos, com afilamento marcante de suas bases (menor proporção de crianças menores de 5 anos de idade) e alargamento de seus ápices (maior proporção de idosos). Já para a região Norte, continua persistente em 2000 a composição etária populacional semelhante àquela observada para a média do Brasil de 1980.

Figura 8 ESTRUTURA ETÁRIA (% DA POPULAÇÃO SEGUNDO GRUPOS DE IDADE) DA POPULAÇÃO DO BRASIL EM REGIÕES, SEGUNDO SEXO, NOS ANOS CENSITÁRIOS DE 1980, 1991 E 2000



2.4 Mudanças no perfil epidemiológico

Evolução da mortalidade e descrição das desigualdades regionais em saúde.

2.4.1 Mortalidade

2.4.1.1 MORTALIDADE PROPORCIONAL

Várias publicações têm analisado em detalhe as mudanças observadas no padrão de mortalidade da população brasileira nas últimas décadas (SILVA JÚNIOR, 2003; BRASIL, 2004, 2005a; DUARTE et al., 2002).

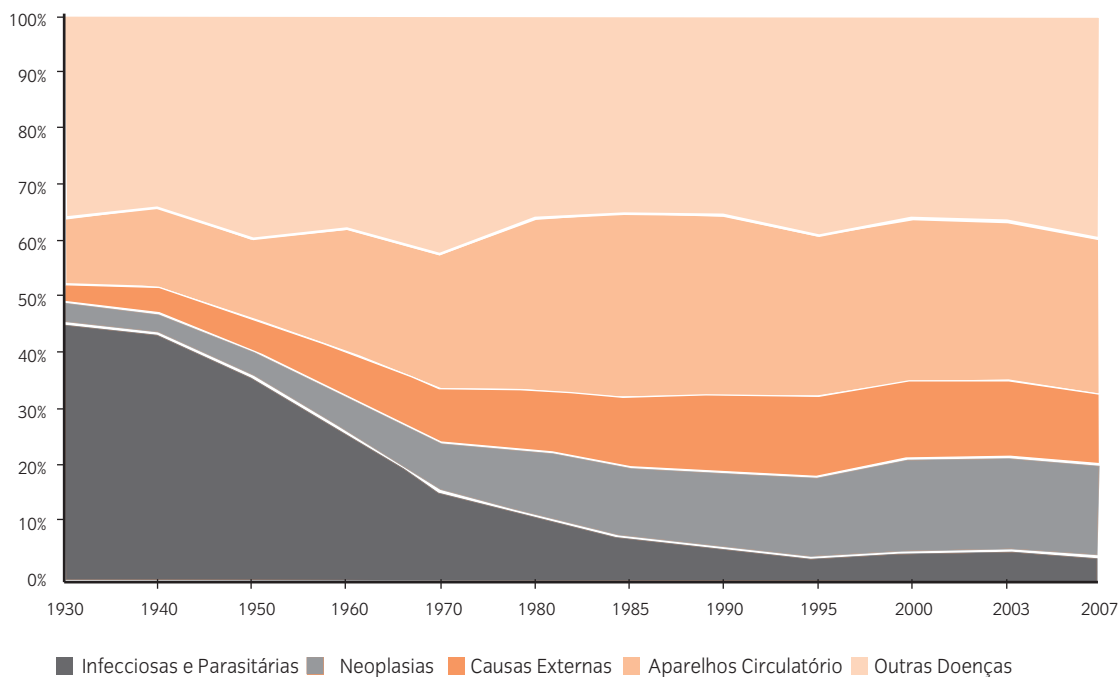
Redução importante da representatividade das mortes por doenças infecciosas e parasitárias, incremento das neoplasias, causas externas e doenças do aparelho circulatório são tendências históricas marcantes no perfil da mortalidade da população brasileira desde 1930 (Tabela 5, Figura 9). Essas mudanças são persistentes até os anos recentes, apesar de apresentar um padrão mais lento de mudança (Figuras 10 e 11).

Tabela 5 MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) POR CAUSAS SELECIONADAS EM CAPITALS BRASILEIRAS 1930, 1970 E 2004.

CAUSAS	1930	1970	2004
Infeciosas e parasitárias	46	16	5,2
Neoplasias	3	8	16,4
Causas extremas	3	9,5	13
Aparelho circulatório	12	24	26
Outras doenças	36	42,5	36,4

FONTE: Adaptado de Silva Júnior JB in Rouquayrol e Almeida, 2003

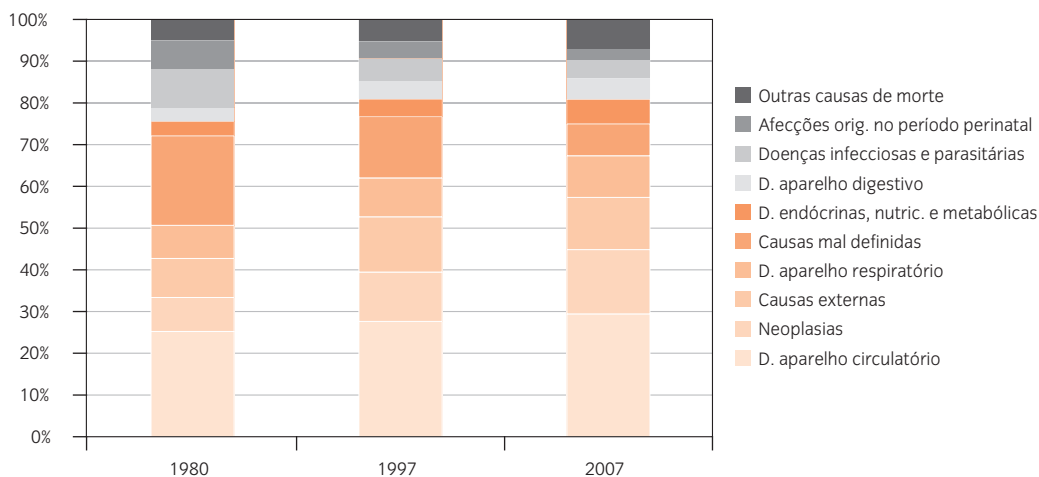
Figura 9: MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS, BRASIL, 1930-2007*



FONTE: SVS / MS (Adaptado de Silva Junior, J.B. in Rouquayrol e Almeida, 2003)

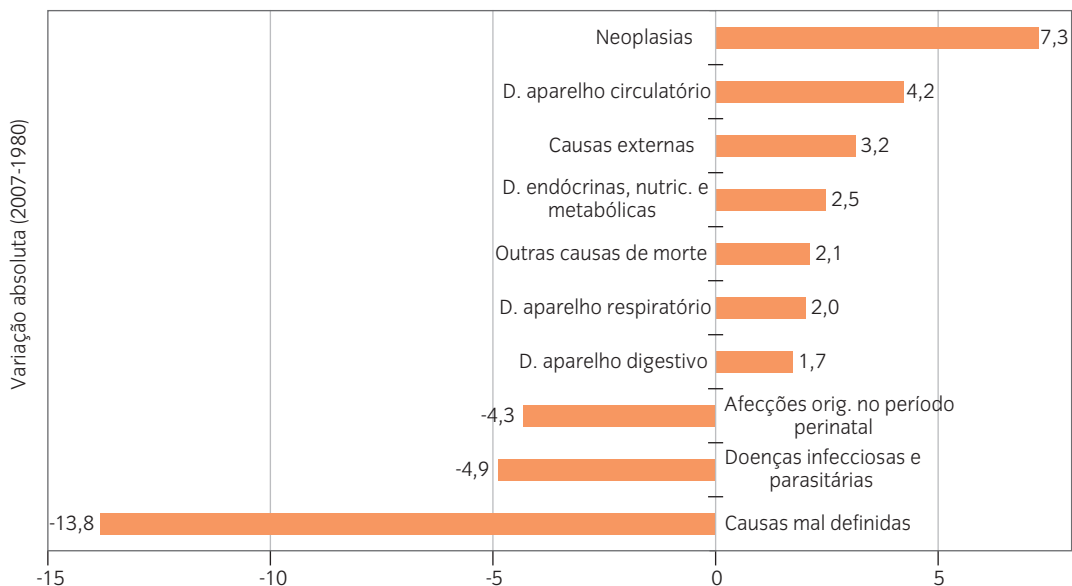
Obs.: * Até 1970 os dados referem-se somente às capitais

Figura 10 MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE NO BRASIL, 1980, 1997 E 2007



FONTE: SVS / Ministério da Saúde

Figura 11 VARIAÇÃO (ABSOLUTA) DA MORTALIDADE PROPORCIONAL DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSAS DE MORTE NO BRASIL, 2007 - 1980



FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Comparando a mortalidade proporcional segundo grupos de causas para os homens e mulheres, nas últimas décadas, as seguintes observações emergem:

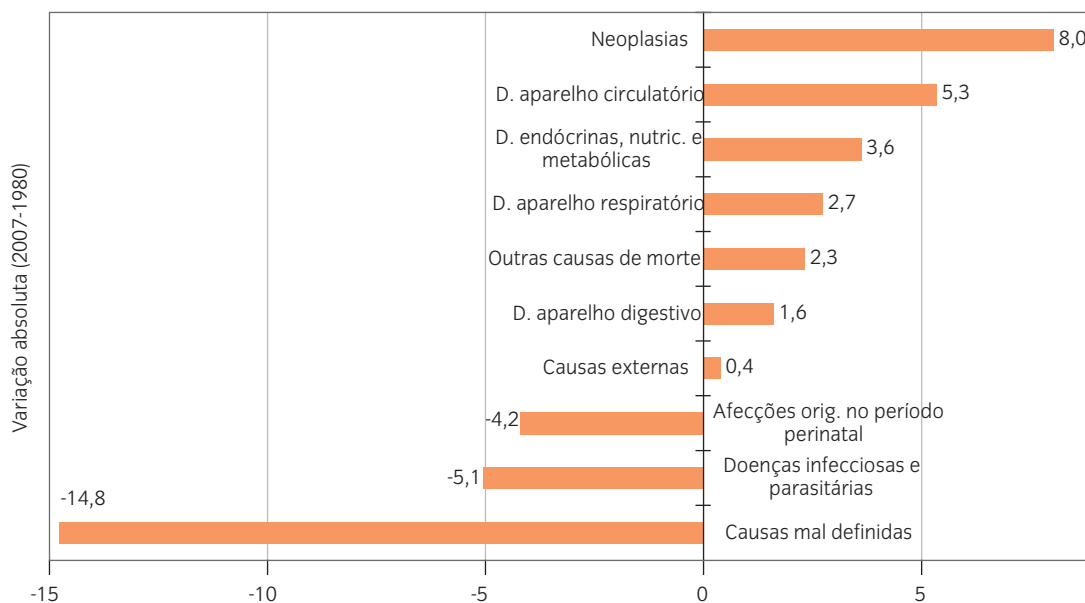
Entre as mulheres (Figura 12), observou-se, no período de 1980 a 2007, redução absoluta da representatividade das mortes por:

- I. causas mal definidas, em -14,8%;
- II. doenças infecciosas e parasitárias, em -5,1%;
- III. afecções originadas no período perinatal, em -4,2%.

Ainda entre as mulheres (Figura 12), observou-se no mesmo período aumento absoluto da representatividade das mortes por:

- I. neoplasias, em +8,0%
- II. doenças do aparelho circulatório, em +5,3%;
- III. doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em +3,6%;
- IV. doenças do aparelho respiratório, em +2,7%;
- V. doenças do aparelho digestivo, em +1,6%;
- VI. causas externas, em +0,4%.

Figura 12 DIFERENÇA (ABSOLUTA) ENTRE 2007 E 1980 DA MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS, SEXO FEMININO, BRASIL



FONTE: SVS / Ministério da Saúde

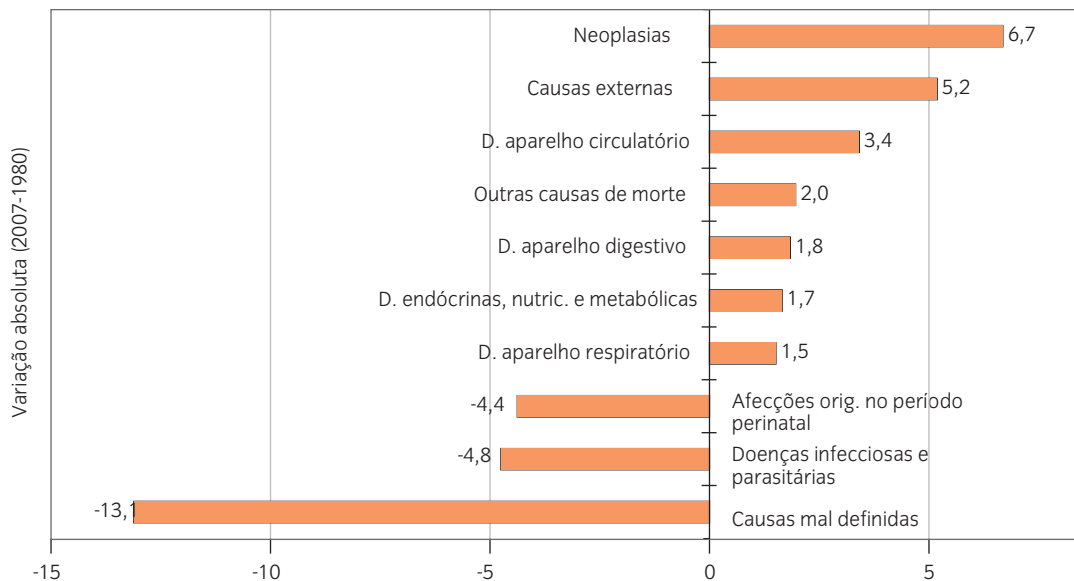
Entre os homens (Figura 13), observou-se, no período de 1980 a 2007, redução absoluta da representatividade das mortes por:

- I. causas mal definidas, em -13,1%;
- II. doenças infecciosas e parasitárias, em -4,8%;
- III. afecções originadas no período perinatal, em -4,4%.

Ainda entre os homens (Figura 13), observou-se, no mesmo período, aumento absoluto da representatividade das mortes por:

- I. neoplasias, em +6,7%;
- II. causas externas, em +5,2%;
- III. doenças do aparelho circulatório, em +3,4%;
- IV. doenças do aparelho digestivo, em +1,8%;
- V. doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em +1,7%;
- VI. doenças do aparelho respiratório, em +1,5%;

Figura 13 DIFERENÇA ABSOLUTA ENTRE 2007 E 1980 DA MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) SEGUNDO GRUPO DE CAUSAS, NO SEXO MASCULINO, BRASIL

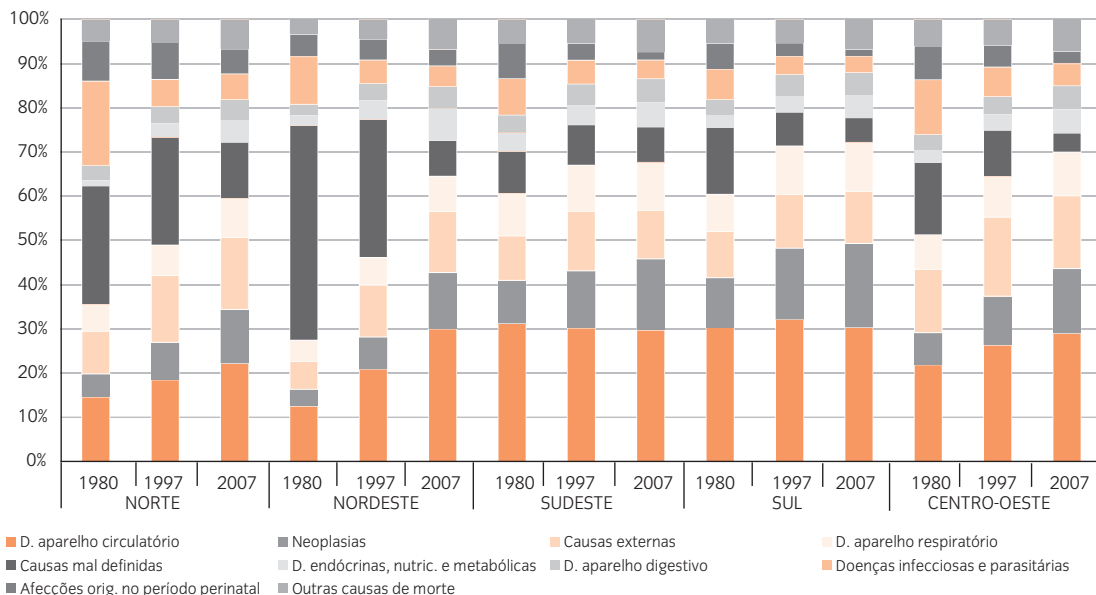


FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Na Figura 14 estão apresentados os diferenciais da mortalidade proporcional segundo regiões. Observa-se que nas regiões Norte e Nordeste existe maior representatividade das mortes por causas mal definidas, apresentando, no entanto, tendência marcante de redução nesse período. Nessas mesmas regiões, as causas definidas de morte mais frequentes, respectivamente, são as doenças do aparelho circulatório, as causas externas e neoplasias, com tendência de crescimento em anos recentes. Nessas mesmas regiões, nota-se uma redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias.

Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, as mortes por causas mal definidas perdem representatividade. Essas regiões caracterizam-se por ter maior representatividade da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas. Destaca-se o fato de que nas três regiões as neoplasias apresentam tendência de crescimento, assim como as doenças do aparelho circulatório na região Centro-Oeste (Figura 14).

Figura 14 MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS E REGIÕES DO BRASIL, 1980, 1997 E 2007



FONTE: SVS/Ministério da Saúde

2.4.1.2 MORTALIDADE INFANTIL

Redução importante da magnitude do coeficiente da mortalidade infantil (CMI) no Brasil foi observada no período de 1990 (47,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos – nv) a 2006 (20,7 óbitos por 1.000 nv), com uma redução de 56% (Tabela 6). Todas as regiões do Brasil apresentaram redução importante do CMI no período de 1990 a 2006. A região com maior queda foi o Nordeste (-60,8%) e as regiões com menores reduções no período foram o Centro-Oeste (-48,5%) e o Norte (-50,5%).

Uma vez que a região com maiores valores do CMI em 1990 apresentou melhor desempenho de redução no período até 2006, também as desigualdades regionais reduziram ligeiramente de 1990 para 2006. No início do período o Nordeste apresentava um CMI 2,74 vezes maior que o Sul e, no final, essa razão passa a ser de 2,23 vezes (Tabela 6 e Figura 15).

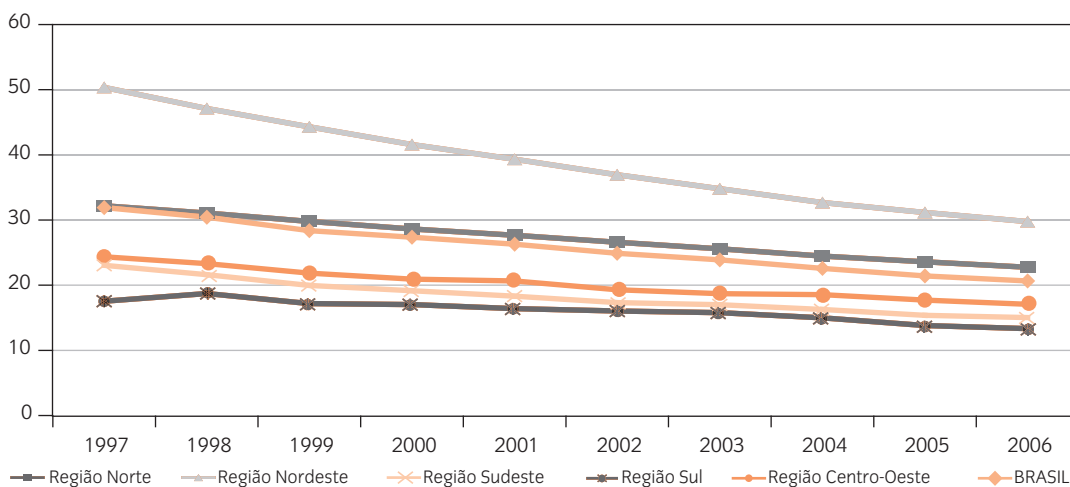
Tabela 6: COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL EM 1990, 2000 E 2006, E VARIAÇÃO PERCENTUAL NO PERÍODO DE 1990 A 2006, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL.

REGIÃO E UF	1990	2000	2006	% VARIAÇÃO (1990 A 2006)
Norte	46,0	28,6	22,8	-50,5
Nordeste	75,9	41,6	29,8	-60,8
Sudeste	33,0	19,2	15,0	-54,5
Sul	27,7	17,0	13,3	-51,8
Centro-Oeste	33,1	20,9	17,1	-48,5
Brasil	47,1	27,4	20,7	-56,1
Razão*	2,74	2,44	2,23	-

FONTE: SVS/MS e IBGE. Metodologia segundo Ministério da Saúde e Ripsa

Obs.: *Razão entre o maior (região Nordeste) e menor (região Sul) coeficiente de Mortalidade Infantil

Figura 15 COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL, SEGUNDO REGIÕES, 1997 A 2006



FONTE: SVS/Ministério da Saúde e IBGE. Metodologia segundo Ministério da Saúde e RIPSa

2.4.1.3 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

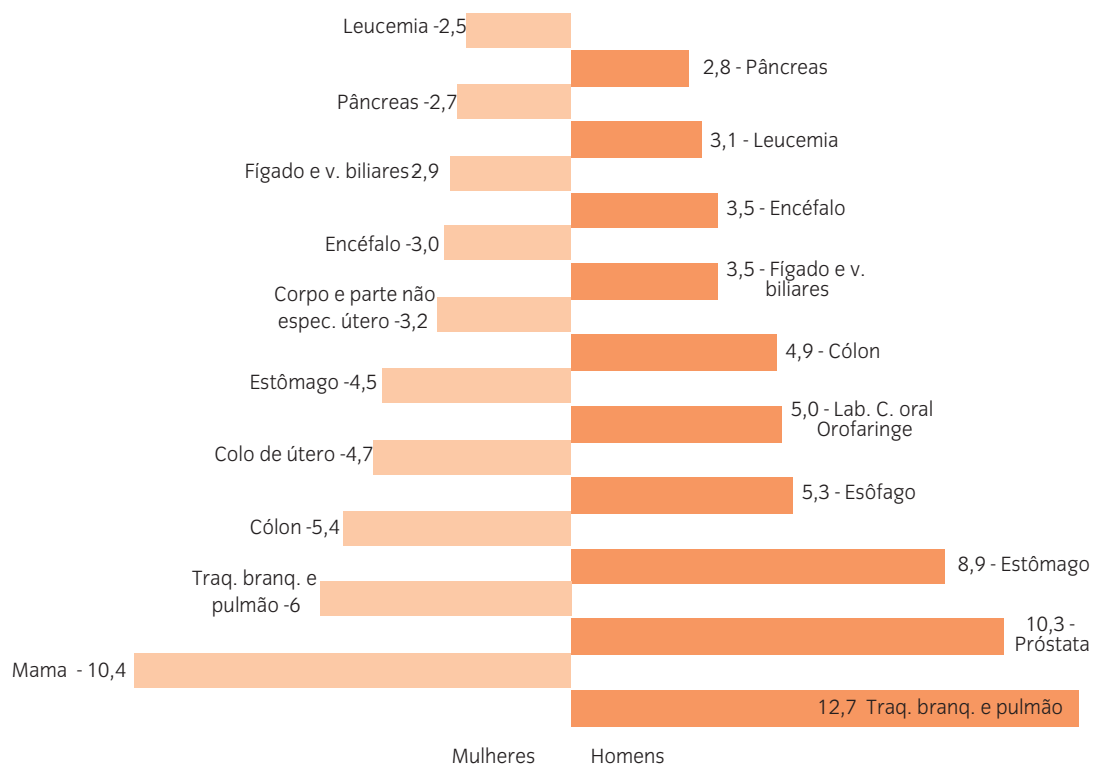
O tipo de transição epidemiológica, prolongada e polarizada experimentado pelo Brasil nas últimas décadas apresenta fatores fortemente positivos e negativos concorrentes temporalmente. Dentre os primeiros, o marcado aumento da longevidade, a redução da mortalidade muito precoce, como a infantil e da criança menor de cinco anos, e a queda da fecundidade, são questões que inegavelmente apontam para o desenvolvimento de uma transformação na pirâmide etária da população. No entanto, no grupo dos fatores

negativos, destacam-se a carga das doenças não transmissíveis afetando precocemente os indivíduos e a morbidade e mortalidade decorrentes das diferentes causas de violências urbanas, como os homicídios e os acidentes de trânsito.

Entre os principais fatores que contribuem para o aumento da carga de doenças não transmissíveis no Brasil destacam-se: a mudança da estrutura etária com aumento da representatividade da população idosa, a persistência e/ou rápida adesão aos modos de vida pouco saudáveis – tais como o sedentarismo crescente, a baixa ingestão de frutas e verduras, o tabagismo ainda prevalente, a prevalência crescente da obesidade, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o estresse – e as desigualdades sociais e em saúde.

Os óbitos por doenças do aparelho circulatório persistem como a mais frequente causa de morte para todas as regiões do Brasil (Figuras 10 e 14). Essa foi a causa básica de morte em 29,4% do total de óbitos do Brasil em 2007, variando desde 22,2% do total de óbitos da região Norte até 30,3% do total de óbitos da região Sul. As neoplasias representavam a quinta causa mais frequente de morte, em 1980, passando a ocupar o terceiro lugar, em 2000, e o segundo lugar, em 2007 (Figura 10). As neoplasias aparecem como causa básica de morte em aproximadamente 15,4% (2007) do total de óbitos notificados no Brasil, sendo que esse indicador variou entre 12,2%, no Norte, a 19,0%, no Sul (Figura 14). As neoplasias mais frequentes, com riscos de morte, entre homens e mulheres em 2003, estão descritas na Figura 16. Destacam-se, entre as mulheres, os riscos de morte por câncer de mama (10,4 óbitos por 100 mil mulheres), traqueia, brônquios e pulmão (6,0 óbitos por 100 mil mulheres), cólon (5,4 óbitos por 100 mil mulheres) e colo de útero (4,7 óbitos por 100 mil mulheres). Entre os homens, destacam-se os riscos de morte por câncer de traqueia, brônquios e pulmão (12,7 óbitos por 100 mil homens), próstata (10,3 óbitos por 100 mil homens), estômago (8,9 óbitos por 100 mil homens) e esôfago (5,3 óbitos por 100 mil homens) (Figura 16).

Figura 16 COEFICIENTE DE MORTALIDADE (POR 100 MIL) PELAS PRINCIPAIS NEOPLASIAS, SEGUNDO SEXO, BRASIL, 2003



Diferentes tendências são observadas para o risco de morte por essas causas em anos recentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Exemplos de doenças não transmissíveis que apresentaram tendência de aumento de suas taxas de mortalidade em anos recentes são (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005):

- » Neoplasia de colo e corpo uterino: as taxas padronizadas de mortalidade por neoplasia de colo e corpo uterino apresentaram aumento no período de 1990 a 2003, para os grupos de idade de 60-69 anos (de 16,8 a 17,7 óbitos por 100 mil mulheres) e de 70 anos ou mais de idade (de 21,9 para 23,1 óbitos por 100 mil mulheres). Paralelo a esse aumento, uma redução das taxas de neoplasia de porção não especificada do útero foi observada. Em 2003, a taxa de mortalidade anual padronizada para a neoplasia de colo uterino no Brasil foi de 4,6 óbitos por 100 mil mulheres.
- » Neoplasia de mama: incremento na taxa de mortalidade por neoplasia de mama foi observado desde antes do ano de 1990, com ligeira estabilização em anos mais recentes – posterior a 1995. Esse fato foi verificado para os grupos de idade de 30 a

49 anos (de 9,7 em 1990 para 10,4 óbitos em 2003 por 100 mil mulheres), de 50 a 59 anos de idade (de 30,2 a 33,7 óbitos por 100 mil mulheres) e de 70 anos ou mais (de 58,5 para 70,7 óbitos por 100 mil mulheres). Em 2003, a taxa anual padronizada para o Brasil foi de 10,4 óbitos por 100 mil mulheres.

- » Neoplasia de traqueia, brônquios e pulmão entre mulheres: o risco de morte por esse grupo de causas na população geral aumentou de 7,2 óbitos para 9,4 óbitos por 100 mil habitantes. Esse aumento, no entanto, se deve principalmente a um aumento expressivo entre as mulheres adultas. No período entre 1990 e 2003, esse indicador passou de 2,0 para 2,7 por 100 mil mulheres de 30 a 49 anos de idade, de 11,6 para 15,0 por 100 mil mulheres de 50 a 59 anos de idade, de 23,2 para 32,0 por 100 mil mulheres de 60 a 69 anos de idade e de 42,0 para 56,1 por 100 mil mulheres de 70 anos ou mais de idade.

Exemplos de doenças não transmissíveis que apresentaram tendência de diminuição de suas taxas de mortalidade (padronizadas por idade) em anos recentes são (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005):

- » Doenças cerebrovasculares: a taxa de mortalidade precoce por doenças cerebrovasculares apresentou queda importante desde 1980, no Brasil. No período entre 1990 e 2003, esse indicador caiu de 33,4 para 19,5 óbitos por 100 mil homens de 30 a 49 anos de idade, e de 26,8 para 18,5 óbitos por 100 mil mulheres desse mesmo grupo de idade. Para o grupo de idade de 50 a 59 anos, essa redução foi de 150,5 para 99,9 óbitos por 100 mil homens e de 100,6 para 69,2 por 100 mil para mulheres, no mesmo período de 1990 a 2003. Em 2003, a taxa padronizada observada no Brasil foi de 50,6 óbitos por 100 mil habitantes (todas as idades).
- » Doença isquêmica do coração: também a taxa de mortalidade por doença isquêmica do coração apresentou queda, porém discreta, desde o ano de 1980. Para o grupo de 30 a 49 anos de idade, essa redução entre 1990 e 2003 foi de 32,6 para 26,8 óbitos por 100 mil homens e de 12,2 para 11,5 óbitos por 100 mil mulheres. Entre as pessoas de 50 a 59 anos de idade, essa queda foi de 164,6 para 140,3 óbitos por 100 mil homens, e de 67,0 óbitos para 60,6 por 100 mil mulheres, no mesmo período de 1990 a 2003. Taxa padronizada de 47,3 óbitos por 100 mil habitantes foi observada no Brasil em 2003.
- » Neoplasia de traqueia, brônquios e pulmão em homens jovens: o risco de morte por essa causa entre homens adultos de 30 a 69 anos de idade de idade apresentou queda importante desde 1980. Entre 1990 e 2003, esse indicador caiu de 4,3 para

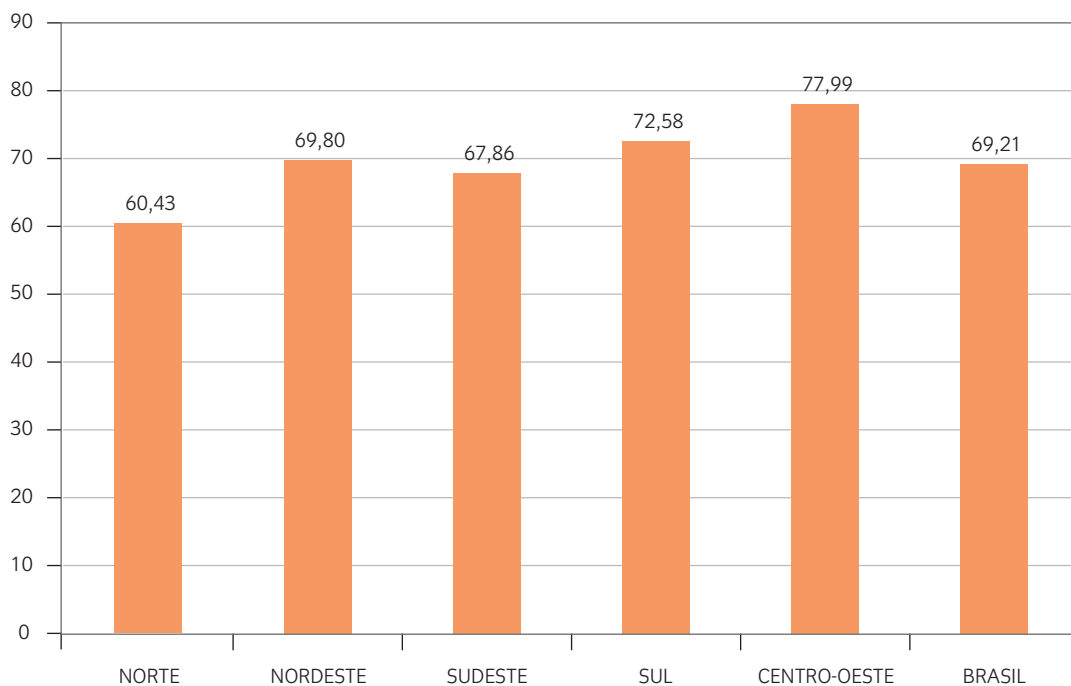
4,0 óbitos por 100 mil homens de 30 a 49 anos de idade, de 38,9 para 31,4 óbitos por 100 mil homens de 50 a 59 anos de idade e de 93,6 para 91,0 óbitos por 100 mil homens de 60 a 69 anos de idade. O grupo de idade de 70 anos ou mais continuou com tendência crescente desse indicador nos últimos anos (de 134,8 para 159,9 óbitos por 100 mil homens) no mesmo período de 1990 a 2003.

2.4.1.4 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO E VIOLÊNCIAS):

As tendências dos riscos de morte por violências no Brasil têm sido alvo de constantes preocupações da população, segmentos organizados da sociedade e governos comprometidos com o enfrentamento desse problema. Apenas para citar duas medidas recentes, o estatuto do desarmamento e o constante aprimoramento do novo Código Nacional de Trânsito (CNT) implantado desde janeiro de 1998 podem ser destacados como importantes marcos que refletem o esforço de toda a sociedade em busca de soluções para as principais causas de violência urbana do Brasil. Tais medidas refletem a complexidade da questão e a necessidade de políticas de caráter intersetorial para o seu eficiente enfrentamento.

As causas externas foram responsáveis por 9,4% dos óbitos que ocorreram em 1980, no Brasil, sendo que passaram a responder por 12,5% desse total de óbitos, em 2007. Esse indicador variou de 11% no Sudeste a 16,5% no Centro-Oeste, em 2007. O risco de morte por causas externas no Brasil naquele ano foi de 69,2 óbitos por 100 mil habitantes, variando entre 60,4 por 100 mil habitantes na região Norte a 78,0 na região Centro-Oeste (Figura 17). As causas externas foram responsáveis, no ano de 2007, por 109.323 óbitos entre os homens e por 21.605 mortes entre as mulheres.

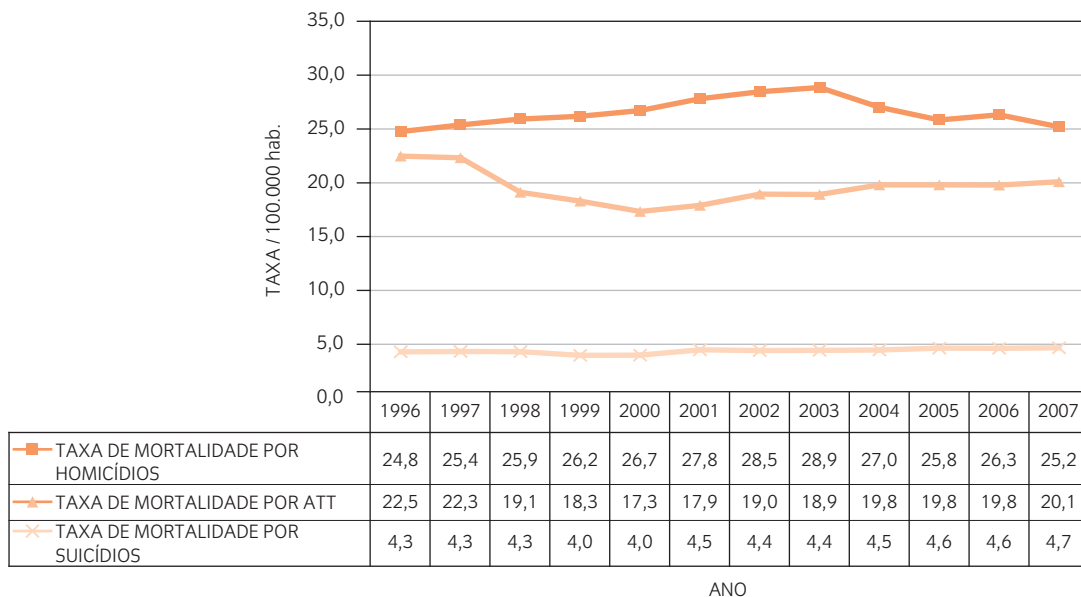
Figura 17 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS, BRASIL E REGIÕES, 2007



FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Dados do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde referentes a 2007 indicam que nesse ano ocorreram 47.707 óbitos por homicídio (131 por dia), 38.039 mortes no trânsito (104 por dia) e 8.868 suicídios (24 por dia), o que equivale a 259 mortes ocorrendo a cada dia pela violência.

Figura 18: EVOLUÇÃO DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS, SUICÍDIOS E ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE, POR 100.000 HABITANTES, BRASIL, 1996 A 2007



Fonte: SVS/Ministério da Saúde

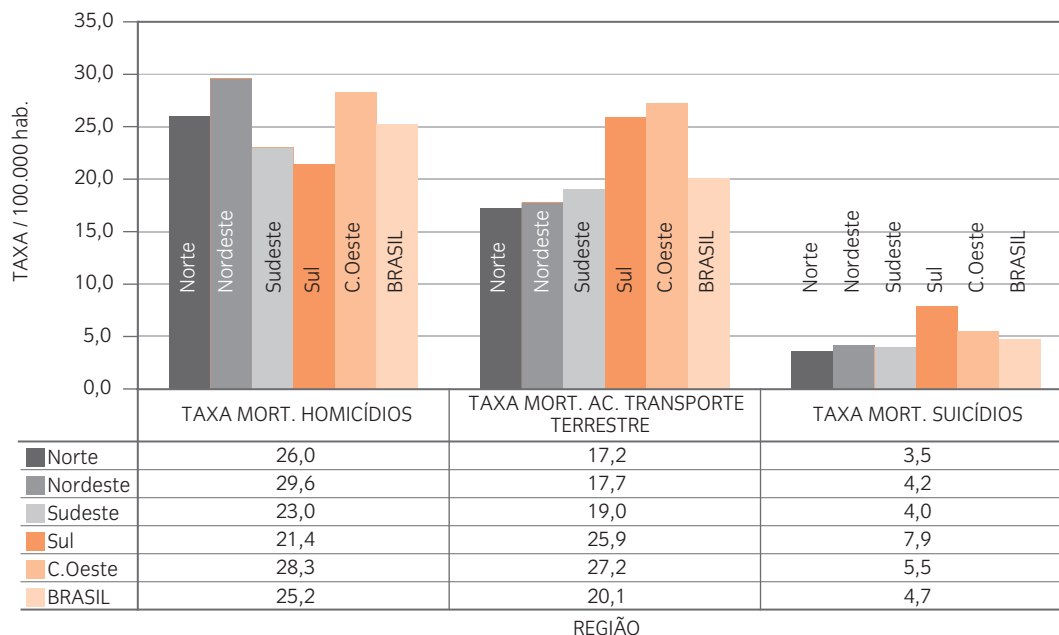
Conforme pode ser observado na figura 18, ocorreu tendência de crescimento das taxas de mortalidade por homicídios até 2003, quando atingiu coeficiente de 28,9 óbitos por 100.000 habitantes. Desde então, observam-se taxas um pouco menores. A taxa de mortalidade por homicídio no Brasil em 2007 foi de 25,2 por 100.000 habitantes, considerada ainda alta segundo classificação da Organização Mundial da Saúde (são consideradas baixas taxas até 10 por 100.000 habitantes; médias, as taxas entre 10 e 20; altas, as maiores que 20 até 30; e muito altas, aquelas acima de 30 por 100.000 habitantes).

Na análise dos coeficientes de mortalidade segundo regiões brasileiras referentes aos dados preliminares de 2007 (figura 19), nota-se que as maiores taxas de mortalidade por homicídios ocorreram nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (29,6 e 28,3 homicídios por 100.000 habitantes, respectivamente); a região Sul apresentou a menor taxa (21,4 por 100.000 habitantes). Todas as regiões, porém, apresentaram coeficientes considerados altos segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde citados anteriormente.

O coeficiente de mortalidade por suicídios em 2007 foi de 4,7 óbitos por 100.000 habitantes. Essas taxas permaneceram relativamente estáveis nos anos mais recentes (figura 18).

As maiores taxas de mortalidade por suicídios (figura 19) em 2007 ocorreram na região Sul e Centro-Oeste (7,9 e 5,5 suicídios por 100.000 habitantes). O menor coeficiente ocorreu na região Norte (3,5 por 100.000 habitantes).

Figura 19 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS, ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE E SUICÍDIOS, POR 100.00 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO, BRASIL, 2007

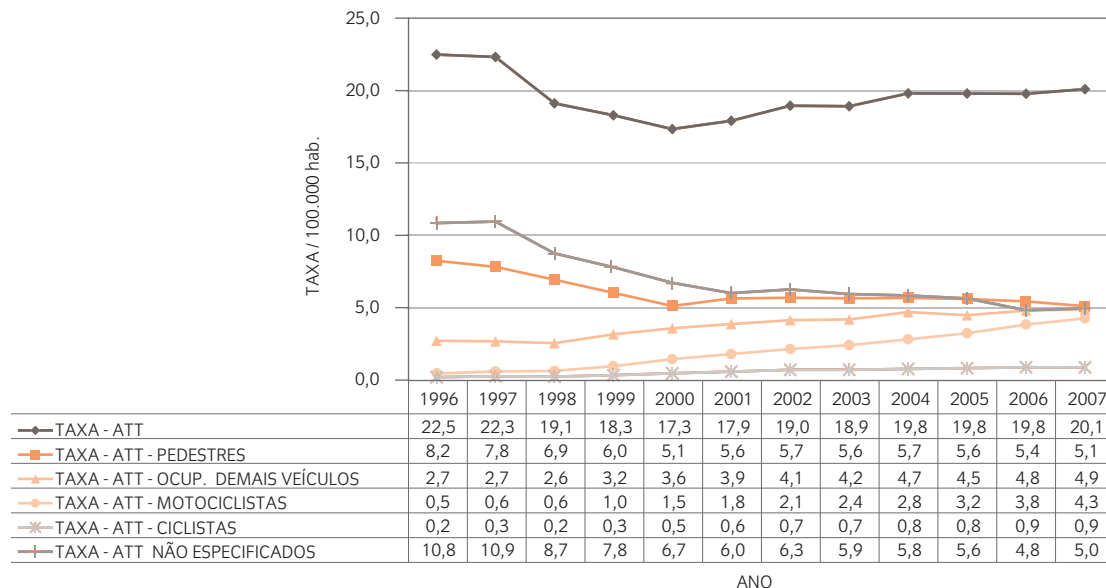


FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Em 1996, foi registrado no Brasil o maior coeficiente de mortalidade por ATT da história, com uma taxa de 22,5 óbitos por 100.000 habitantes. Conforme pode ser observado nas figuras 18 e 20, ocorre uma tendência de queda das taxas a partir de 1998, com a implantação do Código Brasileiro de Trânsito (CBT). Essa queda foi transitória, voltando a ocorrer um aumento desses coeficientes a partir de 2000, que se estabilizam a partir de 2004, com discreto aumento em 2007 (20,1 mortes por 100.000 habitantes).

As maiores taxas de mortalidade por acidentes de trânsito (figura 19) também ocorreram nas regiões Centro-Oeste e Sul (27,2 e 25,9 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente). As menores foram das regiões Norte e Nordeste (17,2 e 17,7 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente).

Figura 20 COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE (ATT), TOTAL E SEGUNDO MEIO DE TRANSPORTE DA VÍTIMA, BRASIL, 1996 A 2007



FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Ao avaliarmos com mais detalhe esses coeficientes segundo o meio de transporte utilizado pela vítima no momento do acidente (figura 20), nota-se que as tendências são bastante diferentes. Ocorre a partir de 1998 uma diminuição significativa das taxas de mortalidade pela violência no trânsito envolvendo pedestres (provavelmente onde se observou o maior impacto inicial da implantação do CBT). Da mesma forma, isso também ocorre pelos acidentes de trânsito não especificados (nesse caso, provavelmente, pela melhora da qualidade do sistema de informação).

Já os coeficientes de mortalidade referentes aos ATTs com vítimas ocupantes de veículos (automóveis, caminhões, ônibus, dentre outros), motociclistas e ciclistas não apresentam tendência de queda em nenhum momento, tendo ocorrido um aumento contínuo das taxas nos últimos 10 anos. No período de 1998 a 2007 o aumento dos coeficientes entre os ocupantes de veículos foi significativo (96%), porém, muito menor que o observado entre ciclistas (256%) e especialmente entre os motociclistas (571%).

Quando observamos mais atentamente a evolução da curva de mortalidade por ATT envolvendo motociclistas, percebemos a situação de uma verdadeira epidemia. Caso seja mantida a tendência atual, em poucos anos as mortes de motociclistas serão as mais frequentes dentre as causadas pela violência no trânsito.

Devemos considerar que os dados informados devem ser analisados com cuidado, principalmente quando se comparam as taxas regionais. Os indicadores podem ser influenciados pelos diferentes níveis de qualidade das informações de mortalidade, especialmente quanto à determinação da intencionalidade dos óbitos por causas externas.

Não podemos esquecer que as mortes correspondem à “ponta do *iceberg*”, uma vez que o número de pessoas vitimadas (muitas vezes com sequelas) é muito maior. Diariamente os serviços de saúde recebem as vítimas em situações de urgência e emergência e no acompanhamento necessário para o reestabelecimento das condições de saúde e reabilitação. A violência impacta nos custos do sistema público de saúde valores de quase 1 bilhão de reais por ano (cerca de 206 milhões de reais por agressões e 769 milhões de reais por acidentes de transporte), segundo estimativa feita pelo Ipea – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, com base em dados de 2004. Não pode ser quantificado, porém, o sofrimento das famílias das vítimas e o quanto a violência causa de impacto no estado emocional das pessoas em geral, especialmente nas áreas urbanas.

2.4.2 Fatores de Risco e Proteção

Dentre os determinantes das doenças crônicas não transmissíveis, um conjunto deles é relacionado aos modos de vida das populações e são passíveis de serem modificados por ações de promoção da saúde, vigilância e atenção primária a saúde. Nesse sentido, destacam-se como fatores de risco o tabagismo, a obesidade, a alimentação pouco saudável e o sedentarismo.

Para a vigilância dos fatores comportamentais de risco e proteção para as doenças e agravos não transmissíveis – Dant, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da SVS tem estimulado o uso de informações geradas por inquéritos nacionais. Dentre estes, destaca-se o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas e Agravos por Inquérito Telefônico (Vigitel), que vem sendo implantado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal desde 2006, com o objetivo de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das Dant no país.

A tabela 7 apresenta os principais fatores comportamentais de risco e proteção para Dant documentados nos relatórios técnicos do Vigitel.

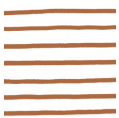
Tabela 7: PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS EXPOSTOS A FATORES DE RISCO OU PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS E AGRAVOS NO CONJUNTO DA POPULAÇÃO ADULTA DAS CAPITAIS DOS ESTADOS BRASILEIROS E DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO 2006-2009. VIGITEL 2006, 2007, 2008 E 2009.

FATOR DE RISCO OU PROTEÇÃO	SEXO	2006	2007	2008	2009
Fumantes	Masculino	20,2	21,3	20,5	19
	Feminino	12,7	12,5	12,4	12,5
	Ambos	16,2	16,6	16,1	15,5
Consumo de 20 ou mais cigarros por dia	Masculino	6,3	6,8	6,5	6
	Feminino	3,2	3,5	3,6	3,6
	Ambos	4,6	5	4,9	4,7
Ex-fumantes	Masculino	26,2	25,6	25,3	26,6
	Feminino	18,6	19	18,4	18
	Ambos	22,1	22	21,6	22
Excesso de peso (IMC \geq 25 kg/m ²)	Masculino	47,2	48,3	48,6	51
	Feminino	38,5	37,6	40	42,3
	Ambos	42,7	42,9	44,2	46,6
Obesidade (IMC \geq 30 kg/m ²)	Masculino	11,4	12	13,1	13,7
	Feminino	11,4	13,5	13,1	14
	Ambos	11,4	12,7	13,1	13,9
Consumo regular de feijão	Masculino	78,6	73,4	73,4	72,4
	Feminino	66,1	61,7	60,8	60,1
	Ambos	71,9	67,1	66,6	65,8
Consumo regular de frutas, legumes e verduras	Masculino	21,2	22,3	26	24,3
	Feminino	35,4	35	36,6	35,5
	Ambos	28,9	29,1	31,7	30,4
Gordura	Masculino	51	43	44,1	43,2
	Feminino	28,9	24,6	24,2	24,3
	Ambos	39,1	33,1	33,4	33
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	Masculino	25,5	27,1	26,6	28,8
	Feminino	8,2	9,2	9,8	10,4
	Ambos	16,2	17,5	17,6	18,9

(continuação)

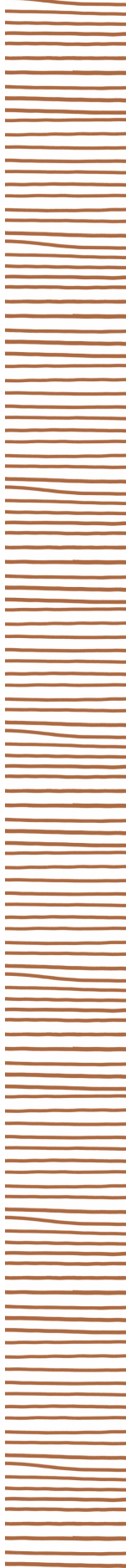
FATOR DE RISCO OU PROTEÇÃO	SEXO	2006	2007	2008	2009
Atividade física suficiente no tempo livre	Masculino	18,3	19,1	18,5	18,8
	Feminino	11,9	11,9	12	11,3
	Ambos	14,9	15,2	15	14,7
Autoavaliação de estado de saúde como ruim	Masculino	4,4	3,8	3	3,2
	Feminino	6,4	6,2	5,9	6,3
	Ambos	5,4	5,1	4,5	4,9
Hipertensão arterial diagnosticada por médico	Masculino	18,4	19,9	21	21,1
	Feminino	24,2	24,5	26,3	27,2
	Ambos	21,5	22,3	23,9	24,4
Diabetes diagnosticada por médico	Masculino	4,4	4,8	5	5,3
	Feminino	5,9	5,6	5,9	6,2
	Ambos	5,2	5,2	5,5	5,8

FONTE: SVS/Ministério da Saúde



3 SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

- 3.1 **Organização atual de Vigilância em Saúde nas três esferas de gestão do SUS**
- 3.2 **A Programação de Ações em Vigilância em Saúde (PAVS)**
- 3.3 **Financiamento das ações de Vigilância em Saúde**
- 3.4 **Bloqueio do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde**





3 SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

3.1 Organização atual da área de Vigilância em Saúde nas três esferas de gestão do SUS

3.1.1 O processo de descentralização

A Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e todas as Normas Operacionais destacam a importância da utilização da Epidemiologia para o planejamento de ações e serviços, avaliação de resultados e alocação de recursos.

As NOB 01/91 e 01/93 estabelecem uma dicotomia entre as ações de Epidemiologia e as de Controle de Doenças. As ações de epidemiologia ficaram afetas às secretarias estaduais e aos municípios de médio e grande porte. As ações de controle de doenças, particularmente, as grandes endemias, permaneceram como responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), vinculada ao Sistema por meio de processos verticais e repasse de recursos através de instrumentos convencionais.

Os recursos financeiros destinados à vigilância epidemiológica aparecem na NOB 96, mas sua regulamentação no que se refere às competências dos entes federados instituindo o processo de descentralização através da certificação de estados e municípios, e definição da sistemática de financiamento na área de epidemiologia e controle de doenças vem a ocorrer somente em dezembro de 1999, com a publicação das Portarias GM/MS n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999 e Portaria SE/Funasa n. 950, de 23 de dezembro de 1999.

A sistemática de financiamento definida na época estabelece que o repasse dos recursos passa a ocorrer fundo a fundo, com a instituição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), estabelecido tomando como base as características epidemiológicas, populacionais e territoriais de cada estado, considerando também as dificuldades operacionais para execução das ações, com vistas a uma alocação mais equitativa de recursos.

Após a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2003, se estabelece processo de discussão no Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS) da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sobre a revisão da Portaria n. 1.399, que culminou com a pactuação na CIT

da Portaria n. 1.172, publicada em 16/6/2004 (BRASIL, 2004), que trouxe modificações como, por exemplo, a inclusão de questões referentes ao desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, coerente com definição do Decreto n. 4.726, de 9/6/2003, que cria a SVS, que estabelece entre suas competências “formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, regular e acompanhar o Contrato de Gestão da Vigilância Sanitária”. São mantidos, porém, na Portaria n. 1.172/2004 os processos de certificação e os mecanismos de financiamento através de extratos, implantados pela Portaria n. 1399/99.

3.1.2 A Vigilância em Saúde e o Pacto pela Saúde

Em 2006 os gestores do Sistema Único de Saúde assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando no exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

O **Pacto pela Saúde** radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, acompanhada da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Explicita também as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal; e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

No **Pacto pela Vida** a Vigilância em Saúde tem papel destacado, uma vez que se estabelece um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

O **Pacto em Defesa do SUS** envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O **Pacto de Gestão** estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Dentre as responsabilidades gerais da gestão do SUS definidas na Portaria GM/MS n. 399, de 22/2/2006, cabe destacar aquelas que envolvem de forma direta a Vigilância em Saúde:

» Municípios:

- › Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos, e ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;
- › Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;
- › Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- › Elaborar, pactuar e implantar a Política de Promoção da Saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

» Estados e Distrito Federal:

- › Apoiar, técnica, política e financeiramente, a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;
- › Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta Complexidade dessa área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- › Assumir transitoriamente, quando necessária, a execução das ações de Vigilância em Saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;
- › Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;

- › Supervisionar as ações de prevenção e controle da Vigilância em Saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;
 - › Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
 - › Elaborar, pactuar e implantar a Política de Promoção da Saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;
 - › Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública.
- » União:
- › Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade dessa área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
 - › Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da Vigilância em Saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;
 - › Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;
 - › Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP – nos aspectos relativos à Vigilância em Saúde;
 - › Assumir transitoriamente, quando necessária, a execução das ações de Vigilância em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;
 - › Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
 - › Elaborar, pactuar e implementar a Política de Promoção da Saúde.

3.1.3 Portaria GM/MS n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009

Em 2009 ficou clara a necessidade de revisão da Portaria GM/MS n. 1.172/2004, com vistas a criar condições favoráveis ao fortalecimento da Vigilância em Saúde (VS) e

da Promoção da Saúde no contexto do Pacto pela Vida e das Redes de Atenção à Saúde. Buscou-se uma atualização normativa, tendo como premissa as diretrizes definidas no Pacto pela Saúde, em suas três dimensões, promovendo:

- I. substituição do processo de certificação para a gestão das ações de vigilância em saúde pela adesão ao Pacto;
- II. a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização e como diretriz do SUS, devendo orientar, dentro do princípio da integralidade, a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores;
- III. cogestão no processo compartilhado e de articulação entre as três esferas de governo;
- IV. revisão das responsabilidades sanitárias definidas nos eixos do Pacto de Gestão, de forma a fortalecer a integralidade da atenção à saúde, a ser disciplinada em ato normativo específico; e
- V. fortalecimento do processo de participação social e das estratégias de mobilização social vinculadas à instituição da saúde como direito de cidadania.

A portaria GM/MS n. 3.252/09 (BRASIL, 2009) instituiu as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Construída de forma compartilhada, com a participação de representantes e consultores/assessores da SVS, Anvisa, CONASS e Conasems, abrange os seguintes aspectos:

- » Definição/uniformização dos conceitos e área de atuação da Vigilância em Saúde (já discutidos no 1º capítulo deste livro).
- » Inserção da Vigilância em Saúde no Pacto pela Saúde:
 - › A adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da homologação dos respectivos Termos de Compromisso de Gestão, substitui o processo de certificação da gestão das ações de vigilância em saúde como instrumento formalizador do compromisso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no desenvolvimento das ações descentralizadas de vigilância em saúde, substituindo o processo de certificação pela adesão ao Pacto, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão – TCG.
 - › Os entes federados, considerada a situação atual de certificação e adesão ao Pacto pela Saúde, identificam-se nas seguintes categorias:

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

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

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

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

- › Os municípios certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde permanecem com a gestão das ações descentralizadas de vigilância em saúde até a efetivação de sua adesão e deverão atender ao disposto nos arts. 47 e 48 da Portaria n. 3.252/09, condicionado à alimentação regular dos sistemas de informação acompanhado do monitoramento do saldo bancário, a ser regulamentado em ato específico.
- › Os municípios não certificados e aderidos ao Pacto pela Saúde assumirão a gestão das ações descentralizadas de vigilância em saúde, mediante publicação de portaria com os valores referentes ao Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, pactuados na respectiva CIB, para efetivação da transferência.
- › O repasse de recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, do Bloco da Vigilância em Saúde, a municípios não certificados e não aderidos ao Pacto pela Saúde está condicionado à respectiva adesão, ficando extintas novas certificações.
- » Planejamento das ações de vigilância em saúde: introdução na normativa da VS dos instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (preconizados pelo Pacto pela Saúde e regulamentados pela Portaria GM/MS n. 2.751, de 11 de novembro de 2009, que dispôs sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde) (BRASIL, 2009):
 - › O processo de planejamento do Sistema Único de Saúde deve ser pautado pela análise da situação de saúde, na identificação das condições, dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população, dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde, estabelecendo condições para a integração entre vigilância, promoção e assistência em saúde.
 - › As diretrizes, ações e metas de Vigilância em Saúde devem estar inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde – PAS – das três esferas de gestão do Plano de Saúde.
 - › A Vigilância em Saúde insere-se no processo de regionalização da atenção à saúde, devendo estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização – PDR – e na Programação Pactuada Integrada – PPI, com inclusão da análise das necessidades da população, da definição de agendas de prioridades regionais, de ações intersetoriais e de investimentos.

- › Os resultados alcançados das ações de vigilância em saúde comporão o Relatório Anual de Gestão – RAG – em cada esfera de gestão.
- » Discussão do modelo de atenção com foco na integralidade, com destaque para o fortalecimento da integração da VS com a Atenção Primária em Saúde – APS, incluindo:
 - › A elaboração de diretrizes para a construção das linhas de cuidados/agravos e doenças sob gestão da VS.
 - › A integração do trabalho de agentes de combate às endemias e outros profissionais de VS e agentes comunitários de saúde.
 - › A unificação de territórios/compatibilização do processo de trabalho com equipes de saúde da família.
 - › Ampliar a presença da VS nas regiões de saúde e no fortalecimento das redes de atenção.
 - › Inserir a vigilância e a promoção à saúde na agenda de prioridades dos Colegiados de Gestão Regional.
 - › A articulação intersetorial.
- » Buscar alternativas para apoio matricial às ações de VS, tanto nas regiões de saúde como para a APS, visando contribuir:
 - › Na análise da situação de saúde dos territórios locais/regionais, incluindo análise de tendência, fatores condicionantes e determinantes, situações de vulnerabilidade e suscetibilidade de grupos populacionais e do meio ambiente.
 - › No apoio às equipes no planejamento das ações de atenção, vigilância e promoção à Saúde, subsidiando-as na construção de planos de intervenção.
 - › Na articulação das ações coletivas, incluindo as relacionadas ao meio ambiente.
 - › Na articulação e apoio à implementação da estratégia de gerenciamento do risco individual e coletivo.
- » O monitoramento e a avaliação das ações de vigilância em saúde que orientam a tomada de decisões e qualificam o processo de gestão são de responsabilidade das três esferas de gestão e devem ser realizados:
 - › De forma integrada, considerando os aspectos da vigilância, promoção e atenção à saúde.

- › Com base nas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e nas programações das ações.
- › Com metodologia acordada na CIT.
- › Para avaliação das ações de vigilância em saúde, cada ente federado deverá incluir, em seu respectivo relatório anual de gestão, os resultados alcançados com as ações desenvolvidas.

3.1.4 As competências das Esferas de Gestão:

Na portaria GM/MS n. 3.252/09 estão definidas as responsabilidades de cada uma das esferas de governo:

Competências da **União**:

- » Por intermédio do Ministério da Saúde, formular políticas em vigilância em saúde, estabelecer diretrizes, prioridades e gerir os Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito nacional, compreendendo:

- I. Promoção, proteção e recuperação da saúde da população;
- II. coordenação nacional das ações definidas na Política Nacional de Promoção da Saúde;
- III. Vigilâncias em Saúde Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Saúde do Trabalhador;
- IV. coordenação nacional das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional;
- V. apoio aos estados, Distrito Federal e aos municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;
- VI. execução das ações de vigilância em saúde de forma complementar à atuação dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;
- VII. participação no financiamento das ações de vigilância em saúde (conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.252/09 e normas complementares);
- VIII. participação no processo de planejamento, que inclui:
 - › participação na elaboração do Plano Nacional de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
 - › integração do planejamento das ações de vigilância em saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;

- › definição das prioridades, objetivos, metas e indicadores de vigilância em saúde que integram o Pacto pela Saúde, a serem negociados na CIT;
- › coordenação do processo de elaboração das programações das ações de vigilância em saúde, acordadas de forma tripartite, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Ministério da Saúde;
- › assessoria técnica às secretarias estaduais e às municipais de saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de vigilância em saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
- › monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde;

IX. normalização técnica (que deverá ser pactuada na CIT quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços);

X. coordenação das ações de resposta às emergências de Saúde Pública de importância nacional e internacional, bem como a cooperação com estados, Distrito Federal e municípios em emergências de saúde pública de importância estadual, quando indicado;

XI. comunicação de emergências de saúde pública de importância internacional à OMS, conforme definições do Regulamento Sanitário Internacional (RSI);

XII. apoio aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União;

XIII. coordenação, monitoramento e avaliação da Estratégia Nacional de Vigilância em Saúde Sentinela em âmbito hospitalar, em articulação com os estados, o Distrito Federal e os municípios;

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

XV. cooperação técnica para a execução das ações de vigilância em saúde coordenadas e realizadas pelos estados e Distrito Federal;

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

- › estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos, a partir de negociação tripartite, para o envio dos dados pelos estados e pelo Distrito Federal para o nível nacional;
- › análise da completude dos campos e consistência e consolidação dos dados provenientes dos estados e Distrito Federal;

- › retroalimentação dos dados para as secretarias estaduais de saúde;
- › desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- › análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito nacional;
- › estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas nacionais;

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

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

XIX. participação ou execução da educação permanente em vigilância em saúde, de acordo com a Política de Desenvolvimento Profissional e a educação permanente dos trabalhadores da saúde;

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

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

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

XXIII. promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais, de âmbito nacional e internacional, na área de Vigilância em Saúde;

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

XXV. provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- › imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações;
- › seringas e agulhas para campanhas de vacinação que não fazem parte daquelas já estabelecidas ou quando solicitadas por um estado;

- › medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, conforme termos pactuados na CIT;
- › reagentes específicos e insumos estratégicos para as ações laboratoriais de Vigilância em Saúde, definidos pelos gestores nacionais das redes integrantes do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública – Sislab, nos termos acordados na CIT;
- › insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo: praguicidas – inseticidas, larvicidas e moluscocidas – indicados pelos programas;
- › equipamentos de proteção individual – EPIs – para todas as atividades em vigilância em saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definido nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho;
- › insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, de acordo com pactuação com as demais esferas de governo;

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

XXVII. implantação, coordenação e apoio à estruturação da Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, por meio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – Cievs;

XXVIII. Coordenação do Sistema de Laboratórios de Saúde Pública – Sislab nos aspectos relativos às redes de Vigilâncias Epidemiológica, Saúde Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, habilitação, supervisão e avaliação das unidades partícipes;

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

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

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

- › produtos, substâncias de consumo e uso humano;

- › serviços de saúde;
- › serviços de interesse da saúde;

XXXII. Regulação, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

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

XXXIV. regulação e execução de ações de vigilâncias sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras; e

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

Competências dos **estados**:

- » Compete às secretarias estaduais de saúde implementar as políticas, diretrizes, prioridades e a gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais, compreendendo:

I. Promoção, proteção e recuperação da saúde da população;

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

III. Vigilâncias em Saúde Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Saúde do Trabalhador;

IV. coordenação das ações de vigilância em saúde, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual, regional e municipal;

V. apoio aos municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde;

VI. execução das ações de vigilância em saúde de forma complementar à atuação dos municípios;

VII. participação no financiamento das ações de vigilância em saúde, (conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.252/09 e normas complementares);

VIII. participação no processo de planejamento, compreendendo:

- › elaboração do Plano Estadual de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
- › integração do planejamento das ações de vigilância em saúde com o planejamento da Atenção à Saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde;

- › definição das metas de Vigilância em Saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma negociada na CIB;
- › coordenação do processo de elaboração da Programação das Ações de Vigilância em Saúde, a partir de definições acordadas nas CIB, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde estadual;
- › participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde, garantindo que as prioridades identificadas durante a análise da situação de saúde da população estejam neles contempladas;
- › assessoria técnica às secretarias municipais de saúde no processo de planejamento e monitoramento das ações de vigilância em saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
- › monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde;

IX. normalização técnica complementar à disciplina nacional (que deverá ser pactuada na CIB quando gerar impacto financeiro ou na organização dos serviços);

X. coordenação das ações de resposta às emergências de Saúde Pública de importância estadual, bem como cooperação com municípios em emergências de saúde pública de importância municipal, quando indicado;

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

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

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

XIV. coordenação, monitoramento e avaliação da Estratégia de Vigilância em Saúde Sentinela em Âmbito Hospitalar, em articulação com os municípios;

XV. apoio aos municípios na Vigilância Epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;

XVI. cooperação técnica para a execução das ações de Vigilância em Saúde realizadas pelos municípios;

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

- › estabelecimento de diretrizes, fluxos e prazos para o envio dos dados pelos municípios e/ou regionais, respeitando os prazos estabelecidos no âmbito nacional;
- › consolidação e análise dos dados provenientes dos municípios, por meio de processamento eletrônico dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;
- › retroalimentação dos dados às secretarias municipais de saúde;
- › desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
- › análise epidemiológica e divulgação das informações, no âmbito estadual;
- › estabelecimento e divulgação de normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, em caráter complementar à atuação da esfera federal;

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

XIX. realização de campanhas publicitárias em âmbito estadual, que venham a atender às necessidades da Política de Promoção e da Vigilância em Saúde;

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

XXI. promoção da participação da comunidade nas instâncias de Controle Social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de Vigilância em Saúde;

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

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

XXIV. provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- › seringas e agulhas, sendo facultada ao estado a delegação dessa competência à União;
- › medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;

- › meios de diagnóstico laboratorial para as ações de vigilância em saúde, nos termos definidos na CIB;
- › equipamentos de aspersão de inseticidas;
- › equipamentos de proteção individual – EPI – para todas as atividades de vigilância em saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos Manuais de Procedimentos de Biossegurança e nos de Segurança no Trabalho, incluindo máscaras faciais completas;
- › óleo vegetal para diluição de praguicida;

XXV. coordenação da Renast no âmbito estadual, incluindo a definição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest – pactuados na CIB;

XXVI. implantação, coordenação e estruturação do componente estadual da Rede Cievs;

XXVII. coordenação, acompanhamento e avaliação da rede estadual de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública, nos aspectos relativos às Vigilâncias Epidemiológica, Saúde Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador, com estabelecimento de normas e fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

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

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

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

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

XXXII. Regulação, Controle e Fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e serviços de saúde e de interesse para a saúde;

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

XXXIV. colaboração com a União na execução das vigilâncias sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

Competências dos **municípios**:

» Compete às secretarias municipais de saúde à gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, compreendendo:

- I. Promoção, proteção e recuperação da Saúde da população;
- II. Coordenação municipal das ações definidas na Política Nacional, Estadual e Municipal de Promoção da Saúde;
- III. Vigilâncias em Saúde Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Saúde do Trabalhador;
- IV. Coordenação municipal das ações de vigilância em saúde;
- V. Participação no processo de regionalização solidária e cooperativa;
- VI. Execução das ações de vigilância em saúde;
- VII. Participação no financiamento das ações de vigilância em saúde, (conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.252/09 e normas complementares);
- VIII. Participação no processo de planejamento, compreendendo:
 - › elaboração do Plano Municipal de Saúde, a partir da análise da situação de saúde da população;
 - › integração do planejamento das ações de vigilância em saúde com o planejamento da atenção à saúde, em especial com a Atenção Primária à Saúde no município;
 - › definição das metas de vigilância em saúde que integram o Pacto pela Saúde, de forma articulada com as definições da respectiva CIB;
 - › coordenação do processo de elaboração da Programação das Ações de Vigilância em Saúde no município, a partir de definições acordadas nas CIBs, de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compondo a Programação Anual de Saúde do Município, aprovadas nos Conselhos Municipais de Saúde;
 - › participação na elaboração e desenvolvimento do Plano Diretor de Regionalização, garantindo que as prioridades identificadas na análise da situação de saúde da população estejam contempladas nos mesmos;
 - › definição de processo de planejamento e monitoramento das ações de vigilância em saúde, com uso da epidemiologia nos serviços e do uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;
 - › monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde;

- IX. normalização técnica complementar ao âmbito nacional e estadual;
- X. coordenação das ações de resposta às emergências de Saúde Pública de importância municipal;
- XI. notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;
- XII. investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, estado e município;
- XIII. busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- XIV. busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
- XV. coordenação, monitoramento e avaliação da Estratégia de Vigilância em Saúde Sentinela em Âmbito Hospitalar, no seu âmbito de gestão;
- XVI. Vigilância Epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;
- XVII. coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:
- › coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;
 - › transferência dos dados coletados nas unidades notificantes dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual;
 - › retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;
 - › análise dos dados e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;
 - › análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito municipal;
 - › estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;

- XVIII. proposição de políticas, normas e ações de Educação, Comunicação e Mobilização Social referentes à Vigilância em Saúde, em caráter complementar às definidas nos âmbitos federal e estadual;
- XIX. realização de campanhas publicitárias em âmbito municipal que venham a atender às necessidades da Política de Promoção e da Vigilância em Saúde;
- XX. promoção e execução da Educação Permanente em Vigilância em Saúde;
- XXI. promoção da participação da comunidade nas instâncias de controle social e do estabelecimento de parcerias com organismos não governamentais nas ações de vigilância em saúde;
- XXII. promoção da cooperação e do intercâmbio técnico-científico com organismos governamentais e não governamentais de âmbito municipal, intermunicipal, estadual, nacional e internacional na área de Vigilância em Saúde;
- XXIII. gerência do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;
- XXIV. provimento dos seguintes insumos estratégicos:
- › medicamentos específicos, para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde, nos termos pactuados na CIT;
 - › meios de diagnóstico laboratorial para as ações de vigilância em saúde nos termos definidos na CIB;
 - › equipamentos de proteção individual – EPI – para todas as atividades de vigilância em saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação, conforme definidos nos manuais de procedimentos de biossegurança e nos de segurança no trabalho, incluindo vestuário, luvas e calçados;
- XXV. coordenação da Renast no âmbito municipal;
- XXVI. coordenação e estruturação do componente municipal da Rede CIEVS, quando couber;
- XXVII. coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilâncias epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;
- XXVIII. realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB;

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

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

XXXI. descarte e destinação final dos frascos, seringas e agulhas utilizados, conforme normas técnicas vigentes;

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

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

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

XXXV. colaboração com a União e os estados na execução das vigilâncias sanitária e epidemiológica de portos, aeroportos e fronteiras.

3.1.5 Insumos estratégicos

A Portaria GM/MS n. 3.252/09 define em seu anexo, no artigo 21, inciso XXIV, como competência da esfera federal o fornecimento de insumos estratégicos para a realização das ações de Prevenção e Controle de Doenças, como os inseticidas e os biolarvicidas; os medicamentos para tratamento da tuberculose, hanseníase, esquistossomose, malária, leishmaniose visceral e tegumentar, peste, tracoma, Aids; as vacinas e imunobiológicos; e os kits para a realização de diagnóstico das doenças de notificação compulsória (dentre outros – vide descrição das atribuições no item anterior).

Cabe observar que a Portaria GM/MS n. 3.252 também estabelece que os estados poderão adquirir insumos estratégicos cuja aquisição está atribuída à União (inciso XXV do art. 21 do anexo da portaria) para uso em Vigilância em Saúde, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante a comunicação formal com justificativa à SVS/MS.

As solicitações de kits diagnósticos sob responsabilidade da SVS devem ser direcionadas à Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB –dessa Secretaria,

regularmente, por intermédio de formulário específico existente nos Laboratórios Centrais (Lacen), conforme prazos definidos. Os kits referentes aos Programas de DST, Aids e Hepatites Virais são solicitados diretamente ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

As solicitações de inseticidas e biolarvicidas são feitas por intermédio do Sistema de Insumos Estratégicos (Sies), que pode ser acessado no endereço eletrônico www.saude.gov.br/sies, pelos técnicos cadastrados pelas SES. Para cadastrar um servidor para acessar o Sies, a Secretaria Estadual de Saúde deve enviar um ofício ao secretário de Vigilância em Saúde, com nome e cargo do mesmo.

Cabe às SES o provimento de seringas e agulhas (podendo ser facultada ao estado a delegação dessa competência à União), medicamentos específicos para agravos e doenças de interesse da Vigilância em Saúde (nos termos pactuados na CIT), meios de diagnóstico laboratorial para as ações de Vigilância em Saúde (nos termos definidos na CIB), equipamentos de aspersão de inseticidas, equipamentos de proteção individual – EPI (para as atividades de Vigilância em Saúde que assim o exigirem, em seu âmbito de atuação) e óleo vegetal para diluição de praguicida (nos termos definidos no inciso XXIV do artigo 22, do anexo da Portaria GM/MS n. 3.252/09).

Os municípios também poderão adquirir insumos estratégicos cuja aquisição está atribuída à União ou estados (inciso XXV do art. 21 e inciso XXIV do art. 22, do anexo da Portaria GM/MS n. 3.252/09) mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante comunicação formal com justificativa à SVS/MS ou à Secretaria Estadual de Saúde.

3.2 A Programação de Ações de Vigilância em Saúde – Pavs

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (Pavs) é um conjunto de ações que devem subsidiar a programação das SES e SMS para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, eleitas pelas esferas federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009).

Respeita a premissa do planejamento ascendente permitindo flexibilidade na definição de ações e parâmetros nos espaços locorregionais. O elenco norteador de ações para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) propostas na PAVS 2010 foi acordado pelo MS, CONASS e Conasems. Terá sua vigência nos anos de 2010 a 2011, podendo estados e municípios ajustarem anualmente suas ações e parâmetros, conforme realidade.

As programações de ações de VS devem ser realizadas de forma articulada com outras áreas da Atenção à Saúde, particularmente a Atenção Primária. Deverá conter todas as

programações do SNVS, evitando sobreposição de programações, e ainda estar contida na Programação Anual de Saúde, conforme prioridades do Pacto pela Saúde e eleitas no Plano de Saúde.

Para a Pavs 2010, os eixos de organização estarão subdivididos segundo as prioridades e objetivos dos Pactos pela Vida (fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatites e Aids; promoção da saúde; saúde do trabalhador; atenção integral às pessoas em situação de risco de violência) e de gestão (responsabilidade em vigilância em saúde).

A Secretaria de Vigilância em Saúde realiza o monitoramento das ações da Pavs junto às secretarias estaduais de saúde, as quais monitoram os seus respectivos municípios, sendo que a SVS/MS, em conjunto com a SES, também pode realizar esse monitoramento junto às secretarias municipais de saúde.

Os gestores municipal, estadual e federal devem realizar avaliações anuais da execução da Pavs, incluindo-as em seu relatório de gestão.

3.3 Financiamento das ações de Vigilância em Saúde

Os recursos federais transferidos para estados, Distrito Federal e municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por 2 componentes (BRASIL, 2009):

I. Componente de Vigilância e Promoção da Saúde;

II. Componente da Vigilância Sanitária.

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, sendo repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica.

Trataremos neste capítulo do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, que se refere aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Promoção, Prevenção e Controle de Doenças. O componente da Vigilância Sanitária será detalhado no livro 6 desta coleção.

O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde é constituído de um piso fixo (Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS) e um piso variável (Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS).

Os valores do PFVPS serão ajustados anualmente com base na população estimada

pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, sendo compostos por um valor *per capita* estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa. Para efeito do PFVPS, foi mantida na Portaria GM/MS n. 3.252/09 a proposta de estratificação dos estados, definida anteriormente quando da publicação da Portaria GM/MS n. 1.172, em 2004:

- » Estrato I: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos estados do Maranhão e Mato Grosso;
- » Estrato II: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Sergipe e demais municípios do Maranhão e Mato Grosso;
- » Estrato III: São Paulo e Paraná;
- » Estrato IV: Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Os recursos que compõem o PFVPS são alocados segundo os seguintes critérios:

- I. As secretarias estaduais de saúde recebem valores equivalentes a, no mínimo, 10% (dez por cento) do PFVPS atribuído ao estado correspondente, acrescidos dos valores referentes ao Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Finlacen;
- II. Cada município recebe valores equivalentes a, no mínimo, 60% (sessenta por cento) do *per capita* do PFVPS atribuído ao estado correspondente;
- III. A capital e municípios que compõem sua região metropolitana recebem valores equivalentes a, no mínimo, 80% do *per capita* do PFVPS atribuído ao estado correspondente; e
- IV. Resta o valor denominado como “fator de ajuste da CIB”, pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), que é destinado ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.

A partir desses critérios, a CIB define o valor do PFVPS destinado à Secretaria Estadual de Saúde e a cada um dos municípios, em cada estado. Os recursos referentes às campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal também devem ser pactuados entre estados e municípios na CIB, sendo acrescidos aos PFVPS de estados e municípios. O Distrito Federal recebe o montante total relativo ao PFVPS atribuído a essa unidade federativa, acrescido dos valores referentes ao Finlacen e às campanhas de vacinação anuais já citadas.

O Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS – é constituído por in-

centivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

- a. Núcleos Hospitalares de Epidemiologia – NHE;
- b. Sistema de Verificação de Óbito – SVO;
- c. Sistemas de Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP;
- d. Casas de Apoio para Adultos Vivendo com HIV/AIDS;
- e. Fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV;
- f. Incentivo no âmbito do Programa Nacional de HIV/AIDS e outras DST;
- g. Promoção da Saúde;
- h. Outros que venham a ser instituídos.

Compõe também o Componente de Vigilância e Promoção da Saúde uma reserva estratégica federal, constituída de valor equivalente até 5% (cinco por cento) dos recursos desse componente.

O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde foi publicado (BRASIL, 2010) por ato normativo conjunto da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da SVS/MS (Portaria Conjunta SE/SVS n. 01, de 11 de março de 2010). Através dessa portaria, conforme normas já pactuadas através da Portaria GM/MS n. 3.252/09, foram definidos os valores anuais relativos aos recursos federais destinados ao Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) e Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), de cada estado.

A portaria conjunta SE/SVS n. 01/10 também detalhou os valores anuais do PFVPS e valores *per capita* de referência destinados às secretarias estaduais de saúde (SES), às capitais e municípios que compõem sua região metropolitana e aos municípios, bem como o Fator de Ajuste a ser pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).

Os valores foram estabelecidos com base no valor *per capita* de referência de cada estado, sem redução nos valores praticados anteriormente. Previu-se que para recomposição do PFVPS de todos os estados e redução das desigualdades entre os estados pertencentes a cada estrato deveriam ser realizados incrementos no valor *per capita* de referência estadual, de acordo com a disponibilidade orçamentária.

Foram ainda acrescentados ao PFVPS os valores referentes às seguintes portarias:

- » Portaria GM/MS n. 413, de 25 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010), republicada em 26 de março de 2010, que incorporou ao PFVPS o valor global de R\$ 45.872.868,84,

referente ao montante anual repassado às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e municípios no ano de 2009, para contratação de pessoal e execução de ações de campo de combate ao vetor da dengue e malária.

- » Portaria GM/MS n. 652, de 25 de março de 2010 (BRASIL, 2010), que aprovou os critérios para financiamento das campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, de poliomielite e de raiva animal, estabelecidos com base na própria estratificação já estabelecida na Portaria GM/MS n. 3.252/09.

A Portaria GM/MS n. 652/10 estabeleceu para as campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal e de poliomielite valor por pessoa a ser vacinada, equivalente a 20% (vinte por cento) do maior valor *per capita* de referência do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) de cada extrato:

- » Estrato I: 20% (vinte por cento) do valor *per capita* de referência do estado de Mato Grosso;
- » Estrato II: 20% (vinte por cento) do valor *per capita* de referência do estado de Mato Grosso do Sul;
- » Estratos III e IV: 20% (vinte por cento) do valor *per capita* de referência do estado do Paraná.

Para a campanha anual de vacinação de raiva animal o valor a ser alocado por animal a ser vacinado equivale a 18% (dezoito por cento) do maior valor *per capita* de referência do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) de cada extrato:

- » Estrato I: 18% (dezoito por cento) do valor *per capita* de referência do estado de Mato Grosso;
- » Estrato II: 18% (dezoito por cento) do valor *per capita* de referência do estado de Mato Grosso do Sul; e
- » Estratos III e IV: 18% (dezoito por cento) do valor *per capita* de referência do estado do Paraná.

3.3.1 Monitoramento dos recursos da Vigilância em Saúde repassados a estados e municípios

A comprovação da aplicação dos recursos do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde será feita por meio do Relatório Anual de Gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, conforme prevê o artigo 3º da Portaria GM/MS n. 3.176, de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008).

A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan, do Sistema de Informações de Nascidos Vivos – Sinasc – e do

Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, conforme regulamentações específicas desses Sistemas. O bloqueio do repasse de recursos desses componentes se dará caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos nos parágrafos 1º e 2º do art. 44, segundo parâmetros a serem publicados em ato normativo específico.

As secretarias municipais de saúde devem notificar semanalmente agravos de notificação compulsória ou notificação negativa no Sinan, conforme a Portaria SVS/MS n. 5, de 21 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006), e a Instrução Normativa SVS/MS n. 2, de 22 de novembro de 2005.

As secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir a transferência dos dados das Declarações de Óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito no quantitativo esperado, por meio eletrônico, conforme a Portaria SVS/MS n. 116, de 11 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009), e ato normativo específico, a ser publicado anualmente.

É de responsabilidade das secretarias estaduais de saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos municípios situados no âmbito de seu estado.

O Ministério da Saúde publicará ato normativo específico com a relação de secretarias estaduais e municipais de saúde que tiveram seus recursos bloqueados, efetuando, através do Fundo Nacional de Saúde, o desbloqueio, no mês seguinte ao restabelecimento do preenchimento dos sistemas de informação referentes aos meses que geraram o bloqueio. A regularização do repasse ocorrerá com a transferência retroativa dos recursos anteriormente bloqueados caso o preenchimento dos sistemas ocorra em até 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio. Caso esta ocorra após esses noventa dias, a regularização do repasse ocorrerá sem a transferência dos recursos anteriormente bloqueados.

3.3.2 Aplicação dos recursos do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde

Os recursos do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde não poderão ser utilizados em atividades assistenciais, e sim, exclusivamente, em ações de Vigilância em Saúde.

É recomendável que cada Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde estabeleça um plano de aplicação para os recursos do TFVS, compatível com o Plano Estadual e/ou Municipal de Saúde que contemple as diversas áreas de utilização dos mesmos, como material de consumo, equipamentos, serviços de terceiros de pessoa física, serviços de terceiros de pessoa jurídica, treinamentos, consultorias etc.

Exemplos de algumas formas de aplicação dos recursos do TFVS:

Recursos humanos:

- » Contratação de recursos humanos para desenvolvimento de atividades na área de vigilância em saúde.
- » Gratificações para desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde.
- » Capacitações específicas e cursos de pós-graduação na área de saúde pública, epidemiologia e controle de doenças, vigilância em saúde, sistemas de informação em saúde, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância ambiental.
- » Participação em seminários, congressos de Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina Tropical e outros onde sejam apresentados e discutidos temas relacionados à Vigilância em Saúde.
- » Diárias para deslocamento de servidores para atividades inerentes à Vigilância em Saúde, inclusive supervisões, assim como para participação em eventos ligados à área.

Equipamentos/Material Permanente:

- » Veículos de transporte, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente às atividades da área de vigilância em saúde.
- » Equipamentos que se fizerem necessários para estruturar a vigilância municipal e/ou estadual, tais como: computadores, fax, linhas telefônicas, celulares, projetores de *slides*, retroprojetores, televisões, vídeos, máquinas para fotocópias etc.
- » Aquisição e/ou assinatura de livros, periódicos e publicações na área de vigilância em saúde.
- » Equipamentos para estruturar rede de frio para imunizações no município e/ou estado.
- » Equipamentos de aspersão de inseticidas.
- » Equipamentos para suporte laboratorial como microscópios, centrífugas, pipetas automáticas etc.

Material de consumo:

- » Óleo vegetal para uso em equipamentos de aspersão de inseticidas para controle de vetores (competência do estado).
- » Óleo diesel, gasolina, álcool para abastecer os veículos, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente às atividades de vigilância em saúde.

- » Isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável, e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e de amostras de laboratório.
- » Material de escritório, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente às atividades de vigilância em saúde.
- » Seringas e agulhas para ações de imunizações de rotina (competência do estado).
- » Compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para atividades de controle de vetores (competência da União, estados e municípios) de acordo com as necessidades referentes às ações sob sua competência.
- » Reposição de peças para equipamentos de aspersão de inseticidas.
- » Lâminas, lamínulas, estiletas, papel-filtro para detecção/diagnóstico.

Serviços de terceiros:

- » Pagamento de provedor de internet para viabilizar o envio de bancos de dados à SES, pesquisa e troca de informações técnicas.
- » Aluguel de fotocopiadoras, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente à área de vigilância em saúde.
- » Aluguel de veículos, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente às atividades de vigilância em saúde.
- » Confecção e reprodução de material educativo (*folders*, cartazes, cartilhas, faixas, *banners* etc.) e técnico (manuais, guias de Vigilância Epidemiológica etc.) na área de Vigilância em Saúde.
- » Divulgação de campanhas educativas em rádios, jornais, televisão etc., desde que o assunto seja da área de vigilância em saúde.
- » Manutenção de veículos e de equipamentos, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente às atividades de vigilância em saúde.
- » Realização de capacitações e eventos específicos da área de vigilância em saúde.
- » Pagamentos de assessorias, consultorias e horas-aula específicos da área de vigilância em saúde.

Os recursos do TFVS **não podem** ser aplicados em:

- » Compra de inseticidas, imunobiológicos, medicamentos, kits de laboratório, já que esses materiais classificam-se como insumos estratégicos, com aquisição garantida pelo Ministério da Saúde. Conforme referido no item 3.1.3 deste capítulo, estados e

municípios também poderão adquirir insumos estratégicos cuja aquisição está atribuída a outra esfera de gestão, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante comunicação formal com justificativa à SVS/MS (ou à Secretaria Estadual de Saúde, se o insumo for de responsabilidade de aquisição dos estados).


- » Contratação de recursos humanos para desenvolver ações/atividades de assistência médica, mesmo se voltadas para a Atenção Básica, por exemplo: pagamento de médicos/enfermeiros para atendimento a pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, Aids. Embora esses agravos estejam contemplados na Programação de Ações da Vigilância em Saúde, no que concerne à assistência médica, devem ser utilizados outros recursos como, por exemplo, o Bloco de Financiamento da Atenção Básica.


É importante ressaltar que a Secretaria de Vigilância em Saúde é uma instância técnica e gerencial do Ministério da Saúde, não tendo competência para dirimir, em caráter definitivo, questionamentos legais sobre utilização de recursos do TFVS. As SES e SMS devem sempre se apoiar em pareceres formais de suas instâncias próprias, como as consultorias e procuradorias jurídicas, quando houver dúvidas sobre o amparo legal para utilização dos recursos.



4

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

- 4.1 Introdução**
 - 4.2 Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis**
 - 4.3 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia**
 - 4.4 Programas de Prevenção e Controle de Doenças**
 - 4.5 Programa Nacional de Imunizações (PNI)**
 - 4.6 Considerações finais**
- 



4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

4.1 Introdução

A Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis constitui-se como importante instrumento para o planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, bem como a normatização das atividades técnicas correlatas. Sua operacionalização compreende uma série de funções específicas, permitindo conhecer o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, de forma que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

São funções da Vigilância Epidemiológica:

- » Coleta de dados.
- » Processamento dos dados coletados; análise e interpretação dos dados processados.
- » Recomendação das medidas de controle apropriadas.
- » Promoção das ações de controle indicadas.
- » Avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas.
- » Divulgação de informações pertinentes.

As mudanças no perfil epidemiológico das populações, no qual se observa declínio das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e crescente aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas, têm demandado a incorporação das doenças e agravos não transmissíveis às atividades da Vigilância Epidemiológica.

As competências de cada esfera do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) abarcam todo o espectro das funções de vigilância epidemiológica, porém, com graus de especificidade variáveis. As ações executivas são mais inerentes à esfera municipal e seu exercício exige conhecimento analítico da situação de saúde local.

Quanto mais capacitada e eficiente for a instância local, mais oportunamente podem ser executadas as medidas de controle. Os dados e informações aí produzidos serão mais consistentes, possibilitando melhor compreensão do quadro sanitário estadual e nacional

e, conseqüentemente, o planejamento adequado da ação governamental.

Para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), a atual orientação estabelece como prioridade o fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica, que devem ser dotados de autonomia técnico-gerencial para enfocar os problemas de saúde próprios de suas áreas de abrangência. As secretarias estaduais devem, cada vez mais, deixar de desempenhar o papel de executoras para assumir as responsabilidades de coordenação, supervisão e monitoramento das ações, de acordo com as responsabilidades estabelecidas na Portaria GM/MS n. 3252/09.

4.2 Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

4.2.1 Aspectos gerais:

A informação para a Vigilância Epidemiológica destina-se à tomada de decisões – informação para a ação. Esse princípio deve reger as relações entre os responsáveis pela vigilância e as diversas fontes que podem ser utilizadas para o fornecimento de dados. Dentre essas, a principal é a notificação, ou seja, a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.

Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da Vigilância Epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação.

A atual listagem das doenças de notificação nacional foi estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS n. 05, de 21 de fevereiro de 2006 (em processo de revisão). Os dados correspondentes compõem o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), descrito no capítulo IV deste livro. As secretarias estaduais de saúde e municípios podem adicionar à lista outras patologias de interesse regional ou local, justificada a sua necessidade e definidos os mecanismos operacionais correspondentes.

O caráter compulsório da notificação implica responsabilidades formais para todo cidadão, e uma obrigação inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área da saúde.

Aspectos que devem ser considerados na notificação:

- » Notificar a simples suspeita da doença, sem aguardar a confirmação do caso, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente.
- » A notificação tem de ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico-

-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.

- » O envio dos instrumentos de coleta de notificação deve ser feito mesmo na ausência de casos, configurando-se o que se denomina notificação negativa que funciona como um indicador de eficiência do sistema de informações.

Além da notificação compulsória, o Sistema de Vigilância Epidemiológica pode definir doenças e agravos como de notificação simples. O Sinan é o principal instrumento de coleta dos dados de notificação compulsória.

Fontes adicionais de dados epidemiológicos:

- » Inquérito epidemiológico.
- » Levantamento epidemiológico.
- » Investigação epidemiológica de campo.
- » Sistemas Sentinelas.

4.2.2 Emergências em Saúde Pública:

Respostas às doenças emergentes, surtos e emergências em Saúde Pública

A ocorrência de epidemias e pandemias por doenças emergentes ou reemergentes fez com que a comunidade internacional aprimorasse os serviços de vigilância em saúde. Dentre os fatores que contribuíram para essa mudança estão: a pressão demográfica; mudanças no comportamento social e alterações ambientais. A globalização que integrou os países refletiu no aumento da circulação de pessoas e mercadorias, estreitou as distâncias e o compartilhamento de agentes de doenças que são endêmicos ou inofensivos em determinadas regiões, mas que podem provocar graves problemas de ordem econômica, social, política e de saúde.

A expansão da circulação do vírus da influenza, H5N1, bem como a pandemia por síndrome respiratória aguda grave, mais conhecida por SARS, o uso de Antraz em atos terroristas e, mais recentemente, a pandemia pelo vírus influenza A H1N1 2009, são alguns exemplos da necessidade de aperfeiçoamento na vigilância em saúde em âmbito internacional e nacional (federal, estadual e municipal).

Todas as ações de respostas às emergências em saúde pública devem se realizar de maneira coordenada e articulada entre as três esferas de governo, sendo fundamental o papel das SES na articulação e assessoria junto aos municípios. Diante desse cenário e

continuando o processo de estruturação e aperfeiçoamento do serviço de recebimento, processamento e resposta oportuna às emergências epidemiológicas, existe no âmbito da SVS/MS o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs), que articula as necessidades de respostas rápidas às emergências epidemiológicas junto às SES e SMS.

Para o aperfeiçoamento das respostas às emergências epidemiológicas, é necessário que se contemple uma série de pontos, como:

- » Aumento da sensibilidade para a detecção de eventos relevantes, por meio da institucionalização de canais permanentes para recebimento e processamento de notificações.
- » Articulação e agilidade dos processos de verificação e análise de relevância das emergências epidemiológicas entre as diferentes esferas de gestão do SUS.
- » Ampliação da capacidade técnica de respostas às emergências epidemiológicas.
- » Ampliação das estruturas físicas e logísticas para o enfrentamento das emergências epidemiológicas.
- » Desenvolvimento de instrumentos para monitorar e avaliar a estruturação institucional no enfrentamento das emergências epidemiológicas, permitindo o aprimoramento e manutenção dos sistemas implementados.

O Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (Cievs):

O Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde – Cievs – encontra-se em funcionamento desde março de 2006, com a função de “detectar emergências de saúde pública, propiciar o gerenciamento dessas emergências e coordenar resposta apropriada pelo Ministério da Saúde, junto com as secretarias estaduais e municipais de Saúde” (CARMO e colaboradores, 2008). O Cievs foi constituído no âmbito da SVS e opera continuamente, contando com estrutura tecnológica que, segundo Carmo e Colaboradores (2008), “possibilita ampliar a capacidade de uso de informações estratégicas e de comunicação com outras esferas de gestão do SUS”, ampliando a “capacidade de detecção e resposta a toda emergência de saúde pública de importância nacional” – pode ser uma ferramenta importante no enfrentamento de pandemias, fortalecendo a capacidade de resposta já existente.

O Cievs compõe uma rede mundial de alerta e resposta (*Global Outbreak Alert and Response Network – Goarn*), constituída por centros que têm a finalidade de detectar e apoiar a intervenção oportuna sobre emergências de saúde pública, visando evitar a pro-

pagação internacional de doenças. O Brasil foi o terceiro país nas Américas a estruturar o seu centro de alerta e resposta.

O Centro utiliza informações procedentes de notificações realizadas por profissionais e serviços de saúde e secretarias municipais e estaduais. A notificação é realizada por e-mail institucional, telefone de acesso gratuito (0800) ou diretamente na página da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs) em área específica para notificação de emergências. As fontes não oficiais (“rumores”) utilizadas são acessadas por meio de monitoramento diário de alguns veículos de comunicação (*clipping*), RSS *feed* (exemplo: Google Alert e similares), Promed, ou acesso às páginas de organizações internacionais como OMS, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos e de instituições de saúde de outros países (CARMO e colaboradores, 2008).

A Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede Cievs)

A Rede Cievs visa “ampliar a capacidade de vigilância e resposta às emergências de saúde pública em todo o território nacional” (CARMO e Colaboradores, 2008) e é composta por unidades de monitoramento e de equipes de respostas rápidas às emergências de saúde pública nos estados e nas secretarias de saúde das capitais. Essas unidades contam com estruturas similares ao Centro do Ministério da Saúde e estão adaptadas de acordo com a necessidade e capacidade de cada secretaria. Segundo informações do Boletim “SVS em Rede”, em novembro de 2009 existiam no Brasil 32 Cievs estruturados, sendo 21 em secretarias estaduais e 11 em municipais.

Formação de técnicos para investigação e resposta às emergências de saúde pública

Desde o ano de 2000, vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde o Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – Episu, em colaboração com os CDC. Esse treinamento em serviço, realizado por um período de dois anos no âmbito da SVS/MS, habilita profissionais de saúde pública em detecção, investigação, análise e resposta às emergências de saúde pública, com atividades em campo e atividades teóricas. Enquanto nos primeiros anos o Episu era voltado para formação de técnicos que iriam compor as equipes da SVS/MS do Ministério da Saúde, atualmente muitos técnicos formados compõem as equipes de outros órgãos do SUS (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, secretarias estaduais e municipais de Saúde).

Nos últimos anos, tem sido apoiada a descentralização desse treinamento para as secretarias estaduais de Saúde, acompanhando a formação de unidades de respostas rápidas nos estados, com o objetivo de que todos os estados contem com profissionais adequadamente capacitados para detectar, investigar e responder às emergências de saúde pública no seu âmbito de atuação.

Atualmente, o Epibus compõe a Rede Cievs, agregando, dessa forma, a estrutura e os instrumentos necessários para detectar e monitorar as emergências com os profissionais treinados em investigação epidemiológica e resposta a essas emergências.

Desde a implantação do Epibus, os profissionais foram responsáveis, em conjunto com outros técnicos das áreas do Ministério da Saúde, SES e SMS, pela investigação epidemiológica de centenas de emergências de saúde pública, contribuindo para a elucidação desses eventos e sua resolução, incluindo cooperações internacionais.

4.3 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia

As doenças de notificação compulsória constituem risco à saúde da população e para que sejam desencadeadas ações de controle é primordial o conhecimento oportuno da ocorrência das mesmas.

O ambiente hospitalar é uma importante fonte para a notificação dessas doenças, principalmente dos casos mais graves, com impacto para a saúde pública no país. A detecção de aumento do número de casos de doenças transmissíveis pode levar à identificação de epidemias, sendo fundamental o conhecimento precoce para a adoção de medidas de controle. Além disso, o hospital é fonte de informação para outros problemas de saúde, possibilitando o acompanhamento do perfil de morbimortalidade da população atendida, apoiando o planejamento do sistema de saúde.

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/MS n. 2.529, de 23 de novembro de 2004 (em processo de revisão), o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar com o objetivo de ampliar a detecção, notificação e investigação de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e de outros agravos emergentes e reemergentes (BRASIL, 2004). A implantação desse subsistema foi regulamentada pela Portaria SVS/MS n. 1, de 17 de janeiro de 2005.

As atividades realizadas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) estão vinculadas às unidades de saúde componentes da Rede de Hospitais de Referência. Estão implantados hoje 190 núcleos, sendo hospitais subdivididos em três níveis: Nível I (97 NHE), Nível II (54 NHE) e Nível III (39 NHE).

Em 5 de agosto de 2010 foi publicada a Portaria GM/MS n. 2.254, que revoga e substitui as portarias anteriormente citadas. Essa portaria propõe as seguintes atribuições na organização da Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar (BRASIL, 2010):

Compete ao Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS):

- » Definir os critérios de seleção dos hospitais de referência nacional, a partir de negociação tripartite;
- » Repassar regularmente às secretarias estaduais e municipais de saúde e do DF e aos hospitais federais os valores correspondentes ao Fator de Incentivo para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (FIVEH), de acordo com o capítulo III da Portaria GM/MS n. 2.254/10 e em consonância ao disposto nos artigos 34, 35 e 38 da Seção I do Capítulo VI da Portaria GM/MS n. 3.252/09;
- » Coordenar, na sua esfera de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, articulada à Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede Cievs);
- » Realizar assessoria técnica e apoiar o processo de capacitação de recursos humanos voltados ao desenvolvimento das atividades inerentes ao NHE;
- » Elaborar as normas técnicas referentes ao desenvolvimento das atividades dos NHE integrantes dos hospitais de referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em consonância com as prioridades do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS);
- » Definir e operacionalizar, no seu âmbito de ação, o processo de monitoramento e avaliação da Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS;
- » Realizar e apoiar estudos epidemiológicos e operacionais relacionados às doenças e agravos de notificação compulsória no ambiente hospitalar, em articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS;
- » Participar da elaboração e avaliação de protocolos clínicos assistenciais das doenças e agravos de notificação compulsória no ambiente hospitalar;
- » Estabelecer, mediante portaria específica, a relação das unidades de referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, após homologação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Compete ao gestor estadual do SUS:

- » Identificar os hospitais que podem se constituir como referência nacional para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar no seu território e avaliar a adequação dessas unidades aos critérios de seleção elencados no Anexo I da Portaria GM/MS n. 2.254/10;
- » Submeter à homologação da CIB a relação dos hospitais de referência nacional, para posterior informação à SVS/MS;

- » Coordenar, no seu âmbito de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, articulada à Rede Cievs e às demais prioridades de Vigilância em Saúde definidas pelo gestor estadual;
- » Elaborar normas técnicas complementares às do nível federal para a sua unidade federada, sempre que necessário;
- » Apoiar tecnicamente os hospitais na implantação dos NHE, por meio de assessoria técnica e da capacitação de recursos humanos;
- » Garantir o funcionamento dos NHE que eventualmente passem a integrar uma rede de referência estadual para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- » Executar e/ou complementar as ações desencadeadas a partir das atividades de vigilância epidemiológica realizadas no âmbito hospitalar, em seu território; e
- » Monitorar e avaliar, no seu âmbito de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em articulação com os gestores municipais.

Compete ao gestor municipal do SUS:

- » Definir, em conjunto com o gestor estadual, os hospitais de referência nacional no seu território, de acordo com os critérios estabelecidos no Anexo I da Portaria GM/MS n. 2.254/10;
- » Apoiar tecnicamente os hospitais na implantação dos NHE de referência nacional, por meio de assessoria técnica e da capacitação de recursos humanos;
- » Garantir o funcionamento dos NHE que eventualmente passem a integrar uma rede de referência municipal para a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- » Elaborar normas técnicas complementares às dos níveis federal e estadual para o seu município, sempre que necessário;
- » Coordenar, no seu âmbito de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, articulada à Rede Cievs e às demais prioridades de vigilância em saúde definidas pelo gestor municipal;
- » Executar e/ou complementar as ações desencadeadas a partir das atividades de vigilância epidemiológica realizadas no âmbito hospitalar, em seu território; e
- » Monitorar e avaliar, no seu âmbito de ação, a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em articulação com o gestor estadual.

4.4 Programas de Prevenção e Controle de Doenças

Nesta seção, serão apresentados os principais programas de prevenção e controle de doenças, entretanto, as ações de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis abrangem um elenco muito maior de agravos como: as doenças imunopreveníveis (sarampo, tétano, coqueluche etc.); antroponozoonoses e doenças transmitidas por vetores (leishmaniose, esquistossomose, leptospirose, febre amarela, raiva etc.); as doenças de veiculação hídrica e alimentar (febre tifoide, botulismo etc.) e de veiculação respiratória, como as meningites.

4.4.1 Programa Nacional de Controle da Dengue

4.4.1.1 ASPECTOS GERAIS

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda, podendo apresentar quadro benigno ou mais grave, conforme sua forma de apresentação: infecção inaparente, dengue clássica, febre hemorrágica da dengue (FHD) ou síndrome de choque da dengue. É causada por um arbovírus (vírus transmitidos por artrópodes) do gênero *Flavivírus*, família *Flaviviridae*, apresentando quatro sorotipos conhecidos (1, 2, 3 e 4) (BRASIL, 2005).

Seus vetores são os mosquitos do gênero *Aedes*, sendo a espécie *Aedes aegypti* a mais importante para sua transmissão nas Américas. Teve sua origem na África subsaariana, adaptando-se ao ambiente urbano e, se domesticado, torna-se antropofílico, passando a utilizar para sua oviposição depósitos artificiais. Essa capacidade de adaptação, utilizando diversos meios de transporte, permitiu uma rápida difusão espacial e um explosivo crescimento nas áreas urbanas (BARRETO E TEIXEIRA, 2008).

A dengue tornou-se, assim, a arbovirose mais importante do mundo, principalmente nos países tropicais, onde a temperatura e a umidade favorecem a proliferação de seu vetor. Segundo TAUIL (2002), dentre as doenças reemergentes, a dengue é a que se constituiu no mais grave problema de saúde pública.

A dengue tem sido relatada nas Américas há mais de 200 anos, tendo sua circulação se intensificado a partir dos anos 1960. No Brasil, há relatos de epidemias desde 1846. As primeiras citações na literatura datam de 1916 em São Paulo e 1923 em Niterói. Inquérito sorológico realizado em 1953 e 1954 na região amazônica encontrou soropositivos para anticorpos contra o vírus da dengue, levantando-se, assim, a hipótese de que o vírus circulou na região.

A primeira epidemia confirmada no país ocorreu em Roraima em 1982, quando foram isolados os sorotipos do tipo 1 e 4 (oriundos provavelmente do Caribe e Venezuela),

tendo sido inclusive realizado inquérito sorológico que comprovou a infecção de onze mil pessoas. Essa epidemia foi rapidamente debelada, e o vírus da dengue não se expandiu para outras áreas, pois o *Aedes aegypti* ainda não estava disperso no território brasileiro (BARRETO E TEIXEIRA, 2008).

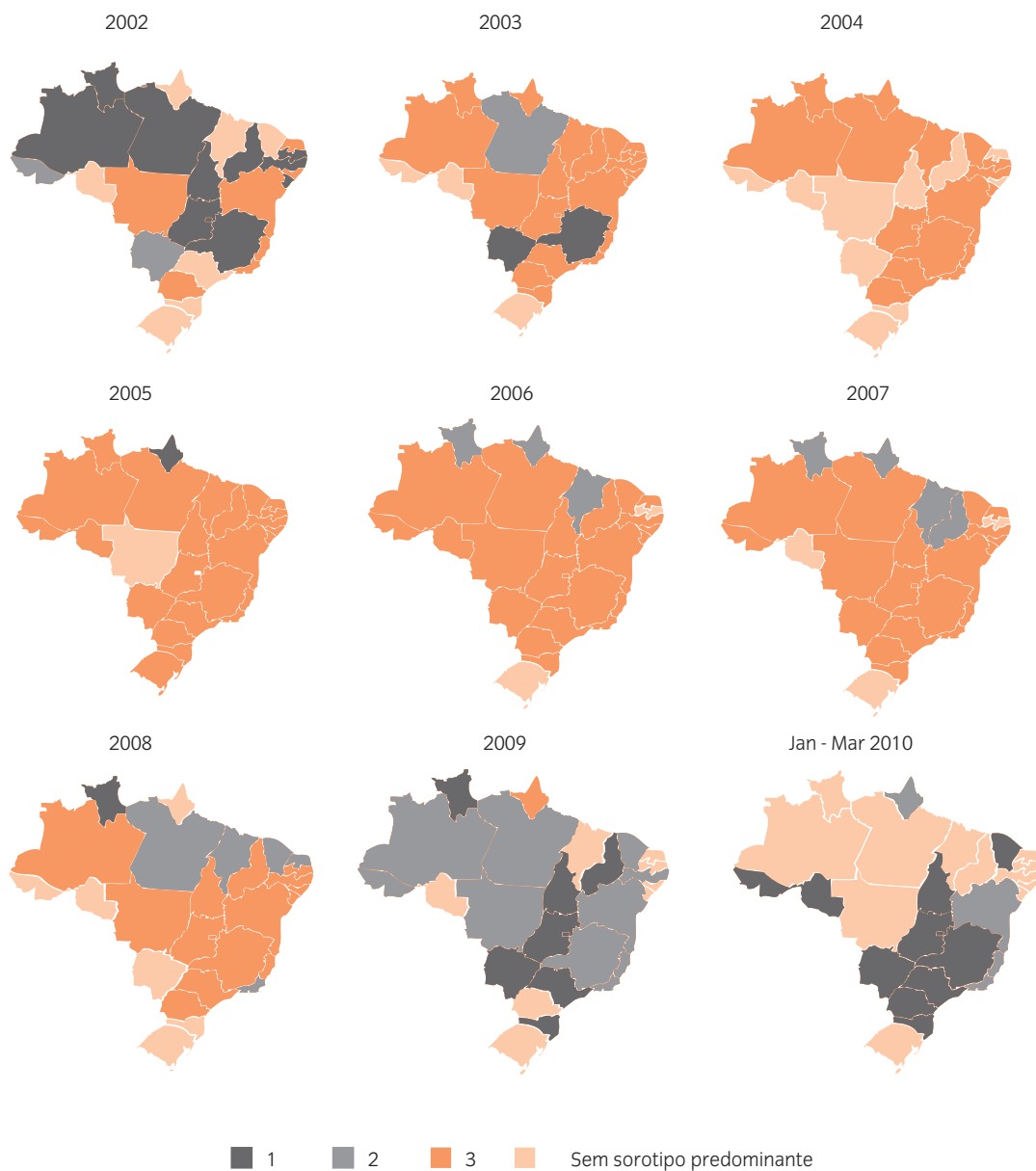
Em 1986 ocorreu a reintrodução do vírus (sorotipo 1) no país, com os primeiros casos identificados no estado do Rio de Janeiro, município de Nova Iguaçu, disseminando-se para toda a região metropolitana da capital desse estado, com a notificação de mais de 33.500 casos e, no ano seguinte, cerca de 60.000. Nesses mesmos anos ocorreram epidemias também no Ceará, Alagoas e Pernambuco, além de surtos localizados em pequenas cidades da Bahia, Minas Gerais e São Paulo. Após dois anos de baixa endemicidade, em 1990 volta a ocorrer aumento do número de casos, com a introdução do sorotipo 2 do vírus novamente em Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro, e aumento da transmissão do vírus de sorotipo 1. Concomitantemente nesse ano ocorrem os primeiros casos de FHD no país, sendo registrados 462 casos e oito óbitos (BARRETO E TEIXEIRA, 2008).

Na década de 1990, ocorre aumento significativo da incidência da doença, em decorrência da dispersão do *Aedes aegypti* no território nacional. Esse fenômeno, associado à grande mobilidade da população, leva à disseminação dos sorotipos 1 e 2 para 20 dos 27 estados do país. Entre os anos de 1990 e 2000, ocorrem várias epidemias, principalmente nos grandes centros urbanos das regiões Sudeste e Nordeste. Somente na segunda metade da década são registradas epidemias nas regiões Centro-Oeste e Norte (BRASIL, 2005).

Em dezembro de 2000 é identificada pela primeira vez a circulação do sorotipo 3 do vírus, mais uma vez no estado do Rio de Janeiro. No mês de novembro do ano seguinte esse sorotipo é também identificado no estado de Roraima. Esse sorotipo é responsável por grande aumento dos casos em 2002, sendo notificados quase 700.000 casos (cerca de 80% das ocorrências das Américas). A partir desse ano ocorre uma rápida dispersão desse sorotipo nos demais estados, chegando a ocorrer o registro, já no primeiro semestre de 2004, da circulação simultânea em 23 dos 27 estados do país dos sorotipos 1, 2 e 3 do vírus da dengue (BRASIL, 2005; BARRETO E TEIXEIRA, 2008).

Na figura 21, podemos observar a evolução dos sorotipos predominantes de dengue nas diversas UFs, de 2002 a 2010.

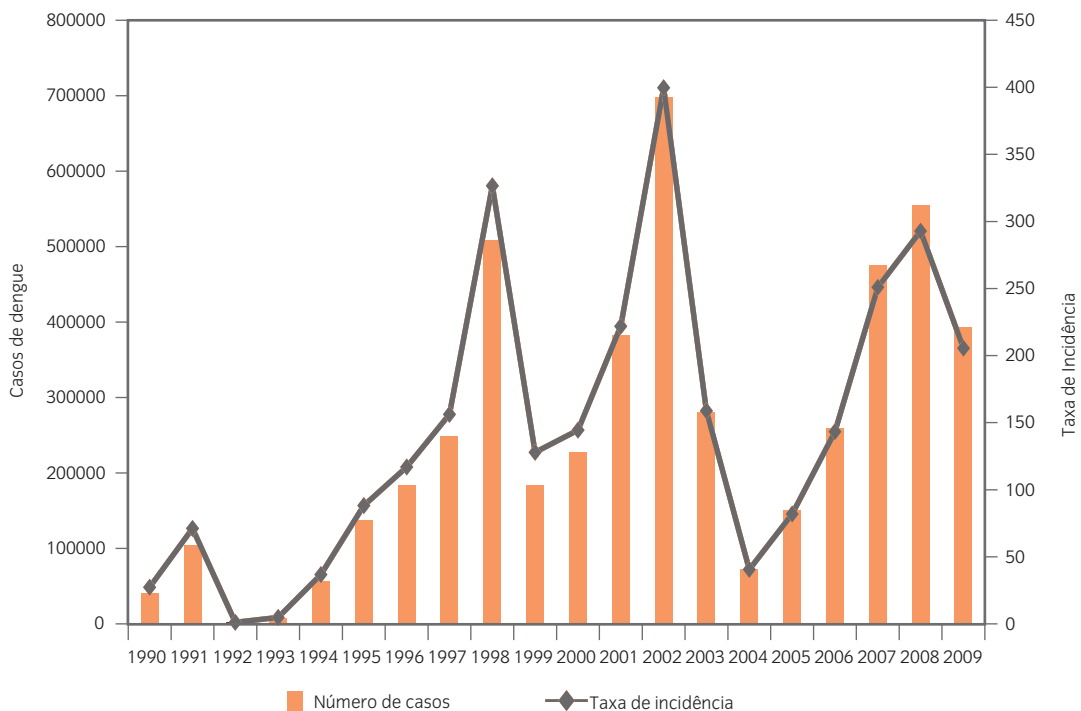
Figura 21: ISOLAMENTO VIRAL: SOROTIPOS PREDOMINANTES SEGUNDO UF. BRASIL, 2002 A 2010.



Situação epidemiológica atual:

Após o significativo aumento do número de casos em 2002, ocorre uma diminuição do número de casos até 2004, que voltam a aumentar gradativamente, chegando a mais de 550.000 casos em 2008. A situação epidemiológica da dengue no Brasil de 1990 a 2009 está demonstrada na figura 22.

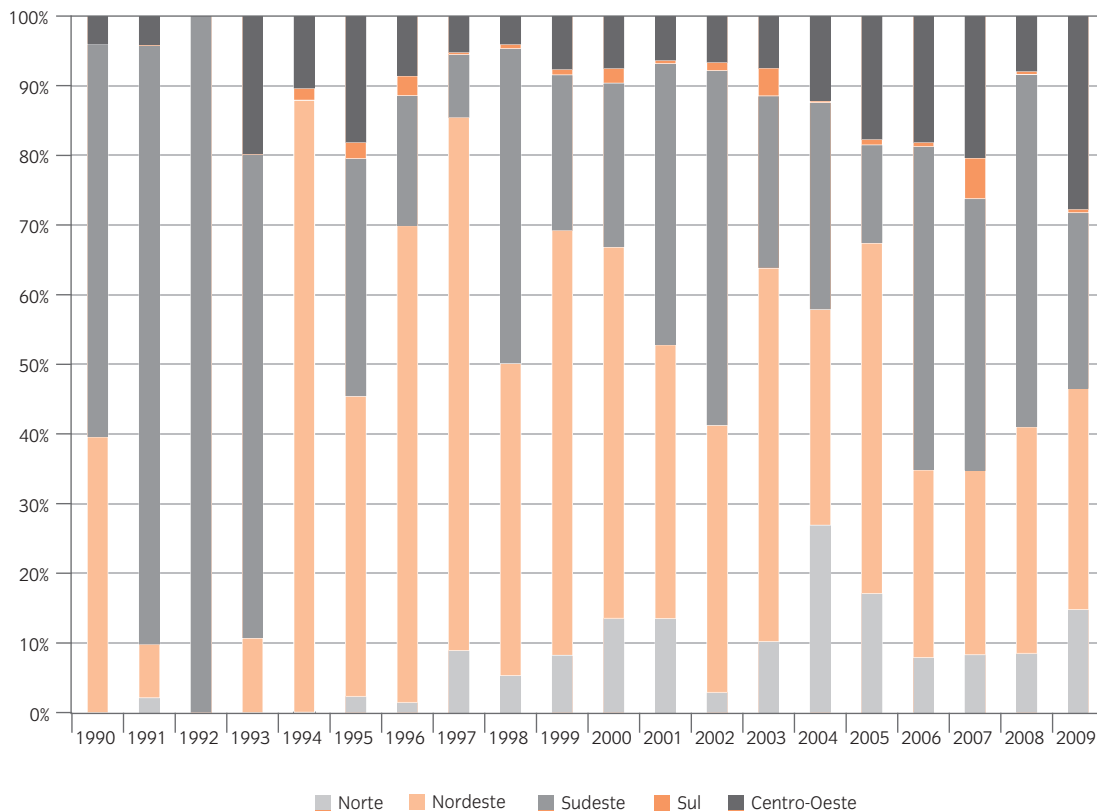
Figura 22 NÚMERO DE CASOS E TAXA DE INCIDÊNCIA (POR 100.00 HABITANTES) DE DENGUE. BRASIL, 1990 A 2009



FONTE: SVS/MS

A participação das regiões do país na distribuição dos casos de dengue varia ano a ano (figura 23). No início da década de 1990, a maior proporção de casos era proveniente das regiões Sudeste e Nordeste. Essa situação se manteve até 2008, ocorrendo, porém, um aumento gradativo da proporção de casos ocorridos nas regiões Norte e Centro-Oeste. Em 2009, a região com maior número de casos foi a Nordeste (124.798 casos), seguida das regiões Centro-Oeste (109.187 casos) e Sudeste (99.307 casos). A região Norte apresentou 58.310 casos e a Sul, 1.981, totalizando 393.583 casos. O único estado brasileiro que se mantém sem registro de transmissão autóctone da doença é Santa Catarina.

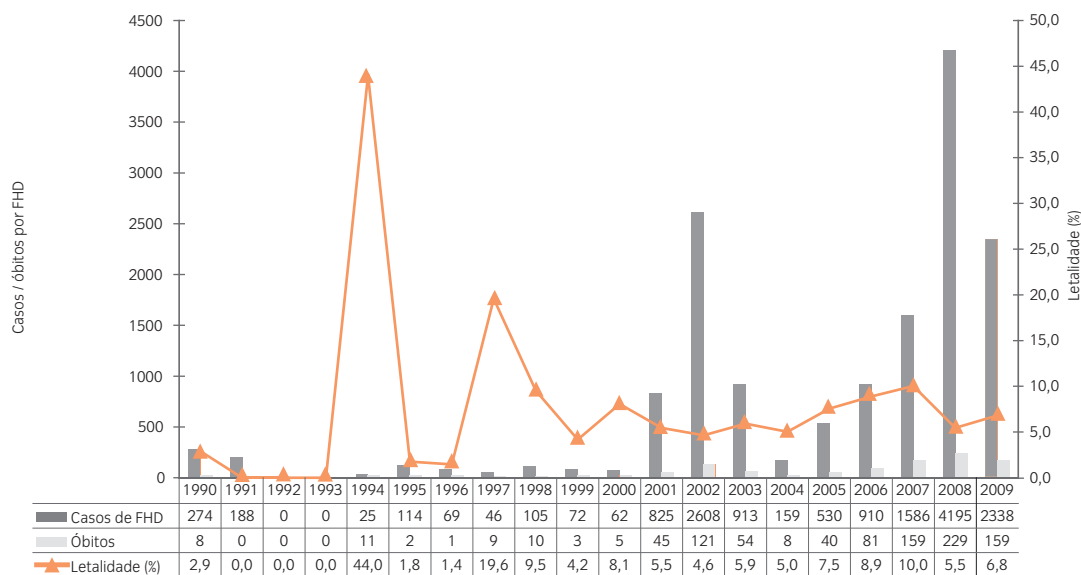
Figura 23 PROMOÇÃO DE CASOS DE DENGUE NOTIFICADOS POR REGIÃO, SEGUNDO ANO, BRASIL 1990 A 2009



FONTE: SVS/MS

O surgimento de formas graves da dengue, como a Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) vem aumentando a partir da introdução de novos sorotipos no país, conforme figura abaixo. As taxas de letalidade por FHD também vêm se mantendo elevadas.

Figura 24 NÚMERO DE CASOS DE ÓBITOS POR FEBRE HEMORRÁGICA DA DENGUE (FHD) E TAXA DE LETALIDADE (%). BRASIL, 1990 A 2009



FORNE: SVS/MS

4.4.1.2 OS DESAFIOS PARA O CONTROLE DA DENGUE NO BRASIL

Segundo TAUIL (1992), “na ausência de uma vacina preventiva eficaz, de tratamento etiológico e quimioprofilaxia efetivos, o único elo vulnerável para reduzir a transmissão da dengue é o mosquito *Aedes aegypti*, seu principal vetor.” O autor destaca as dificuldades para combater o mosquito, especialmente nas grandes e médias cidades, onde a complexidade da vida urbana atual gera facilidades para sua proliferação e limita a redução de seus índices de infestação.

Dentre as principais dificuldades geradas na modernidade para o controle da dengue, COELHO (2008) destaca vários fatores que extrapolam o setor da saúde, como o surgimento de grandes aglomerados urbanos, frequentemente sem condições adequadas de habitação e abastecimento de água, o trânsito de pessoas e cargas entre países cada vez maior e mais rápido, devido ao desenvolvimento dos meios de transporte e à globalização das relações econômicas, além das “mudanças climáticas provocadas pelo aquecimento global, que influem no regime e duração das chuvas”.

No Brasil, todos esses fatores são importantes. Entre 1970 e 2000 a população brasileira dobrou, concentrando-se principalmente nas cidades (81% da população urbana,

segundo o IBGE), com aproximadamente 18 milhões de pessoas vivendo em áreas urbanas sem acesso a água encanada. Onde existe esse abastecimento, segundo a Pesquisa Nacional de Saneamento (2000), ocorre intermitência em 20% dos distritos pesquisados. Essa mesma pesquisa também mostra sérios problemas na destinação do lixo, que geralmente é inadequada, com a utilização de “lixões” em 63% dos municípios brasileiros, ocorrendo ainda concentração de sua produção, com 32% do volume de lixo gerado no país proveniente de 13 cidades com mais de 1 milhão de habitantes. A grande circulação de turistas (mais de 21 milhões, de 1990 a 2004) facilita também a introdução dos novos sorotipos do vírus e, conseqüentemente, novas epidemias (COELHO, 2008).

Dificuldades para o controle da dengue vêm sendo encontradas em todo o mundo. TAUIL (1992) cita o exemplo de Cuba, ilha com dimensões e população muito menores que o Brasil, com sistema de saúde reconhecidamente organizado, onde, após a ocorrência em 1981 da primeira epidemia de FHD nas Américas, com grande mobilização do governo e sociedade, conseguiu-se reduzir drasticamente a infestação, atingindo níveis residuais. Ocorreu, porém, uma reinfestação, ocasionando nova epidemia de dengue entre o final de 2001 e início de 2002. Em Cingapura, considerado um modelo no controle do mosquito, persiste ainda resíduo de infestação, ocorrendo transmissão esporádica da doença. Todos os 18 países das Américas que anteriormente eliminaram o *Aedes aegypti* estão novamente reinfestados.

Para o autor, com base nos conhecimentos científicos e recursos tecnológicos atualmente disponíveis em relação à dengue, “os objetivos do controle dessa doença devem estar bem claros”. Considera possível reduzir os atuais coeficientes de letalidade para valores próximos a 1% com a organização do sistema de assistência médica aos casos suspeitos, e diminuir as dimensões das epidemias com o aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e conseqüente detecção precoce dos surtos da doença, com uma resposta mais efetiva no combate ao vetor infectado quando este ainda está restrito a algumas áreas das cidades. Considera, porém, difícil, mesmo com baixos níveis de infestação, evitar que casos de dengue ocorram, “pois evitar a entrada do vírus, por meio de portadores, numa área infestada, é praticamente impossível”. Segundo TAUIL, “realisticamente, a eliminação desse vetor das grandes e médias cidades parece inexecutável nos dias de hoje, considerando toda a complexidade da vida urbana”.

Percebe-se, assim, que são muitos os desafios. É óbvio que o Sistema Único de Saúde – SUS – tem um papel fundamental no enfrentamento do problema, tanto no desenvolvimento de ações de vigilância e controle do vetor, como na organização dos serviços de saúde para o adequado atendimento às vítimas da dengue.

É preciso ter clareza, especialmente nas questões relativas ao controle da infestação

pelo *Aedes aegypti*, que o setor saúde, atuando de forma isolada, nunca atingirá esse objetivo. É necessário que esse problema seja enfrentado por todas as áreas de governo, como uma política de Estado e com o envolvimento consciente da população.

Nenhuma ação de controle terá êxito sem a efetiva participação de cada cidadão. Não é viável para o poder público estar presente, com a frequência necessária, em todos os imóveis, portanto, torna-se necessário não só informar, mas buscar mudanças de atitude diante do problema.

Os desafios para o SUS

O SUS tem como principais responsabilidades no enfrentamento da dengue a coordenação das ações de controle do vetor, a Vigilância Epidemiológica e a adequada assistência às pessoas afetadas pela doença.

O controle do vetor dependerá de uma ampla participação das diversas políticas públicas envolvidas e da sociedade. A Vigilância Epidemiológica e a adequada assistência são obrigações inequívocas do sistema de saúde e os resultados dependerão principalmente de uma boa organização da Rede de Atenção à Saúde.

O modelo atualmente proposto pelo Ministério da Saúde para fazer frente a esses desafios foi delineado em 2002, tendo em vista o incremento da incidência e do elevado risco de aumento dos casos de febre hemorrágica da dengue, e efetivado por meio da implantação do **Programa Nacional de Controle da Dengue**.

Segundo COELHO (2008), o Programa se fundamentou nos seguintes aspectos:

- » Necessidade de elaborar programas permanentes, uma vez que não existia qualquer evidência técnica da possibilidade de erradicação do mosquito *Aedes aegypti* em curto prazo.
- » Desenvolvimento de campanhas de informação e mobilização das pessoas, de forma a estimular a maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor.
- » Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica e Entomológica, para ampliar a capacidade de predição e detecção precoce de surtos da doença.
- » Melhoria da cobertura, qualidade e regularidade do trabalho de campo no combate ao vetor.
- » Integração das ações de controle da dengue na Atenção Primária.
- » Utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eli-

minação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas etc.

- » Atuação multisetorial, por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e utilização de recipientes seguros para armazenagem de água.
- » Desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios.

O SUS e as ações de Prevenção e Controle da Dengue

Em seu artigo publicado em 2002 nos “Cadernos de Saúde Pública”, TAUIL considera que “em função da situação político-institucional do Brasil, particularmente do setor saúde, não se admite mais uma estratégia de combate ao mosquito nos moldes da realizada no passado, por meio de uma campanha centralizada, verticalizada e hierarquizada”. Ao mesmo tempo, lembra que “não há experiência no mundo de eliminação de um vetor de doença realizada de forma descentralizada, com direção única em cada nível de governo, a exemplo do preconizado pelo Sistema Único de Saúde brasileiro”.

O autor identifica como principais desafios para o combate ao *Aedes aegypti* os seguintes aspectos críticos do ponto de vista institucional:

- » As atividades de vigilância sanitária em nível municipal carecem de legislação de apoio, e/ou de práticas de fiscalização, para eliminarem os criadouros do mosquito em pontos considerados estratégicos, como borracharias, cemitérios, depósitos de ferro velho a céu aberto, terrenos baldios não cuidados e caixas d’água domiciliares descobertas.
- » Dificuldades na ampliação e regularização do abastecimento de água encanada e da coleta frequente do lixo, com destinação adequada, particularmente nas periferias das cidades.
- » As grandes e médias cidades possuem hoje áreas de difícil acesso aos domicílios pelos servidores públicos, tanto por razões de segurança (o que ocorre não só nos bairros de população mais abastada, mas também naqueles mais pobres) como pelo fato de as inspeções serem feitas durante o dia, quando muitos prédios encontram-se fechados. As inspeções ficam assim quantitativamente prejudicadas, muitos focos de mosquito não são identificados e, conseqüentemente, não tratados.
- » A inspeção de domicílios para levantamento dos índices de infestação e eliminação de focos é uma atividade de mão de obra intensiva, exigindo “contratação, treinamento e supervisão de pessoal de campo, em quantidade suficiente para dar cobertura abrangente dos domicílios”. Em virtude de limitações legais para contratação de pes-

soal, a terceirização tem sido utilizada como alternativa para superá-las, com contratos geralmente temporários e às vezes sem garantias trabalhistas, gerando grande rotatividade do pessoal; assim, “mesmo que sejam bem treinados, não chegam a adquirir experiência suficiente para um trabalho de boa qualidade”. Essa situação se torna ainda mais crítica com a falta de supervisão adequada (TAUIL, 2002).

Outro importante elemento institucional considerado pelo autor é relativo à informação, educação e comunicação da população sobre a necessidade e as formas de reduzir os fatores domiciliares que favorecem a multiplicação dos mosquitos.

Diante das citadas dificuldades e das já relatadas situações de surtos e epidemias recorrentes, têm sido observadas críticas ao modelo de controle implantado.

Em artigo publicado nos “Cadernos de Saúde Pública”, em 2003, PENNA considera que existe senso comum de que a principal e tradicional estratégia para controle da Dengue se dá “por meio do trabalho de guardas sanitários, que devem periodicamente visitar todas as edificações urbanas” e que essa estratégia “jamais teria sido implementada desde o reaparecimento da doença no país na década de 80”. Considera que não podemos encarar a questão da dengue “simplesmente como um problema entomológico, virológico e médico, mas como um problema de saúde coletiva”, e que a estratégia de guardas sanitários não teria, na época, “factibilidade administrativa”. Para a autora, a “reforma sanitária brasileira em um primeiro momento priorizou a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde, de modo a atender o princípio da universalidade de acesso à saúde, e não ações de controle de doenças específicas”, especialmente aquelas que não tinham efeito sinérgico para a atenção primária. A situação da dengue na época refletia “a decisão política de não priorizar o controle vetorial no país no primeiro momento da construção do SUS” e que apesar das críticas à atuação verticalizada da antiga Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), em que ocorria a “tomada de decisões técnicas em nível nacional com execução acrítica de atividades por todo o país”, durante o processo de descentralização o que se via no controle da dengue era a “municipalização de uma execução acrítica, cujas normas continuavam vindo do nível federal” e a “transposição de antigas práticas de organização verticalizada para os municípios executarem descentralizadamente” (PENNA, 2003).

MEDRONHO (2008) considera ser “essencial repensar a estratégia de controle do vetor”, e que além da necessidade de adoção de políticas integradas entre diversos setores e não apenas da saúde, “as políticas de combate à doença devem extrapolar o âmbito municipal nas grandes metrópoles [...] ter a humildade de reconhecer que a atual estratégia, pelo menos nos grandes centros urbanos, não deu certo e ter a ousadia de mudá-la.”

Acredita ser necessário “mobilizar a academia e os técnicos dos serviços de saúde para a formulação de estratégias inovadoras e inteligentes de combate ao vetor, adaptadas à nossa realidade”, e que o país necessita “se apropriar melhor do conhecimento sobre todos os aspectos do problema em seus diferentes níveis: virológico, entomológico, epidemiológico e social”. O autor destaca que as agências de fomento à pesquisa e o Ministério da Saúde devem estimular “a criação de redes de pesquisa entre as diversas instituições para otimizar esse processo”.

Já COELHO (2008) considera que desde a implantação do PNCD, com o esforço articulado do Ministério da Saúde com os estados e municípios, progressos foram obtidos, particularmente no que diz respeito à consolidação e aperfeiçoamento das diretrizes programáticas e das estruturas locais dos programas de controle. Para o autor, “a complexidade dos fatores que interferem na dinâmica de transmissão da dengue impõe novos desafios e procedimentos a serem implementados, para seu enfrentamento”, destacando os seguintes avanços:

- » Financiamento sustentável das atividades de controle, com o repasse regular dos recursos financeiros para os fundos estaduais e municipais de saúde.
- » Desenvolvimento do Levantamento Rápido de Índice Entomológico do *Aedes aegypti* – LIRAA (levantamento larvário amostral, realizado em tempo menor que o método tradicional, capaz de identificar a densidade larvária e os criadouros preferenciais nos espaços intraurbanos), que demonstrou seu papel de “sinal de alerta e orientação aos responsáveis locais pelos programas de controle da Dengue na adoção das medidas preventivas anteriores ao período de maior transmissão da doença”.
- » Elaboração de estratégias integradas de controle da Dengue envolvendo grandes regiões metropolitanas e capitais dos estados de Minas Gerais, São Paulo e Pará.
- » Atualização e disseminação de informações aos profissionais de saúde, para o adequado diagnóstico e conduta do paciente com dengue, por intermédio de protocolos clínicos padronizados e processos de capacitação.
- » Iniciativa de alguns municípios pela inserção da estratégia Saúde da Família – ESF – nas atividades de controle da dengue.
- » Ordenamento jurídico e amparo legal para orientar o trabalho dos agentes de saúde em imóveis fechados ou abandonados ou naqueles em que o proprietário recuse a visita.
- » Realização de campanhas de comunicação e mobilização da população com elaboração de pesquisa de opinião pública e mídia regionalizada (COELHO 2008).

Em resposta aos questionamentos sobre a efetividade e resultados das ações empreendidas pelo PNCD, o autor reconhece que apesar das muitas ações empreendidas, ainda ocorrem epidemias e óbitos por dengue. Considera que “uma análise de impacto necessitaria de avaliações e estudos mais aprofundados”, destacando que ao se comparar os cinco anos anteriores (1998-2002) com os cinco anos posteriores (2002-2007) à implantação do PNCD, ocorreu uma redução de 25% no total de casos notificados no país e redução de 3% nos casos de febre hemorrágica da dengue, porém, observou-se um aumento de 1,6 vez dos óbitos no mesmo período. Avalia ser provável que o Brasil estaria em situação pior caso todo o esforço de implementação do PNCD não tivesse sido realizado. O autor lembra que análises globais podem estar sujeitas a crítica, tendo em vista as grandes diferenças regionais do país, na medida em que existem situações de maior gravidade regionais e locais (COELHO 2008).

O SUS e as ações de Vigilância Epidemiológica

Dentre as principais atribuições do SUS no enfrentamento da dengue, destaca-se o aprimoramento das ações de vigilância epidemiológica – VE, cujo principal objetivo é conseguir agilidade suficiente para a detecção precoce de epidemias e dos casos de evolução grave, com vistas a reduzir a letalidade. Para atingir esse fim, “precisa ter disponível informação consistente e oportuna, diagnóstico laboratorial otimizado, critério de caso bem definido e profissionais de saúde com um bom conhecimento clínico da doença”. (DUARTE e FRANÇA, 2006)

As ações, condutas e prioridade de objetivos vão ser diferenciadas de acordo com a situação entomológica e da circulação prévia do vírus em cada região.

Em áreas não infestadas o objetivo principal é “impedir a introdução do *Aedes*, procurando detectar precocemente os focos (Vigilância Entomológica), debelá-los em tempo hábil e fazer a vigilância de casos suspeitos, de acordo com as definições de caso preconizadas”. Nessas áreas, todos os casos suspeitos devem ser investigados e submetidos a coleta de sangue para confirmação laboratorial. Na investigação, é essencial detectar o local provável de infecção. Caso exista suspeita de autoctonia, deve ser imediatamente acionada a equipe de controle de vetores para pesquisar a presença do *Aedes aegypti* na área (BRASIL, 2005).

Já em áreas infestadas sem transmissão de dengue a VE deve “monitorar os índices de infestação predial, acompanhando as atividades das equipes de controle, com vistas a conhecer a distribuição geográfica do vetor e seus índices de infestação, identificando as áreas de maior risco para a introdução do vírus e acionando as medidas pertinentes,

detectando oportunamente os casos e determinando o local provável de infecção”. Nessa situação, recomenda-se também implementar a vigilância das febres agudas exantemáticas e a vigilância sorológica (realizar sorologia de dengue em pacientes com suspeita inicial de rubéola e/ou sarampo, que tiveram resultado sorológico negativo para ambos). Todos os casos suspeitos devem ser notificados e imediatamente investigados (BRASIL, 2005).

Nas áreas com história prévia de transmissão de dengue o principal objetivo é “detectar precocemente a circulação viral nos períodos não epidêmicos, diminuir o número de casos e o tempo de duração da epidemia nos períodos epidêmicos”. Em períodos não epidêmicos, todos os casos devem ser notificados e investigados, realizando-se também uma busca ativa de casos nos locais de residência, trabalho ou outros frequentados pelo paciente suspeito, coletando-se material de sorologia de eventuais casos suspeitos. É importante o monitoramento viral com vistas a detectar o(s) sorotipo(s) que está(ão) circulando na região. Todos os óbitos suspeitos devem ser investigados com vistas a “identificar e corrigir seus fatores determinantes”. A constante integração e comunicação com as equipes de controle Vetorial e com a comunidade são de fundamental importância (BRASIL, 2005).

Nos períodos epidêmicos todas as medidas destacadas para períodos não epidêmicos deverão ser mantidas, porém, recomenda-se a realização de exames sorológicos de apenas uma amostra dos pacientes com dengue clássico, confirmando-se a maioria dos casos por critério clínico-epidemiológico, após confirmado laboratorialmente que está ocorrendo circulação viral na área. Já para os casos suspeitos de FHD, a coleta é obrigatória para todos os casos. Nas situações de epidemia é importante reorganizar o fluxo de informação, garantindo o acompanhamento da curva epidêmica e analisar a distribuição espacial dos casos, orientando, assim, as medidas de controle e acompanhando os indicadores epidemiológicos (taxa de ataque, índices de mortalidade e letalidade) (BRASIL, 2005).

Concomitantemente, deverão ser tomadas todas as medidas para a organização da Rede de Atenção à Saúde.

O SUS e as ações de Assistência aos Pacientes com Dengue:

É indiscutível o papel do setor saúde na organização dos seus serviços com vistas ao adequado atendimento das vítimas de dengue e consequente redução da sua letalidade. Essa necessidade ficou mais evidente nas epidemias mais recentes, em que tem sido observada maior frequência de casos graves e, conseqüentemente, maior número de internações e letalidade.

A experiência tem demonstrado que “nem as epidemias são imprevisíveis, nem as altas taxas de letalidade imutáveis”. Portanto, se as epidemias são eventos previsíveis, é mais lógico organizar a rede de serviços de saúde com antecedência e planejamento.

Segundo TORRES (2006), “tão importante quanto evitar a transmissão de dengue é a preparação dos sistemas de saúde para atender adequadamente os doentes e evitar sua morte. Um bom administrador de saúde é capaz de salvar mais vidas durante uma epidemia de dengue que os médicos e intensivistas”.

Propõe-se, assim, que sejam elaborados com antecedência “planos de contingência” – planos estratégicos de organização da assistência aos casos suspeitos de dengue. Cada cidade deve contar com um plano de atendimento, facilitando o acesso precoce dos pacientes aos serviços de saúde. Estes devem contar com pessoal treinado nos procedimentos para classificar os casos e tomar as condutas indicadas, seguindo protocolos previamente estabelecidos, nos diferentes níveis de complexidade da assistência médica. Nesse processo, cuidados devem ser tomados na organização dos serviços de referência, reservando leitos hospitalares e mantendo os estoques dos insumos necessários para esse atendimento.

Destaca-se a importância da hierarquização da rede, planejada e estabelecida antes do início da epidemia, o que possibilita otimizar o papel das unidades básicas e intermediárias de saúde, evitando-se, assim, o congestionamento das unidades terciárias. Esse processo se viabiliza com maior facilidade em localidades que já contam com os serviços de Atenção Primária bem organizados (BRASIL, 2007). A experiência recente demonstrou que são acompanhadas de alta letalidade as epidemias ocorridas em regiões metropolitanas onde a Atenção Primária é incipiente e o sistema centrado na atenção hospitalar. O oposto ocorre em cidades em que a organização da Atenção Primária está consolidada como centro de comunicação da rede de Atenção à Saúde com suas unidades especializadas e hospitalares.

Assim, conforme TORRES (2006) “a qualidade da atenção à saúde determina em grande medida a ausência ou menor frequência da mortalidade por dengue, e depende, por sua vez, de um conjunto de medidas organizativas e de capacitação que se deve desenhar e adequar a cada localidade. Essas medidas devem ser postas em prática como parte das ações de prevenção e controle, antes que surjam as epidemias”.

O autor também considera que a principal medida é a capacitação dos recursos humanos envolvidos nos diversos níveis de atenção. Outra prioridade deve ser o trabalho de informação e educação da população, com vistas a conseguir que esta participe ativamente em seu autocuidado, reconhecendo oportunamente os sinais de gravidade (TORRES, 2006). É importante deixar claro à população que existe a possibilidade de ocorrerem formas graves e letais, estimulando a busca precoce de assistência médica (TAUIL, 2002).

Os desafios para as demais políticas públicas

Os fatores determinantes para a expansão da infestação pelo *Aedes aegypti* nos grandes centros urbanos extrapolam consideravelmente a governabilidade do setor saúde e, nesse sentido, destaca-se a importância da articulação intersetorial.

Segundo PENNA (2003), o problema da dengue “diz respeito ao meio ambiente urbano, um problema de todos, população e autoridades, não apenas da área de saúde”. Dentre os setores a serem envolvidos, a autora destaca o setor de urbanismo das prefeituras, de forma a “evitar edificações com arquitetura que permitam possíveis criadouros”, além de alertar e fiscalizar construções que possam se transformar em grandes geradoras de criadouros, com seus entulhos e recipientes, e exigir boa drenagem de superfícies impermeabilizadas como as lajes.

Há necessidade de se estabelecer cooperação com a área de meio ambiente, na medida em que está se tratando da ecologia de vetores e reservatórios, além do uso de inseticidas (PENNA, 2003). O setor ambiental pode atuar ainda de forma bastante efetiva no estímulo e fiscalização da destinação adequada do lixo, promovendo a reciclagem de diversos materiais como latas, recipientes plásticos e vidros, que, dispersos na área urbana, se transformam em reservatórios.

Outra área com importante papel no controle vetorial é a de abastecimento de água, geralmente administrada pelas companhias estaduais de saneamento, sob concessão das prefeituras. Tanto as regiões sem abastecimento de água, como aquelas com abastecimento intermitente levam a população a manter reservatórios para armazenamento de água como tanques e tambores. A falta de regularidade no abastecimento gerou a necessidade das caixas d’água (pouco comum em países mais desenvolvidos), que, destampadas ou mal vedadas, acabam se transformando em criadouros.

Destaca-se a necessidade de criação de regras e fiscalização de atividades comerciais, industriais e da construção civil, procurando evitar especialmente a formação de macrocriadouros, como grandes poças em lajes, tanques e piscinas sem tratamento. Cabe ao poder público o cuidado com os espaços sob sua responsabilidade direta, evitando deixar que logradouros públicos se transformem em grandes criadouros (PENNA, 2006).

As políticas públicas das áreas de educação, cultura e comunicação social têm papel fundamental nas ações de educação e mobilização da sociedade com vistas ao conhecimento da doença e às mudanças de atitudes necessárias para o controle do Vetor.

Cabe destacar as dificuldades enfrentadas na busca da articulação intersetorial. Os outros setores nem sempre conseguem se apropriar do problema, especialmente, quando

este está afeto a outra área. Frequentemente, ocorre um maior envolvimento nos momentos de epidemia, porém, com ações geralmente pontuais e fragmentadas. Melhores resultados são obtidos quando se vê o problema como uma prioridade de todo o governo, geralmente pela maior sensibilidade do chefe do Poder Executivo. O desejado, contudo, é que a dengue seja vista como uma questão de Estado, com ações integradas e duradouras das diversas políticas públicas.

Os desafios para a sociedade

É fundamental a participação da população nas ações de controle do vetor, como manter as caixas d'água vedadas, dar uma destinação adequada ao lixo, manter os quintais limpos, não deixar pneus expostos à chuva, manter os pratos de plantas com areia até a borda etc. A sensibilização da população para desenvolver essas ações deve ser feita por meio dos veículos de comunicação social, agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias, entre outros.

Pesquisa de opinião realizada a pedido do Ministério da Saúde mostrou que 91% dos entrevistados se sentem informados sobre como se pega dengue, 96% dos entrevistados recordam-se das campanhas, porém, 55% acham que se o vizinho não tomar as precauções necessárias para evitar o mosquito, as medidas que ele mesmo adota não adiantarão (PIMENTA, 2006). Percebe-se assim que, apesar da população estar informada sobre a doença, pouco se consegue quanto à mudança de atitude, no sentido de adotar as medidas necessárias em seu cotidiano.

Assim, a maioria da população absorve os conhecimentos, sabe onde o vetor coloca os ovos, que recipientes contendo água devem ser eliminados, da necessidade de colocar tampa nos depósitos que não podem ser eliminados etc. Porém, esses conhecimentos não têm sido eficazes no sentido da indução de mudanças de práticas e comportamentos, fazendo com que os ambientes domésticos se mantenham receptivos à manutenção e proliferação do *Aedes aegypti* (TEIXEIRA, 2008).

Por que isso acontece? Segundo RANGEL (2006), esse insucesso evidencia que ainda há dificuldades e limites nas estratégias de educação, comunicação e mobilização que vêm sendo utilizadas, apontando a necessidade de mudança nas abordagens que têm sido aplicadas. Para a autora, estas trazem ainda subjacente “uma visão unicausal da produção da doença, com cunho campanhista/higienista”.

Reproduzem-se táticas da antiga “polícia sanitária”, realizando intervenções no ambiente privado da família, muitas vezes descartando objetos, imiscuindo-se, criticando, ou “condenando” determinados hábitos, que culturalmente podem ser importantes, como, por exemplo, o uso de vasos para fins religiosos e decorativos (TEIXEIRA, 2008).

Para RANGEL (2006), podem ser estimulados alguns princípios e diretrizes para as ações de comunicação, educação e participação, tais como: participação democrática; sensibilidade cultural; multimidiatização: meios e recursos disponíveis e preferenciais; dialogicidade/criação de espaços de conversação; mobilização e educação por pares; capacitação profissional e comunitária; antecedência de pesquisas culturais (crenças, valores, saberes, percepções) e realização de pesquisas avaliativas dessas práticas. Alerta para os limites dessas ações, considerando relativo seu poder para produzir ou induzir mudanças de comportamentos e atitudes, “especialmente em contextos tão adversos à proteção e promoção da saúde”. a comunicação, educação e mobilização social seriam, assim, “campos de ação fundamentais para o bom desempenho de programas de prevenção e promoção da saúde, mais pela sua capacidade de abrir espaços de diálogo e conversação entre profissionais, agentes de saúde e população, na busca de solução para os problemas que os afetam, do que pelo seu potencial de mudar comportamentos e atitudes individuais diante dos riscos à saúde” (RANGEL, 2006).

4.4.1.3 AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DE EPIDEMIAS DE DENGUE

Em 2009 foram publicadas as “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue” (BRASIL, 2009). Após uma primeira versão elaborada pelo Ministério da Saúde, esse documento foi submetido a um grupo especial de validação, constituído por membros do Comitê Técnico Assessor Nacional do Programa Nacional de Controle da Dengue e representantes do CONASS e Conasems, e a seguir revisado pelo GTVS – Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite – e pactuado em reunião extraordinária dessa comissão em 9 de julho de 2009.

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue visam auxiliar estados e municípios na organização de suas atividades de prevenção e controle, em períodos de baixa transmissão ou em situações epidêmicas, contribuindo, dessa forma, para evitar a ocorrência de óbitos e para reduzir o impacto das epidemias de dengue.

Tem ainda como objetivos específicos:

- » Organizar as ações de Prevenção e Controle da Dengue.
- » Classificar riscos nos serviços de saúde.
- » Promover Assistência adequada ao paciente, garantindo acesso, diagnóstico e manejo clínico adequado por profissionais de saúde habilitados.
- » Aprimorar a Vigilância Epidemiológica, garantindo notificação, investigação dos casos e monitoramento dos sorotipos virais, sempre de forma oportuna.
- » Padronizar os insumos estratégicos necessários.
- » Definir estratégias para redução da força de transmissão, por meio do controle do vetor e de seus criadouros.

- » Apoiar a capacitação dos profissionais de saúde e dos gestores.
- » Sistematizar as atividades de Mobilização e Comunicação.
- » Aprimorar a análise de situação epidemiológica e de organização da Rede de Atenção para orientar a tomada de decisão.
- » Fortalecer a articulação das diferentes áreas e serviços, visando à integralidade das ações para enfrentamento da dengue.
- » Reforçar ações de Articulação Intersetorial em todas as esferas de gestão.

Essas diretrizes devem orientar a organização e o desenvolvimento da rotina das atividades de Prevenção e Controle da Dengue, com atenção especial às situações epidêmicas.

O processo de construção das Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue se mostrou bastante positivo, possibilitando ampla participação das diversas áreas técnicas, da academia (através do Comitê Técnico Assessor do PNCD) e de técnicos e gestores das três esferas de governo.

Tem como principal avanço a proposta de organização da assistência com base no estadiamento e classificação de risco, vindo ao encontro das propostas do CONASS referentes à organização das Redes de Atenção à Saúde, com base em modelo de atenção que já vem se mostrando exitoso em alguns estados brasileiros.

Reforça a necessidade do envolvimento intersetorial para o controle do vetor, deixando claro que o setor saúde de forma isolada não dará conta das questões relacionadas ao controle do vetor, conforme conceitos também já publicados pelo CONASS. Enfatiza também as diversas ações já preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue, definindo de forma bastante clara as atribuições das três esferas de governo.

As diretrizes propostas trazem, assim, avanços importantes na organização dos serviços de atenção e na sistematização das ações de controle do vetor, educação e mobilização social, fundamentais para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública, cuja prioridade está claramente definida pelos gestores do SUS no “Pacto pela Saúde”.

Componentes:

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue são compostas por 6 componentes: Assistência; Vigilância Epidemiológica; Controle Vetorial; Comunicação e Mobilização; Gestão do Plano e Financiamento.

Assistência:

O primeiro componente detalha os aspectos relacionados à assistência dos doentes de dengue, definindo quais são os casos suspeitos, detalhando como devem ser realizados anamnese e exame físico dos pacientes, as alterações laboratoriais e o diagnóstico diferencial.

Propõe também o protocolo a ser seguido na assistência ao paciente, introduzindo uma “classificação de risco do paciente com suspeita de dengue”, a partir dos critérios definidos pela Política Nacional de Humanização e também pelo estadiamento da doença. Esse dado subsidiará os profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento do paciente com suspeita de dengue, sendo também de grande importância na organização dos serviços, com vistas a agilizar o atendimento e evitar mortes. A classificação de risco pode ser observada na figura 24 e o fluxograma proposto para atendimento, na figura 25.

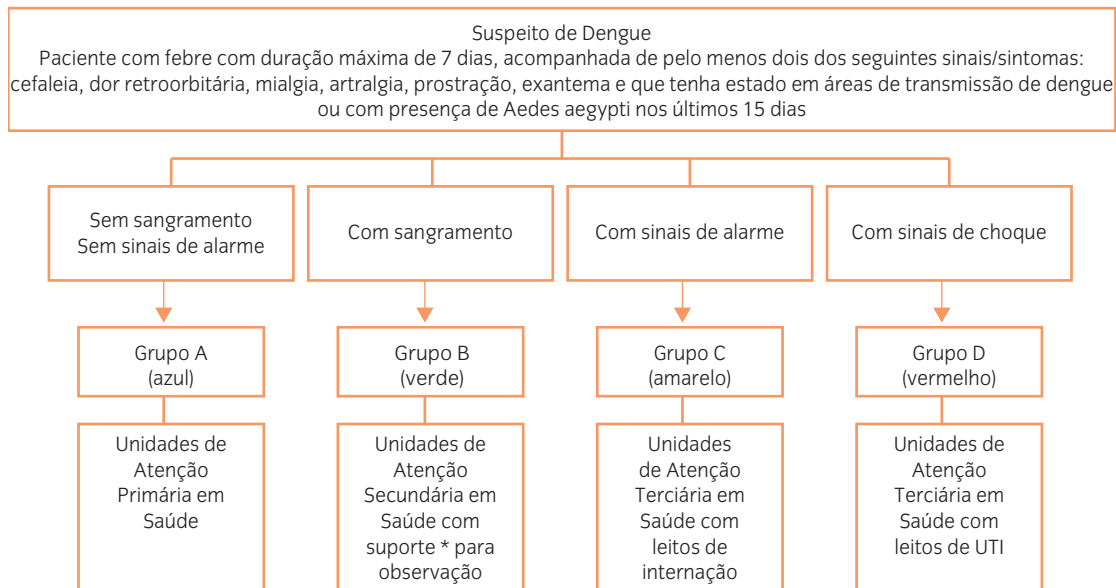
Figura 24: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM OS SINAIS E SINTOMAS

Azul	Grupo A – atendimento de acordo com o horário de chegada
Verde	Grupo B – prioridade não urgente
Amarelo	Grupo C – urgência, atendimento o mais rápido possível
Vermelho	Grupo D – emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 18

O protocolo proposto especifica a avaliação clínica e laboratorial a ser realizada em todos os casos suspeitos para a classificação dos casos, bem como a conduta a ser tomada para cada situação, orientando ainda o encaminhamento dos pacientes de acordo com sua complexidade para os diversos níveis de atenção.

Figura 25: FLUXOGRAMA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE DENGUE



*Suporte para observação - disponibilização de leitos (macas e/ou poltronas) possibilitando o mínimo de conforto ao paciente durante sua observação.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 19

Organização dos serviços:

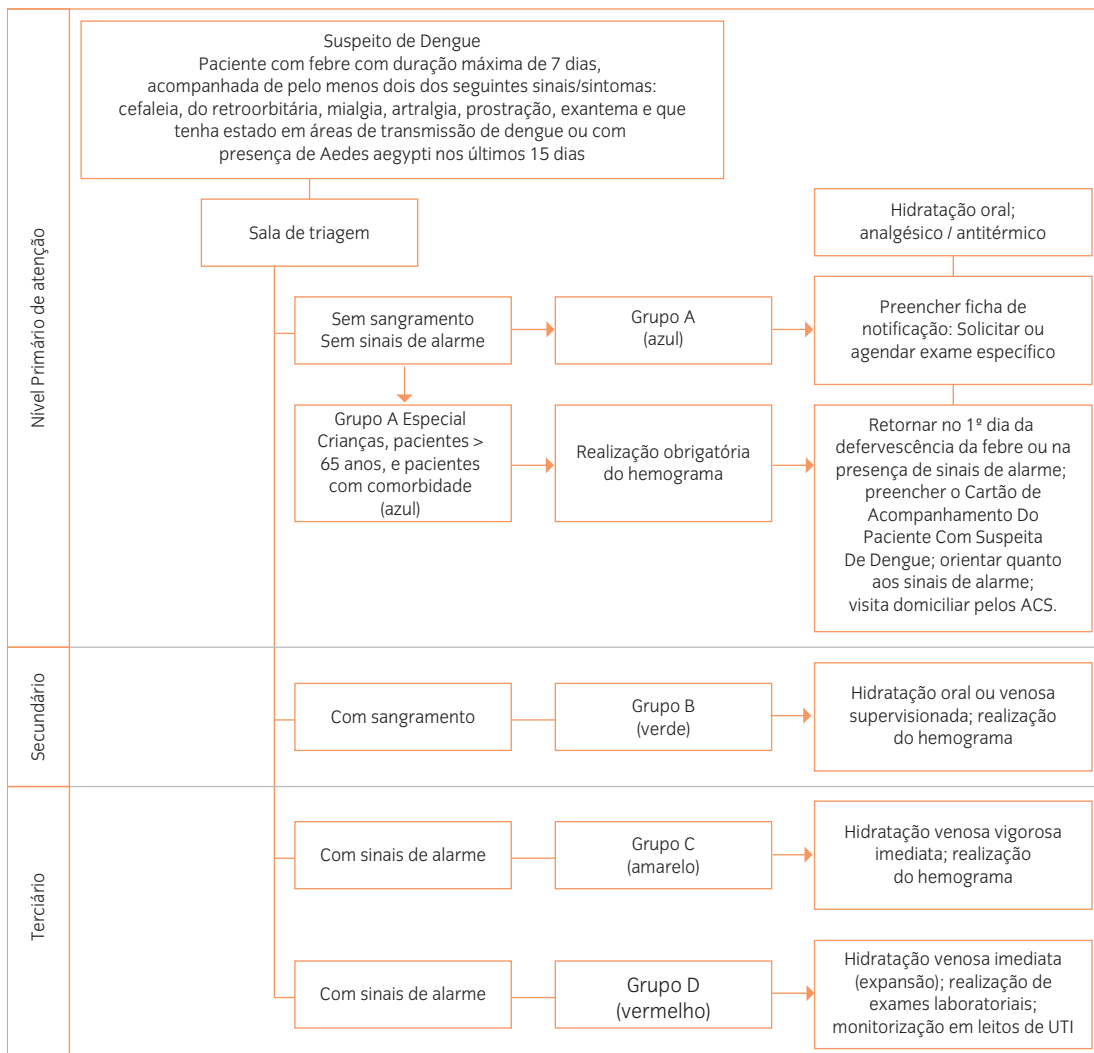
As diretrizes orientam de forma clara como devem ser organizados os serviços de saúde nos diversos níveis de atenção, propõem fluxo de atenção e quais são as condições básicas que devem ser asseguradas para um atendimento adequado aos pacientes. A figura 26 apresenta, de forma sintética, o fluxo de atenção. Já a tabela 8 apresenta as responsabilidades de cada ponto de atenção.

Tabela 8: PRINCIPAIS RESPONSABILIDADES/COMPETÊNCIAS DE CADA PONTO DE ATENÇÃO

PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA
<p>Atenção Básica</p> <p>Unidade de saúde da família</p> <p>Unidade básica de saúde</p> <p>Centros de saúde</p> <p>Postos de saúde</p>	<p>Identificação e eliminação de criadouros domiciliares.</p> <p>Identificação e eliminação de criadouros domiciliares em trabalho integrado com os ACE.</p> <p>Identificação e estadiamento de casos suspeitos de dengue.</p> <p>Hidratação oral imediata a todos os pacientes com suspeita de dengue em sua chegada na unidade de saúde.</p> <p>Manejo clínico de pacientes classificados no Grupo A – Azul ou no Grupo B – Verde, quando possível, conforme fluxogramas apresentados no componente Assistência, e encaminhamento dos demais casos para o ponto de atenção adequado.</p> <p>Receber todos os pacientes após melhora clínica satisfatória ou alta de qualquer outro ponto de atenção, para realização de consulta de retorno e acompanhamento.</p> <p>Ações de educação em saúde e mobilização social, com ênfase na mudança de hábito para prevenção e controle da dengue.</p> <p>Notificação dos casos.</p> <p>Visita domiciliar dos ACS.</p>
<p>Atenção Secundária</p> <p>Unidade de saúde com suporte para observação ou pronto atendimento (UPA) ou hospital de pequeno porte</p>	<p>Identificação e estadiamento de casos suspeitos de dengue chegados na unidade.</p> <p>Manejo clínico de pacientes classificados no Grupo B - Verde e no Grupo Especial quando necessário, conforme fluxogramas apresentados no componente Assistência, e encaminhamento dos demais casos para o ponto de atenção adequado.</p> <p>Assegurar consulta de retorno, preferencialmente na APS, para todos os pacientes atendidos na unidade.</p> <p>Notificação dos casos.</p>
<p>Atenção Terciária</p> <p>Hospital de referência com leitos de internação</p>	<p>Identificação e estadiamento de casos suspeitos de dengue que dão entrada na unidade.</p> <p>Manejo clínico de pacientes classificados no Grupo C – Amarelo, conforme fluxograma apresentado no componente Assistência, e encaminhamento dos demais casos para o ponto de atenção adequado*.</p> <p>Assegurar consulta de retorno, preferencialmente na Atenção Básica, para todos os pacientes atendidos na unidade.</p> <p>Notificação dos casos.</p>
<p>Atenção Terciária</p> <p>Hospital de referência com leitos de unidade de terapia intensiva</p>	<p>Identificação e estadiamento de casos suspeitos de dengue que dão entrada na unidade.</p> <p>Manejo clínico de pacientes classificados no Grupo D – Vermelho, conforme fluxograma apresentado no componente Assistência e encaminhamento dos demais casos para o ponto de atenção adequado.</p> <p>Assegurar consulta de retorno, preferencialmente na Atenção Básica, para todos os pacientes atendidos na unidade.</p> <p>Notificação dos casos</p>

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Figura 26: FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DENGUE



FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 42

Vigilância Epidemiológica:

Destaca-se a importância da notificação oportuna dos casos e do processo de Vigilância Epidemiológica – VE, uma vez que a rápida coleta de informações nas unidades de saúde e a qualidade desses dados são essenciais para o desencadeamento oportuno de ações de Controle e Prevenção no nível local. Estão claramente descritas nas diretrizes as formas de notificação e o fluxograma do sistema de informação, destacando as atividades a serem realizadas nos períodos não epidêmicos e epidêmicos e as atribuições das esferas de gestão em cada período. Estas estão resumidas nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9: ATRIBUIÇÕES DAS ESFERAS DE GESTÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA DENGUE NO PERÍODO NÃO EPIDÊMICO:

ESFERA	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
PERÍODO			
NÃO EPIDÊMICO	<ul style="list-style-type: none"> › Receber as FIN e FII de todos os casos suspeitos notificados pelas Unidades de Saúde. › Incluir todos os casos suspeitos no Sinan. › Investigar TODOS os casos notificados. Recomenda-se que a própria unidade de saúde realize a investigação e encaminhe as informações para a Vigilância Epidemiológica. › Acompanhar a curva dos casos, a tendência e o perfil da doença, no âmbito do município, desagregando as informações epidemiológicas por bairro. › Comunicar imediatamente à Vigilância Entomológica para providências de controle vetorial. › Preencher a ficha de investigação de dengue, encerrar o caso oportunamente (60 dias após notificação). › Investigar todos os óbitos suspeitos de dengue, usando o protocolo de investigação de óbitos. › Avaliar a consistência dos casos de FHD/SCD e DCC registrados no Sinan quanto aos critérios de classificação final e encerramento. › Consolidar os dados municipais e produzir boletins mensais disponibilizando informações para as unidades de saúde e o público. › Enviar os dados à SES, conforme norma e fluxo definido (Figura 9). › Capacitar em Vigilância Epidemiológica as equipes das unidades de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> › Verificar se os dados dos municípios estão sendo atualizados semanalmente. › Acompanhar a curva dos casos, a tendência e o perfil da doença, em todos os municípios do estado. › Divulgar as diretrizes técnicas de orientação aos municípios sobre notificação e investigação de casos, investigação de óbitos, coleta de amostras para sorologia e isolamento viral. › Estabelecer com o Lacen a rotina para coleta de amostras para monitoramento da circulação viral. › Realizar o controle de qualidade dos exames sorológicos realizados por laboratórios descentralizados (Portaria Ministerial 2.031, de 23 de setembro de 2004). › Realizar, por intermédio do Lacen, exames sorológicos, de acordo com as normas definidas, quando não for possível ou indicada a realização dos testes de forma descentralizada. › Apoiar a investigação de casos graves e óbitos. › Avaliar a consistência dos casos de FHD/SCD e DCC registrados no Sinan quanto aos critérios de definição de caso e encerramento. › Prestar assessoria técnica às secretarias municipais de saúde. › Capacitar as equipes de vigilância epidemiológica municipal. › Enviar os dados ao Ministério da Saúde, conforme norma e fluxo definidos (Figura 9). › • Consolidar os dados do estado e produzir boletins mensais disponibilizando informações para os municípios e o público em geral. 	<ul style="list-style-type: none"> › Verificar se os dados do Sinan estão sendo atualizados semanalmente. › Avaliar a consistência dos casos de FHD/SCD e DCC registrados no Sinan quanto aos critérios de definição de caso e encerramento. › Acompanhar a curva dos casos, a tendência e o perfil da doença, em todas as unidades federadas, consolidando os dados nacionais e produzindo boletins mensais que devem ser disponibilizados às SES e a seguir publicados na página eletrônica do Ministério da Saúde na internet. › Acompanhar o funcionamento das Unidades Sentinela para isolamento viral que utilizam kit NS1 como triagem. › Fornecer, de forma sustentável, os insumos para a rede laboratorial (sorologia e isolamento viral), por meio da Coordenação Geral de Laboratórios – CGLAB. › Consolidar os dados de isolamento viral por estado. › Elaborar e divulgar as diretrizes técnicas de orientação aos estados sobre notificação e investigação de casos, investigação de óbitos, coleta de amostras para sorologia e isolamento viral. › Prestar assessoria técnica às secretarias estaduais e municipais de saúde. › Apoiar a organização de capacitações para equipes de vigilância epidemiológica municipal e estadual. › • Disponibilizar o aplicativo Sinan-web para digitação das informações on-line.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Tabela 10: ATRIBUIÇÕES DAS ESFERAS DE GESTÃO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA DENGUE NO PERÍODO EPIDÊMICO:

ESFERA	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
PERÍODO			
EPIDÊMICO	<ul style="list-style-type: none"> › Preencher a ficha de notificação simplificada (FIN) para os casos suspeitos. › Preencher a Ficha de Investigação (FII) para os casos suspeitos de FHD/SCD, DCC, óbitos, gestantes, menores de 15 anos e casos com manifestação clínica não usual. › Investigar imediatamente os óbitos suspeitos utilizando o protocolo de investigação para a identificação e correção dos fatores determinantes. › Realizar transferência de informações para a SES conforme rotina e fluxo definidos, utilizando o Sisnet para transferência diária dos dados. › Reorganizar fluxo de informação para garantir o acompanhamento da curva epidêmica; analisar distribuição espacial dos casos para orientar medidas de controle; acompanhar indicadores epidemiológicos (incidência, índices de mortalidade e letalidade) para conhecer a magnitude da epidemia e a qualidade da assistência médica. › Realizar sorologia: <ul style="list-style-type: none"> a) suspeita de dengue clássica – coleta de forma amostral (um a cada 10 pacientes). b) Casos graves (DCC/FHD/SCD) – coleta obrigatória em 100% dos casos. › Manter a rotina de monitoramento viral estabelecida pela VE estadual/Lacen. › Atuar de forma integrada com outras áreas da SMS, antecipando informações para adoção de medidas oportunas (preparação da rede pelas equipes de assistência, elaboração de materiais de comunicação e mobilização pelas assessorias de comunicação social, controle de vetores etc.). › Repassar informações dos casos por local de infecção para a Vigilância Entomológica. Esse diálogo deverá ser diário, indicando locais de aumento e diminuição do número de casos, direcionando assim as atividades do controle do vetor. › Monitorar semanalmente os indicadores epidemiológicos, entomológicos e operacionais durante o período de epidemia. Nos municípios e unidades federadas que já implantaram o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (Cievs), esses indicadores deverão ser acompanhados pelo Comitê Cievs em conjunto com as áreas envolvidas. › confeccionar informes epidemiológicos semanais. 	<ul style="list-style-type: none"> › Verificar se os dados do município estão sendo recebidos oportunamente. › Acompanhar a curva dos casos, a tendência e o perfil da doença, em todos os municípios do estado, consolidando os dados do seu estado e produzindo boletins periódicos, que devem ser disponibilizados às SMS. › Apoiar os municípios, quando necessário, na investigação de casos graves e óbitos. › Avaliar a consistência dos casos de FHD/SCD e DCC registrados no Sinan quanto aos critérios de classificação final e encerramento. › Inserir o acompanhamento das epidemias de dengue nas atribuições do Cievs, onde o centro estiver implantado. Nos demais estados, as áreas envolvidas devem se reunir semanalmente para avaliar em conjunto os dados que estão sob sua responsabilidade e elaborar estratégias de ação e medidas de controle em tempo oportuno. › Confeccionar informe epidemiológico estadual semanalmente. › ATENÇÃO: Durante uma epidemia, a digitação das fichas de notificação do Sinan deverá ser mantida, mesmo com atraso. As FII correspondentes aos casos graves deverão ter prioridade aos casos de dengue clássica. 	<ul style="list-style-type: none"> › Verificar se os dados do Sinan estão chegando oportunamente. › Elaborar e divulgar as diretrizes técnicas de orientação aos municípios sobre notificação e investigação de casos, investigação de óbitos, coleta de amostras para sorologia e isolamento viral. › Acompanhar o funcionamento das Unidades Sentinela para isolamento viral que utilizam kit NS1 como triagem. › Fornecer, de forma sustentável, os insumos para a rede laboratorial (sorologia e isolamento viral). › Consolidar os dados de isolamento viral por estado. › Prestar assessoria técnica às secretarias municipais e estaduais de saúde. › Consolidar os dados nacionais e produzir boletins semanais ou notas técnicas específicas para as áreas em epidemia no país, e disponibilizar esses conteúdos na página eletrônica do Ministério da Saúde. › Apoiar a estruturação do Cievs nas UF's e municípios das capitais, para monitoramento da situação epidemiológica da dengue no país. › Disponibilizar o aplicativo Sinan-web para digitação das informações on-line.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Controle de Vetores:

Destaca-se a complexidade do controle da Dengue na atualidade influenciado por diversos fatores externos ao setor saúde, importantes determinantes na manutenção e dispersão da doença e seu vetor transmissor. Com base nesses aspectos, considera-se fundamental a implementação de uma política baseada na intersectorialidade, de forma a envolver e responsabilizar os gestores e a sociedade. Esse entendimento reforça o fundamento de que o controle vetorial é uma ação de responsabilidade coletiva e que não se restringe apenas ao setor saúde e seus profissionais.

São também detalhadas as ações de Vigilância Entomológica e do Vetor, com base nos critérios já definidos pelo Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD. Conforme caracterização dos municípios (infestados e não infestados), são apresentadas as diversas estratégias de monitoramento adequadas a cada situação (pesquisa larvária amostral, pesquisa larvária em pontos estratégicos, pesquisa entomológica através de ovitrampas ou larvitrapas, dentre outras).

São discutidos os diversos métodos de controle vetorial (mecânico, químico, biológico), além das medidas de caráter legal que podem ser instituídas, especialmente no âmbito dos municípios.

Esse componente traz ainda aspectos operacionais que devem ser considerados para o alcance de melhores resultados, propondo uma estrutura para condução das ações de Controle Vetorial nos municípios (figura 27), com as respectivas atribuições e parâmetros para a formação das equipes (tabela 11).

Figura 27. SUGESTÃO DE DESENHO ESQUEMÁTICO DA ESTRUTURA HIERÁRQUICA DA ÁREA DE CONTROLE DE VETORES EM UM MUNICÍPIO HIPOTÉTICO



FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, p. 60

TABELA 11: PARÂMETROS SUGERIDOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DO CONTROLE VETORIAL

ITENS	PARÂMETROS UTILIZADOS
Técnico de Nível Superior (NS)	1 por município
Supervisor-geral (SG)	1 para cada 5 supervisores de área
Supervisor de Área (AS)	1 para cada 10 agentes de saúde
Agente de Combate às Endemias	1 para cada 800 a 1.000 imóveis*
Agente Comunitário de Saúde	1 para no máximo 750 pessoas
Laboratorista**	1 para cada 50.000 imóveis
Caminhonete Pick-up	1 para apoiar as ações de Controle
Microscópio**	1 para cada 50.000 imóveis
Nebulizador pesado	1 para cada 600 quarteirões ou 15.000 imóveis/2 operadores por máquina (considerando 30% dos quarteirões existentes)
Nebulizador portátil	1 para cada 25 quarteirões ou 625 imóveis/2 operadores por máquina (considerando 20% dos quarteirões existentes)
Pulverizador costal	1 para cada 60 Pontos Estratégicos***

Obs.: * Rendimento de 20 a 25 imóveis/homem/dia

** Municípios de 10.000 a 50.000 habitantes podem optar em possuir microscópios e laboratoristas ou executar as atividades laboratoriais com apoio do estado.

*** Número estimado de PE = 0,4% do número de imóveis existentes no município

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 70

Merece também destaque a questão da territorialização, referindo-se à necessidade de que o sistema de informações vetoriais, a Vigilância Epidemiológica e as equipes de Saúde da Família utilizem a mesma base geográfica, permitindo que as ações de controle da dengue sejam executadas de forma articulada e as análises geradas tenham a mesma referência.

São também propostas as atribuições de cada esfera de gestão no controle de vetores, enfocando aqui também os períodos epidêmico e não epidêmico, resumidas nas tabelas 12 e 13.

O texto destaca ainda a necessidade de integração das ações de vigilância sanitária no controle de vetores, através especialmente da atuação na fiscalização sanitária e no manejo ambiental.

Tabela 12 : ATRIBUIÇÕES DAS ESFERAS DE GESTÃO NO CONTROLE DE VETORES DA DENGUE NO PERÍODO NÃO EPIDÊMICO:

ESFERA	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
PERÍODO			
NÃO EPIDÊMICO	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a Vigilância Sanitária Municipal como suporte às ações de Vigilância e Controle Vetorial, que exigem o cumprimento da legislação sanitária. • Integrar as equipes de Saúde da Família nas atividades de Controle Vetorial, unificando os territórios de atuação de ACS e ACE. • Realizar o levantamento de indicadores entomológicos. • Executar as ações de Controle Mecânico, Químico e Biológico do mosquito. • Enviar os dados entomológicos em nível estadual dentro dos prazos estabelecidos. • Gerenciar os estoques municipais de inseticidas e biolarvicidas. • Adquirir as vestimentas e equipamentos necessários para a rotina de Controle Vetorial. • Adquirir os equipamentos de EPIs recomendados para a aplicação de inseticidas e biolarvicidas nas ações de rotina. • Participar das atividades de monitoramento da resistência do <i>Aedes aegypti</i> ao uso de inseticidas, com a coleta de ovos utilizando armadilhas (municípios selecionados). • Coletar e enviar ao laboratório de referência amostras de sangue, para dosagem de colinesterase nos casos indicados. • Constituir Comitê Gestor Intersetorial, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde, com representantes das áreas do município que tenham interface com o problema dengue (defesa civil, limpeza urbana, infraestrutura, segurança, turismo, planejamento, saneamento etc.), definindo responsabilidades, metas e indicadores de acompanhamento de cada área de atuação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar Assistência Técnica aos municípios. • Supervisionar, monitorar e avaliar as ações de prevenção e controle vetorial. • Gerenciar os estoques estaduais de inseticidas e biolarvicidas para controle do vetor. • Gerenciar a Central de UBV, com distribuição adequada dos equipamentos aos municípios, considerando os indicadores entomo-epidemiológicos. • Executar as ações de controle da dengue de forma complementar aos municípios, conforme pactuação. • Prover equipamentos de EPIs e insumos, conforme regulamentação. • Gerenciar o sistema de informação no âmbito estadual, consolidar e enviar os dados regularmente à esfera federal, dentro dos prazos estabelecidos pelo gestor federal. • Analisar e retroalimentar os dados da dengue aos municípios. • Apoiar os municípios com pessoal, insumos e equipamentos, em situações de emergência. • Participar das atividades de monitoramento da resistência do <i>Aedes aegypti</i> ao uso de inseticidas, com o acompanhamento técnico aos municípios na coleta e envio de ovos aos laboratórios de referência. • Definir fluxos e realizar os exames de dosagem de colinesterase. • Constituir Comitê Gestor Intersetorial, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, com representantes das áreas do estado que tenham interface com o problema dengue (defesa civil, limpeza urbana, infraestrutura, segurança, turismo, planejamento, saneamento etc.), definindo responsabilidades, metas e indicadores de acompanhamento de cada área de atuação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar assessoria técnica aos estados e municípios. • Normatizar tecnicamente as ações de vigilância e controle da dengue. • Prover insumos, conforme regulamentação. • Consolidar os dados provenientes do estado. • Executar as ações de controle da dengue de forma complementar aos estados ou em caráter excepcional, quando constatada a insuficiência da ação estadual. • Apoiar os estados com insumos e equipamentos da reserva estratégica, em situações de emergência. • Manter e controlar estoque estratégico de insumos e equipamentos. • Monitorar a resistência do <i>Aedes aegypti</i> ao uso de inseticidas, com a definição dos laboratórios de referência, seleção de municípios, divulgação dos resultados e manejo da resistência, que pode incluir a troca de inseticidas. • Convocar Grupo Executivo Interministerial (Portaria n. 2.144/2008), definindo responsabilidades e indicadores de acompanhamento de cada área de atuação.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Tabela 13 ATRIBUIÇÕES DAS ESFERAS DE GESTÃO NO CONTROLE DE VETORES DA DENGUE NO PERÍODO EPIDÊMICO:

ESFERA	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
PERÍODO			
EPIDÊMICO	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das notificações dos casos de dengue, detalhando as informações pela menor unidade geográfica possível, para identificação precisa dos locais em situação epidêmica. • Caso o município não possua indicadores entomológicos atualizados, fornecidos pelo último ciclo de trabalho, realizar o LIRAA, com o objetivo de nortear as ações de Controle. • Com a informação entomológica atualizada, suspender o levantamento de índice (LI) de rotina e intensificar a visita domiciliar em 100% dos imóveis do município, com manejo dos criadouros passíveis de remoção/eliminação e tratamento focal dos depósitos permanentes. • Realizar a aplicação de UBV, em articulação com a SES, utilizando equipamentos costais ou pesados, com cobertura de 100% da área de transmissão. Priorizar as áreas com registros de maior número de notificações pelo local de infecção, estratos em situação de risco de surto (IIP > 3,9%) e de alerta (IIP > 1 e <3,9%) e locais com grande concentração/circulação de pessoas (tendas de hidratação, terminais rodoviários, hospitais etc). • Priorizar o uso de equipamentos de UBV portátil em localidades com baixa transmissão. • Planejar cinco a sete ciclos, com intervalos de três a cinco dias entre as aplicações, de acordo com a quantidade de equipamentos disponíveis. É importante ressaltar que essas aplicações têm caráter transitório, devendo ser suspensas quando a transmissão for interrompida. • Intensificar a visita nos pontos estratégicos, com a aplicação mensal de inseticida residual. • Publicar ato institucional convocando todos os profissionais de saúde envolvidos para intensificar as ações de controle (Vigilância Epidemiológica, V. Sanitária, Controle de Vetores, Atenção Básica, Assistência e Administração). Se necessário, ato deve indicar medidas, tais como a suspensão de férias e folgas, entre outras. • Com base nos dados dos indicadores entomológicos, executar ações direcionadas, priorizando as áreas onde o LIRAA apontou estratos em situação de risco de surto (IIP > 3,9%) e de alerta (IIP > 1 e <3,9%), visando ao manejo e/ou eliminação dos depósitos com ações específicas, tais como mutirões de limpeza, instalação de capas de caixas d'água e recolhimento de pneumáticos. • Designar um representante da Entomologia/Controle Vetorial capacitado para realizar as análises de dados (mutirões de limpeza realizados, bloqueio, indicadores entomológicos, identificação e sinalização dos locais com maior risco de transmissão), que subsidiarão o grupo de acompanhamento no âmbito do Cievs, onde houver. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessorar os municípios na elaboração de estratégias de controle de vetores. • Designar um representante da Entomologia/controle vetorial para realizar as análises dos dados provenientes dos municípios (mutirões de limpeza realizados, bloqueio, indicadores entomológicos, identificação e sinalização dos locais com maior risco de transmissão), que subsidiarão o grupo de acompanhamento, no âmbito do Cievs. • Assessorar os municípios no processo de vistoria e calibragem dos equipamentos de nebulização espacial (vazão, pressão e rotação), para garantir a qualidade durante a aplicação. • Realizar manutenção periódica dos equipamentos de nebulização que fazem parte da central estadual de UBV. • Apoiar os municípios, por intermédio das centrais de UBV, na realização das operações de UBV, bem como orientar a sua indicação. • Assessorar os municípios na realização de avaliação de impacto das aplicações espaciais de inseticidas, utilizando metodologia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001). • Apoiar e orientar tecnicamente a realização do LIRAA nos municípios de maior risco no estado. • Repassar os inseticidas e larvicidas aos municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessorar tecnicamente os estados e, excepcionalmente, os municípios, na elaboração de estratégias de controle de vetores. • Garantir o repasse de insumos aos estados, conforme regulamentação. • Designar um representante da Entomologia/Controle Vetorial para realizar as análises dos dados provenientes dos estados (mutirões de limpeza realizados, bloqueio, indicadores entomológicos, identificação e sinalização dos locais com maior risco de transmissão), que subsidiarão a sala de situação nacional, no âmbito do Cievs.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Comunicação e Mobilização:

Dentre os componentes fundamentais das diretrizes propostas para enfrentamento da dengue destacam-se as práticas educativas, com base nas ações de comunicação e mobilização social, com vistas à adesão das pessoas e da sociedade organizada, de maneira consciente e voluntária, para o enfrentamento do problema.

O documento propõe diversas estratégias a serem desencadeadas pelas três esferas de gestão nas áreas de assessoria de imprensa, publicidade, comunicação intersetorial e mobilização social, resumidas nas tabelas 14 e 15.

Gestão do Plano:

Recomenda-se que as secretarias estaduais e municipais constituam formalmente grupo de trabalho, com o objetivo de adequar seus planos de contingência e programas de controle da dengue a essas diretrizes, bem como aos princípios do Pacto pela Saúde, especialmente no que diz respeito à responsabilização sanitária, com compromissos assumidos pelas três esferas de gestão. Devem também ser levadas em conta as especificidades locais.

O documento destaca também a necessidade de organização dos serviços de saúde de forma integrada e com o devido fortalecimento da Atenção Primária em Saúde. As ações de vigilância em saúde devem estar estrategicamente inseridas nos serviços de atenção primária, compreendendo a análise epidemiológica como ferramenta para subsidiar a tomada de decisão do gestor local. Precisa ser assegurado, nas três esferas de governo, o acesso aos usuários, profissionais de saúde e gestores às fontes de informações sobre os padrões de ocorrência da doença, índices de infestação predial e número de casos.

Considerando que os determinantes e condicionantes ambientais políticos e sociais interferem diretamente no enfrentamento da dengue, recomenda-se que estados e municípios criem grupos intersetoriais e que os gestores (governadores e prefeitos) assumam o pleno comando da integração das ações setoriais e intersetoriais.

Devem ser considerados como prioridades da gestão os seguintes eixos:

- » Organização da assistência;
- » Vigilâncias epidemiológica e sanitária e controle de vetores;
- » apoio administrativo e logístico;
- » constituição de Comitê Técnico e de Comitê de Mobilização;

- » capacitação e educação permanente;
- » gestão de pessoas;
- » comunicação.
- » planejamento estratégico, programação (elaboração dos planos estaduais e municipais) e monitoramento.

As principais ações de gestão das três esferas do SUS para a adequada implantação das Diretrizes Nacionais de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue estão resumidas na tabela 16. A figura 28 apresenta sugestões das principais atividades que podem ser desenvolvidas.

Financiamento:

Um dos componentes das “diretrizes” é o de financiamento, onde consta que o financiamento das ações para enfrentamento e redução do impacto da dengue sobre a saúde da população é realizado por diferentes fontes de recursos, de forma solidária entre as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde e, mesmo de forma intersetorial, por outras áreas de governo.

Apesar de reconhecer que existe ainda uma situação de subfinanciamento do setor, especialmente no que tange às diversas ações que dependem dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, não foi previsto, quando da publicação do documento, qualquer incremento no repasse de recursos federais. Essa situação se mostra grave quando verificamos que somente os custos para manutenção da equipe recomendada para as atividades de controle do vetor nos municípios, muitas vezes, extrapolam os repasses federais hoje existentes para toda a área de vigilância.

Tabela 14: ATRIBUIÇÕES DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO NA ÁREA DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO PERÍODO NÃO EPIDÊMICO:

ÁREA	ATRIBUIÇÕES DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO
ASSESSORIA DE IMPRENSA	<ul style="list-style-type: none"> • Definir, em conjunto com o gestor e com a participação da área técnica, o porta-voz que será responsável pela interlocução com os veículos de comunicação. • Acompanhar o porta-voz nas entrevistas concedidas à imprensa. • Divulgar pautas a partir das informações da área técnica, de maneira a manter o tema em evidência. • Convocar coletiva de imprensa para anunciar ou divulgar ações preventivas que evitem surtos. • Divulgar periodicamente a situação da infestação do mosquito e de casos da doença. Essa divulgação deve ser articulada entre os gestores da esfera federal com a estadual e da estadual com a municipal, de acordo com os fluxos pactuados. • Monitorar, por meio do clipping, o noticiário sobre dengue, assim como rumores de surtos. • Atender oportunamente às demandas de imprensa e realizar busca ativa de meios de divulgação de informações educativas e preventivas. • Promover troca de experiências entre as assessorias de imprensa das três esferas do SUS. • Divulgar as medidas de prevenção previstas para o cenário não epidêmico dos planos estaduais, dos municípios ou das diretrizes nacionais.
PUBLICIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar campanha publicitária, conforme perfil do público-alvo e peculiaridades regionais. • Preparar material informativo para instrumentalizar ouvidorias e profissionais de saúde. • Monitorar todas as etapas de elaboração e implementação da campanha publicitária, de modo a identificar a necessidade de ajustes/aprimoramento. • Elaborar, em conjunto com a comunicação intersetorial e a mobilização Social, estratégia de comunicação a ser utilizada na parceria com as secretarias estaduais e municipais de Educação, tais como programas educativos pela internet, cartilhas interativas, entre outras ações. • Buscar parcerias com empresas públicas e privadas, com o objetivo de dar maior abrangência/reforço na comunicação. • O Ministério da Saúde deve avaliar, por meio de pesquisa qualitativa e quantitativa, o impacto das ações de comunicação.
COMUNICAÇÃO INTERSETORIAL E MOBILIZAÇÃO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar na implantação de comitês de mobilização estaduais/municipais em locais estratégicos para o controle da dengue. • Qualificar as ouvidorias estaduais do SUS e ouvidorias municipais existentes (serviços de disque-dengue, por exemplo); • Pautar a temática da dengue e o papel dos conselhos nos processos de educação permanente para o controle social; • Colaborar na realização de encontros, oficinas e/ou seminários para fortalecer o compromisso dos Conselhos de Saúde com o enfrentamento da dengue, principalmente com a mobilização dos segmentos representados. • Colaborar na articulação com as secretarias municipais e estaduais de educação, para prover parcerias que objetivem o desenvolvimento das ações de educação em saúde nas escolas públicas e privadas. • Desenvolver localmente acervo portátil de materiais, com estratégias de comunicação a serem utilizadas. • Articular parcerias com o setor privado e com segmentos sociais, religiosos, sindicais e outros. • Recomenda-se que os comitês de mobilização: <ol style="list-style-type: none"> a) orientem a sua organização com base nas diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa; b) elaborem uma proposta de trabalho para a mobilização, a partir dos dados entomológicos e epidemiológicos; c) articulem com a gestão do SUS um fluxo de trabalho para assessoramento, acompanhamento e monitoramento das ações de mobilização; d) definam cronograma de trabalho, tarefas e responsabilidades de cada parceiro do comitê nas ações de mobilização; e) promovam materiais informativos de prevenção e controle da dengue, com linguagens da comunidade a ser mobilizada, coerentes com a cultura local e apoiando manifestações artísticas e culturais que possam atuar na comunicação e na mobilização; f) desenvolvam parcerias e articulação com os conselhos de saúde.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

Tabela 15 ATRIBUIÇÕES DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO NA ÁREA DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL NO PERÍODO EPIDÊMICO:

ÁREA	ATRIBUIÇÕES DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO	
P E R Í O D O E P I D Ê M I C O	ASSESSORIA DE IMPRENSA	<ul style="list-style-type: none"> • Definir, em conjunto com o gestor e com a participação da área técnica, o porta-voz que será responsável pela interlocução com os veículos de comunicação. • Acompanhar o porta-voz nas entrevistas concedidas à imprensa. • Divulgar periodicamente resultados do levantamento dos índices de infestação do mosquito e de casos registrados, com base em informações repassadas pelos estados e municípios. • Realizar coletiva de imprensa para anunciar ações do governo que objetivem controlar a epidemia. • Orientar/subsidiar o porta-voz sobre os pontos de interesse da imprensa. • Atender às demandas da imprensa de forma oportuna e coordenada. • Participar das reuniões técnicas do Cievs/unidades de respostas rápidas, para manter a articulação com as demais áreas técnicas e, assim, obter melhor desempenho. Essa integração possibilita a divulgação de respostas oportunas e de qualidade junto à mídia e à população. • Divulgar sinais de alerta e sintomas da doença, a fim de evitar óbitos, bem como a organização dos serviços de referência para atendimento. • Realizar a divulgação periódica da situação da doença no estado, em articulação com os municípios. Recomenda-se periodicidade semanal. • Realizar a divulgação periódica da situação da doença nos bairros e no município. Recomenda-se periodicidade semanal.
	PUBLICIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Veicular campanha publicitária, conforme plano de mídia estabelecido pelas três esferas de gestão, especialmente nas regiões onde há maior incidência de casos confirmados de dengue.
	COMUNICAÇÃO INTERSETORIAL E MOBILIZAÇÃO SOCIAL	<p>Os Comitês Intersetoriais de Mobilização deverão promover ações de mobilização junto à sociedade para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promover a comunicação na localidade a respeito da infestação do mosquito no bairro, utilizando diversos recursos comunicacionais, tais como teatro, fantoches, cordéis etc.; • informar sobre as medidas de controle em mensagens de assimilação fácil, por meio da distribuição de panfletos, buttons, cartazes etc.; • disseminar informações sobre sinais e sintomas da doença; • produzir mapas sobre a localização das unidades de saúde e distribuir nas comunidades; • realizar oficinas para multiplicadores e novos voluntários aderentes à Mobilização; • organizar atividades como oficinas de trabalho, mutirões de limpeza etc., distribuídos pelo território de acordo com índices de infestação, localização de casos ou prevalência de criadouros; • monitorar e avaliar o processo de mobilização, considerando frequências das reuniões dos comitês, número de localidades com atividades de mobilização e educação para controle da dengue, setores envolvidos nas atividades, quantidade e tipo de atividades desenvolvidas, de forma a verificar a efetividade das ações e a necessidade de reorientação destas; • adequar à situação epidêmica as informações das ouvidorias a serem disponibilizadas à população e capacitar os atendentes do disque-saúde local, para quem atualizem as informações, incluindo as relacionadas à localização dos serviços de saúde de referência para a dengue; e • intensificar as ações de mobilização junto às secretarias municipais e estaduais de educação, para produzir e divulgar informações sobre os sinais de alerta da doença, sobre hidratação oral e também sobre como acessar os serviços de saúde, além de organizar e capacitar multiplicadores nas escolas, nas comunidades, nos grupos e coletivos sociais.

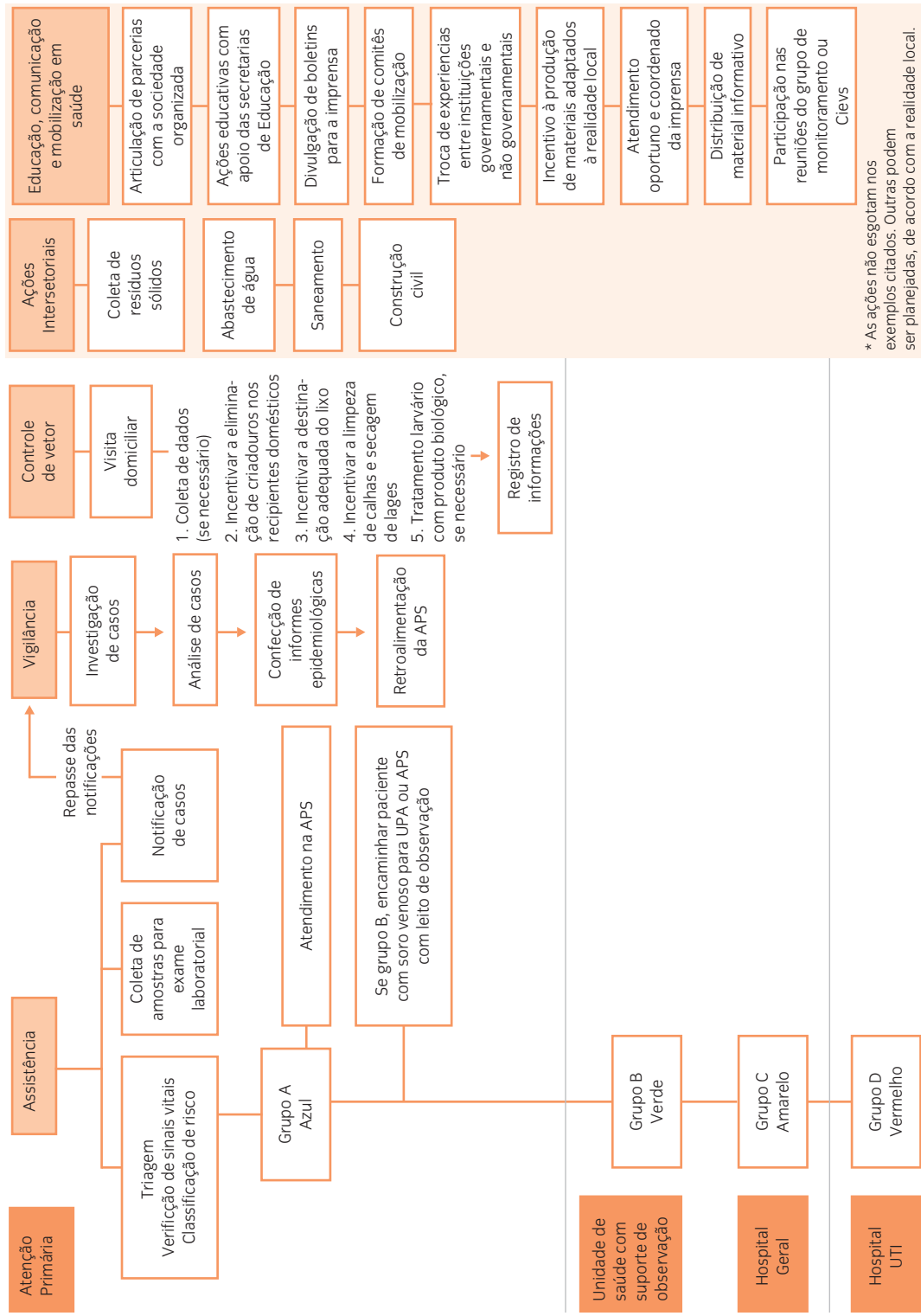
FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e Controle das epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Tabela 16 PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DE GESTÃO DAS TRÊS ESFERAS DO SUS

ESFERA		
MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar e aprovar no Conselho Municipal de Saúde o plano municipal • Implantar o grupo executivo da dengue no âmbito da SMS, envolvendo as áreas de assistência, vigilâncias, comunicação e mobilização entre outras julgadas relevantes. • Implantar Grupo Executivo Intersetorial de Gestão do Plano Municipal de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, com a participação das diversas áreas de interesse da administração municipal, tais como limpeza urbana, defesa civil, educação, saneamento, planejamento urbano etc. • Acompanhar e monitorar a ocorrência de casos, óbitos por dengue e indicadores entomológicos do município. • Manter equipes capacitadas para o desenvolvimento das atividades de assistência aos pacientes, vigilância epidemiológica e combate ao vetor. • Garantir a supervisão das atividades de combate ao vetor e levantamentos entomológicos de forma regular. • Garantir os insumos básicos para o desenvolvimento das atividades de assistência aos pacientes, vigilância epidemiológica e combate ao vetor, conforme regulamentação. • Organizar a Rede de Atenção à Saúde para o atendimento adequado e oportuno dos pacientes com dengue. • Integrar as ações da atenção primária (especialmente, ACS e ESF e agentes de controle de endemias) com as atividades de vigilância direcionadas à prevenção e controle da dengue no município. • Mobilizar e instrumentalizar entidades da sociedade organizada, de âmbito municipal, para atuarem no enfrentamento da dengue. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar o Plano Estadual de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, coordenar a elaboração dos planos regionais e apoiar a elaboração dos planos municipais. • Aprovar nas Comissões Intergestores Bipartite os Planos de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue estadual e regionais. • Implantar o Grupo Executivo da Dengue no estado, no âmbito da SES, envolvendo as áreas de assistência, vigilâncias, comunicação e mobilização, entre outras julgadas relevantes. • Implantar Grupo Executivo Intersetorial de Gestão do Plano Estadual de Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, com a participação das diversas áreas de interesse da administração estadual, tais como Defesa Civil, Educação, Saneamento etc.. • Incluir o tema dengue nas atividades do Cievs estadual, a partir do mês de outubro, para monitorar a ocorrência de casos, óbitos e indicadores entomológicos dos municípios. Nos estados que não contam com estrutura desse tipo, garantir algum mecanismo de monitoramento, a exemplo da sala de situação. • Cooperar técnica e financeiramente com os municípios, monitorando as metas pactuadas. • Realizar supervisão nos municípios, com reuniões periódicas de monitoramento • Apoiar a capacitação dos profissionais de saúde envolvidos nas atividades de assistência, vigilância epidemiológica, controle de vetores e comunicação e mobilização. • Definir e regular, no âmbito da CIB, fluxos regionais para garantir a Atenção Integral aos pacientes com dengue. • Garantir nos serviços sob gestão estadual o acesso dos pacientes, conforme pactuação, incluindo suporte laboratorial e regulação de leitos. • Estruturar as centrais de Ultrabaixo Volume (UBV) com capacidade para apoiar os municípios. • Adquirir e distribuir às SMS os insumos para as atividades de combate ao vetor, conforme regulamentação. • Produzir campanhas de mídia estadual, com criação de informes e materiais educativos. • Mobilizar e instrumentalizar entidades da sociedade organizada e da iniciativa privada, de âmbito estadual, para atuarem no enfrentamento da dengue. • Instituir e assegurar o funcionamento dos comitês de mobilização social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperar técnica e financeiramente para a elaboração, execução e monitoramento dos planos estaduais e municipais. • Apoiar as SES e SMS na capacitação dos profissionais de saúde envolvidos nas atividades de assistência, vigilância epidemiológica, controle de vetores e comunicação e mobilização. • Apoiar as SES e SMS na mobilização e capacitação de usuários e movimentos sociais. • Produzir e avaliar campanhas de mídia nacional, com a produção de informes e materiais educativos, podendo, em casos de epidemias circunscritas, realizar intensificação da mídia localizada, pactuada entre os gestores das três esferas. • Mobilizar e instrumentalizar entidades da sociedade organizada e do setor privado, de âmbito nacional, para atuarem no enfrentamento da dengue. • Manter o Grupo Executivo da Dengue em atividades regulares com o objetivo de construir mecanismos de abordagem integral no enfrentamento do problema. • Manter a articulação interministerial, por intermédio do Grupo Executivo Específico, visando atenuar os macrodeterminantes envolvidos na manutenção do <i>Aedes aegypti</i> no ambiente. • Construir, em conjunto com CONASS e Conasems, mecanismos que induzam a integração da atenção primária com a vigilância em saúde, com destaque para a unificação dos territórios de atuação e mecanismos de financiamento de agentes de controle de endemias. • A partir de outubro de 2009, incluir o tema dengue nas atividades do Cievs, de maneira a preparar respostas coordenadas à situação epidemiológica da dengue no país. • Coordenar com as SES, a partir do mês de outubro, a realização do LIRAA nos municípios de maior risco, bem como estimular a sua realização periódica. • Realizar o monitoramento da resistência do <i>Aedes aegypti</i> em articulação com SES e SMS e, se indicado, o rodízio de inseticidas nas áreas com resistência comprovada. • Ofertar às secretarias estaduais de saúde a ata de registro de preços nacional para aquisição de insumos que podem ser financiados com recursos do TFVS estadual. • Apoiar estados e municípios com equipamentos e veículos da reserva estratégica do Ministério da Saúde. • Adquirir e distribuir às SES os insumos para as atividades de combate ao vetor, conforme regulamentação.

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para a prevenção e Controle das epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Figura 28 FLUXOGRAMA DA ATENÇÃO E CONTROLE DA DENGUE



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 101 - (Baseado na Linha-Guia de Atenção a Saúde – Dengue do Estado de Minas Gerais)

4.4.2 Programa Nacional de Controle da Malária

4.4.2.1 ASPECTOS GERAIS

A malária é reconhecida como grave problema de saúde pública no mundo, atingindo 40% da população de mais de 100 países. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que ocorrem no mundo cerca de 300 a 500 milhões de novos casos e um milhão de mortes ao ano.

A malária continua sendo um grave problema de saúde pública na região Amazônica, devido à alta incidência e aos efeitos debilitantes para as pessoas acometidas por essa doença, com um importante potencial de influenciar o próprio desenvolvimento dessa região.

Com o Programa Nacional de Controle da Malária (PNCM), o Ministério da Saúde estabelece uma política permanente para a prevenção e o controle dessa endemia, agregando as sugestões emanadas do processo contínuo de avaliação realizado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde e pelo Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento.

O Programa é alicerçado em uma série de componentes, listados abaixo, que correspondem às estratégias de intervenção a serem implementadas e/ou fortalecidas de forma integrada, de acordo com as características da malária em cada área. Os dois últimos componentes se referem a importantes elementos para sustentação do controle da doença:

- » Apoio à estruturação dos serviços locais de saúde.
- » Diagnóstico e tratamento.
- » Fortalecimento da Vigilância da Malária.
- » Capacitação de recursos humanos.
- » Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social (ESMS).
- » Controle Seletivo de Vetores.
- » Pesquisa.
- » Monitoramento do PNCM.
- » Sustentabilidade política.

Embora a malária continue sendo grave problema de saúde pública na região amazônica, ela é passível de intervenção efetiva pelos serviços de saúde. A intensificação das ações de controle da malária tem contribuído para modificar a dinâmica da transmissão da doença na região, alcançando resultados promissores na maioria dos municípios. Esse novo perfil da transmissão da malária torna mais factível a abordagem do problema pelos serviços de saúde.

A análise sistemática dos dados produzidos pelos sistemas de informação dos serviços

de saúde permite identificar mudanças na dinâmica da transmissão da doença e readequação, em tempo hábil, das estratégias de enfrentamento.

A rede estruturada para realizar o diagnóstico de malária vem sendo fortalecida desde o ano 2000, passando de 1.182, em 1999, para 3.422 unidades de diagnóstico em 2008, o que significou um aumento de 190%. Em 2008 existiam 42.528 agentes notificantes na Amazônia Legal – essa expansão da rede diagnóstica possibilitou melhorar o acesso da população amazônica ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno e adequado.

Em 2001, com o objetivo de monitorar a resistência às drogas antimaláricas em toda a região amazônica, foi criada a Rede Amazônica de Vigilância da Resistência às Drogas Antimaláricas (Ravreda), utilizando protocolos padronizados para a avaliação da suscetibilidade dos parasitos aos medicamentos. Os trabalhos desenvolvidos no projeto Ravreda visam subsidiar o Programa Nacional de Controle da Malária. Assim, todos os estudos propostos estão no campo da pesquisa aplicada e têm por objetivo fornecer informações para a tomada de decisão baseada em evidências.

Os estudos realizados pela Rede foram fundamentais para orientar importantes mudanças no Programa Nacional de Controle da Malária, tais como a alteração da terapêutica para o tratamento da malária *falciparum*.

4.4.2.2 OBJETIVOS E METAS

Os objetivos do PNCM são:

- » Reduzir a incidência da malária.
- » Reduzir a mortalidade por malária.
- » Reduzir as formas graves da doença.
- » Eliminar a transmissão da malária em áreas urbanas nas capitais.
- » Manter a ausência da transmissão da doença nos locais onde ela tiver sido interrompida.

4.4.2.3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ATUAL

Na região extra-amazônica, 64% dos casos registrados são importados: aproximadamente 55% são provenientes dos estados pertencentes à Amazônia Legal e aproximadamente 9% de outros países, destacando os vizinhos da América do Sul (Guiana Francesa, Paraguai e Suriname) e da África. Destacam-se, na transmissão, os municípios localizados às margens do lago da usina hidrelétrica de Itaipu, as áreas cobertas pela Mata Atlântica nos estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia e a região Centro-Oeste (estados de Goiás e Mato Grosso do Sul). Os 36% restantes são casos autóctones esporádicos que ocorrem em áreas focais restritas.

Tabela 17 - NÚMERO DE CASOS DE MALÁRIA E VARIAÇÃO DO PERÍODO, POR UF DE NOTIFICAÇÃO, AMAZÔNIA LEGAL, 1999 A 2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	(%) VARIAÇÃO 1999/2009	(%) VARIAÇÃO 2008/2009
Rondônia	63.296	54.074	57.679	71.224	93.852	107.115	118.633	101.646	81.929	49.807	41.366	-34,6	-16,9
Acre	23.730	21.560	7.774	9.216	12.264	31.720	57.242	93.863	51.277	27.704	27.566	16,2	-0,5
Amazonas	167.722	96.026	48.385	70.223	141.005	147.579	226.413	185.642	197.141	133.660	99.467	-40,7	-25,6
Roraima	36.238	35.874	16.028	8.036	11.818	26.200	31.964	20.646	15.236	10.235	15.032	-58,5	46,9
Pará	248.233	278.204	186.367	149.088	115.510	109.778	123.406	101.763	76.207	69.213	99.613	-59,9	43,9
Amapá	28.646	35.278	24.487	16.257	16.651	20.670	28.059	29.290	21.975	15.132	15.505	-45,9	2,5
Tocantins	2.031	1.640	1.244	1.130	1.211	850	717	379	288	165	129	-93,6	-21,8
Maranhão	54.800	78.818	39.507	16.000	11.432	14.505	11.196	9.519	6.621	4.757	5.697	-89,6	19,8
Mato Grosso	10.950	11.767	6.832	7.085	5.022	6.484	8.437	6.650	6.760	4.081	3.276	-70,1	-19,7
Amazônia Legal	635.646	613.241	388.303	348.259	408.765	464.901	606.067	549.398	457.434	314.754	307.651	-51,6	-2,3

FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Obs.: *2009: Dados preliminares

A Tabela 17 apresenta a situação epidemiológica da malária na Amazônia Legal, a partir de 1999.

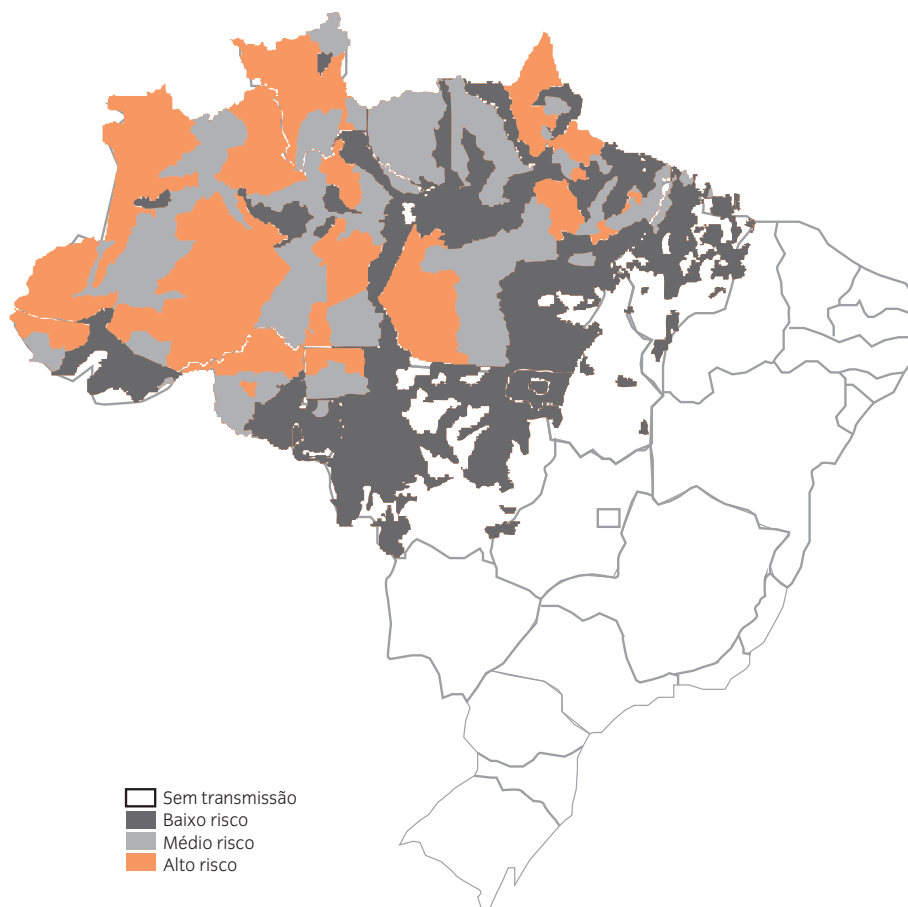
Para intensificação das ações de controle, de acordo com o risco de transmissão (Incidência Parasitária Anual (IPA) por 1.000 habitantes), os municípios foram estratificados como de:

- » Alto risco – IPA maior ou igual a 50 casos de malária por mil habitantes.
- » Médio risco – IPA entre 10 e 49,9 casos de malária por mil habitantes.
- » Baixo risco – IPA até 9,9 casos de malária por mil habitantes.

Entre 1999 e 2005, observa-se uma diminuição do número de municípios de alto risco, de 160 para 109 (31,9%), e de médio risco, de 129 para 93 (27,9%). Conseqüentemente, o número de municípios sem notificação de casos teve um incremento de 164 para 193 (17,7%); e os de baixo risco de transmissão, de 339 para 412 (21,5%). A partir do ano de 2006 até 2008, foi observado declínio constante no número de casos, passando de 549.398 para 314.754 – uma redução de 43%. Até a década de 1980, houve relativa equivalência entre as espécies parasitárias (*P. vivax* e *P. falciparum*) inclusive com um período de inversão parasitária, de 1983 a 1988, com predominância de *P. falciparum*. A partir de então, nota-se um distanciamento no número de registro das duas espécies, que culminou com a predominância do *P. vivax*, responsável por quase 85% dos casos notificados em 2008.

No período de 1999 a 2008, observa-se uma redução na incidência parasitária anual (IPA) nos estados da Região da Amazônia Brasileira, que era de 32 por 1.000 habitantes, em 1999 e passou para 13 por 1.000 habitantes em 2008. Nesse mesmo período, observa-se uma importante alteração na dinâmica de transmissão da malária com concentração de casos em alguns municípios. O número de municípios de alto risco, ou seja, com incidência a partir de 50 casos por 1.000 habitantes, passou de 160 para 67 municípios. Na figura 29 podemos avaliar o risco de transmissão de malária por município conforme dados preliminares de 2009.

Figura 29: RISCO DE TRANSMISSÃO DE MALÁRIA. AMAZÔNIA LEGAL, 2009*



FONTE: SVS/Ministério da Saúde.

Na Amazônia Legal, a maior parte dos casos de malária é devida ao *P. vivax*. No período de 1999 a 2005 era preocupante a tendência de incremento do percentual de casos de malária por *P. falciparum* (que favorece a ocorrência de formas graves e óbitos), quando se observou aumento de 19,2% para 25,7% na proporção de malária por *P. falciparum*, tendência que se reverteu nos anos mais recentes, com proporção de casos por essa espécie de 16,1% em 2009. Nesse ano, os estados com maior percentual de malária por *P. falciparum* foram o Maranhão e o Pará (21,4% e 21%, respectivamente), conforme pode ser observado na tabela 18.

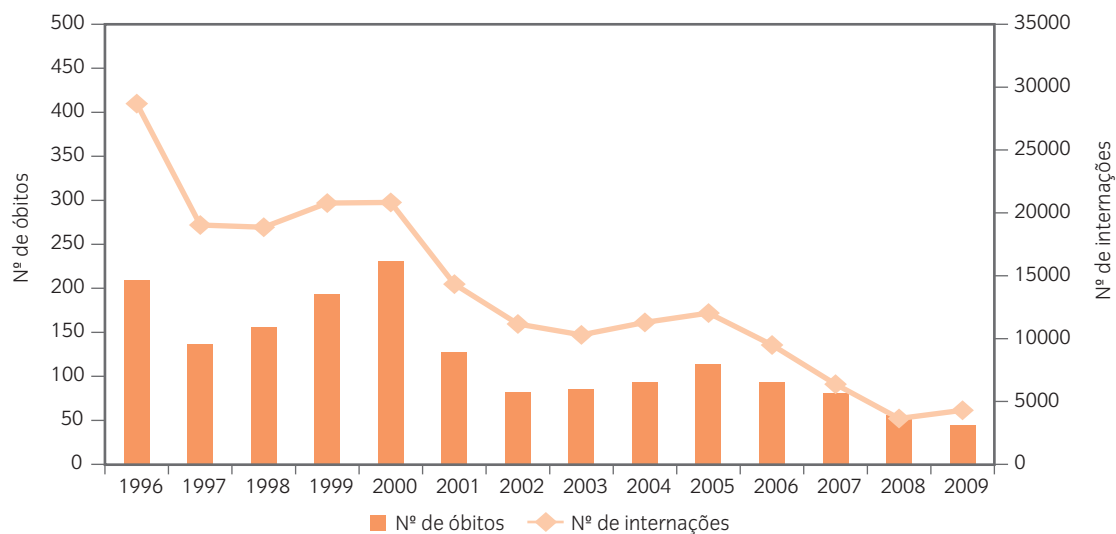
Tabela 18: CASOS NOTIFICADOS DE MALÁRIA, POR ESPÉCIE DE PLASMODIUM E NÚMERO TOTAL DE INTERNAÇÕES POR MALÁRIA. AMAZÔNIA LEGAL, POR UF 2009

UF	TOTAL DE CASOS	P. VIVAX	P. FALCIPARUM	MISTA (V+F)	% DE MALÁRIA POR P. FALCIPARUM	INTERNAÇÕES
RO	41.366	36.517	4.599	249	11,1	705
AC	27.566	23.609	3.869	88	14,0	627
AM	99.467	86.796	12.105	566	12,2	623
RR	15.032	13.363	1.565	104	10,4	361
PA	99.613	77.057	20.958	1.575	21,0	1.353
AP	15.505	12.552	2.593	288	16,7	247
TO	129	102	22	5	17,1	34
MA	5.697	4.348	1.220	126	21,4	186
MT	3.276	2.644	593	39	18,1	158
AMAZÔNIA LEGAL	266.285	220.471	42.925	2.791	16,1	4.294

FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Tanto o número de internações como o de óbitos por malária também vem apresentando tendência de declínio na última década, conforme pode ser observado na figura 30.

Figura 30 NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS E DE INTERNAÇÕES POR MALÁRIA. AMAZÔNIA LEGAL, 1996 A 2006



FONTE: SVS/Ministério da Saúde

4.4.2.4 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

As esferas federal, estadual e municipal têm atribuições distintas e complementares na implantação, gestão e acompanhamento do PNCM. Abaixo estão listadas algumas atribuições e responsabilidades da esfera estadual presentes no Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária publicado em 2003 pela Secretaria de Vigilância em Saúde:

- » Coordenação estadual do PNCM.
- » Gestão da vigilância epidemiológica e entomológica da malária.
- » Execução de ações de vigilância epidemiológica e controle da malária, de forma complementar à atuação dos municípios.
- » Assistência técnica aos municípios.
- » Supervisão, monitoramento e avaliação das ações executadas pelos municípios.
- » Gestão dos estoques estaduais de medicamentos, inseticidas para combate ao vetor.
- » Gestão do sistema de informação da malária no âmbito estadual, consolidação e envio regular à instância federal dentro dos prazos estabelecidos.
- » Análise e retroalimentação dos dados da malária aos municípios.
- » Divulgação de informações e análises epidemiológicas da situação da malária.
- » Definição e estruturação de centros de referência para tratamento das formas graves da malária.

4.4.3 Programa Nacional de Controle da Tuberculose

4.4.3.1 ASPECTOS GERAIS

Em todo o mundo, estima-se que um terço da população já esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, e o número estimado de casos novos anuais da doença (segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde – OMS, para 2008) é de 9,4 milhões, que teriam ocasionado 1,3 milhão de mortes por tuberculose no mundo entre pessoas HIV negativas, além de 0,5 milhão de mortes dentre pessoas que vivem com HIV/Aids.

Segundo essas estimativas (WHO, 2009), a taxa de incidência de tuberculose equivaleria em 2008 a 139 casos novos para cada 100.000 pessoas. A prevalência estimada para este ano foi da existência de 1,1 milhão de casos, que seria equivalente a uma taxa de prevalência de 164 casos para cada 100.000 pessoas.

O surgimento da epidemia de Aids e de focos de tuberculose multirresistente em zonas com controle deficiente da doença complica ainda mais o problema em escala mundial.

O Brasil ocupava, em 2008, de acordo com a OMS, o 19º lugar entre os 22 países com maior número de casos de tuberculose no mundo (WHO, 2009).

Foram registrados pela SVS/Ministério da Saúde, através do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), 69.798 casos de tuberculose em 2008, que levaram, segundo dados preliminares do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), a 4.824 óbitos.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), lançado em 2003, possui normas técnicas e assistenciais bem definidas, garantindo a distribuição gratuita dos medicamentos e outros insumos necessários às ações preventivas e de controle da doença. Isso permite acesso universal da população aos serviços de saúde para tratamento da tuberculose.

Em fevereiro de 2004, foi lançado o Plano Nacional de Ação 2004-2007, com a prioridade de implantar a Estratégia de Tratamento Supervisionado (o Dots), recomendada pela Organização Mundial da Saúde, nos municípios responsáveis pela maior parte dos casos notificados anualmente no país. Essa estratégia é baseada em cinco componentes:

- » Comprometimento dos governos no suporte financeiro às atividades de controle.
- » Detecção de casos por baciloscopia de escarro entre pacientes sintomáticos respiratórios detectados nos serviços de saúde.
- » Garantia de tratamento padronizado de curta duração diretamente observado para, pelo menos, todos os casos confirmados com baciloscopia de escarro positiva, ao menos, nos dois meses iniciais.
- » Suprimento regular de todos os medicamentos do esquema de tratamento antituberculose.
- » Sistema padronizado de notificação e acompanhamento que permita conclusões seguras sobre o resultado do tratamento para cada paciente e do programa de controle de forma geral.

Além da adoção da Estratégia Dots, o PNCT reconhece a importância de horizontalizar o controle da TB, estendendo suas ações a todos os serviços do SUS, incluindo a integração do controle da TB à Atenção Primária de Saúde, ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e à Estratégia de Saúde da Família (PSF), para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento da TB.

4.4.3.2 OBJETIVOS E METAS:

O objetivo principal do PNCT é cumprir as metas mundiais de controle da tuberculose, ou seja, localizar no mínimo 70% dos casos estimados anualmente para tuberculose e curar no mínimo 85% destes, reduzindo, assim, a morbidade, a mortalidade e a transmissão da tuberculose.

Além disso, são outros objetivos do programa:

- » Sensibilizar e mobilizar os gestores do SUS, líderes políticos, formadores de opinião, visando a priorizar as ações de combate à tuberculose.
- » Incorporar o tratamento supervisionado na Atenção Primária, especialmente na estratégia da Saúde da Família e às unidades de saúde das grandes cidades.
- » Fortalecer a vigilância epidemiológica de maneira a aumentar a detecção de casos novos e a cura de casos diagnosticados, assim como diminuir o abandono do tratamento.
- » Capacitar os profissionais de saúde que participam no controle e na prevenção da tb em todos os níveis de gestão.
- » Manter cobertura adequada da vacinação com BCG.
- » Reforçar as atividades de colaboração entre os programas de TB e o HIV/Aids;
- » Reforçar e melhorar o sistema de informação (Sinan).
- » Desenvolver, nos laboratórios, as atividades de diagnóstico e testes de sensibilidade aos medicamentos usados no tratamento de tuberculose.
- » Desenvolver atividades de comunicação e mobilização social para a educação em saúde, em todas as esferas (nacional, estadual e municipal), focalizando a promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde.

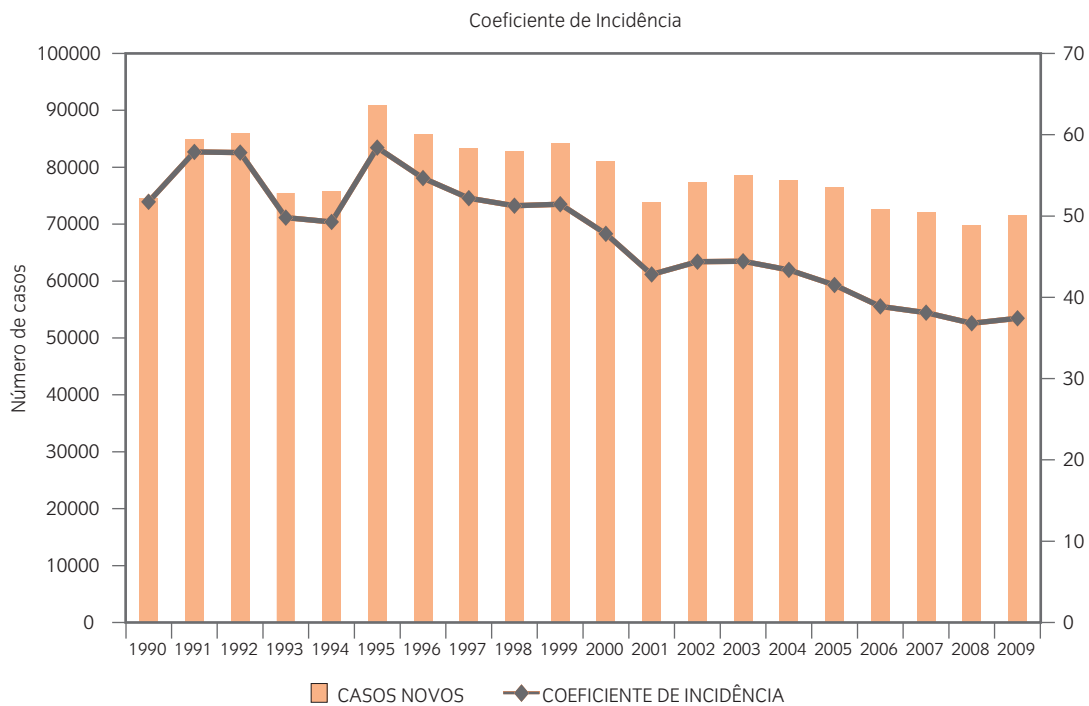
As metas do PNCT são:

- » Manter um nível de detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados.
- » Tratar corretamente 100% dos casos de tuberculose diagnosticados e curar, pelo menos, 85% dos mesmos.
- » Manter a proporção de abandono do tratamento em nível aceitável (menos de 5%).
- » Estender o tratamento supervisionado para 100% das unidades de saúde dos municípios prioritários.
- » Manter atualizado o registro de casos, notificando 100% dos resultados de tratamento.
- » Aumentar em 100% o número de sintomáticos respiratórios examinados.
- » Disponibilizar o exame de HIV a 100% dos adultos com tuberculose ativa.

4.4.3.3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ATUAL:

O número de casos novos registrados em 2009 foi de 69.798, com uma taxa de incidência de 36,8 por 100 mil. Analisando uma série de 20 anos (1990 a 2009 – Figura 31), a tendência da incidência da tuberculose (todas as formas) no Brasil é descendente a partir de 1995 a 2005, passando a praticamente estável desde 2006.

Figura 31: TOTAL DE CASOS NOVOS E COEFICIENTE DE TUBERCULOSE (TODAS AS FORMAS). BRASIL, 1990 A 2009



Fonte: SVS/Ministério da Saúde

Tabela 19 NÚMERO DE CASOS NOVOS E ÓBITOS POR TUBERCULOSE E COEFICIENTES DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR TUBERCULOSE, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO E ESTADOS. BRASIL, 2008.

UF RESIDÊNCIA	CASOS NOVOS	COEF. DE INCIDÊNCIA	ÓBITOS	COEF. DE MORTALIDADE
NORTE	6581	43,5	359	2,4
Rondônia	455	30,5	32	2,1
Acre	265	39,0	16	2,4
Amazonas	2169	64,9	113	3,4

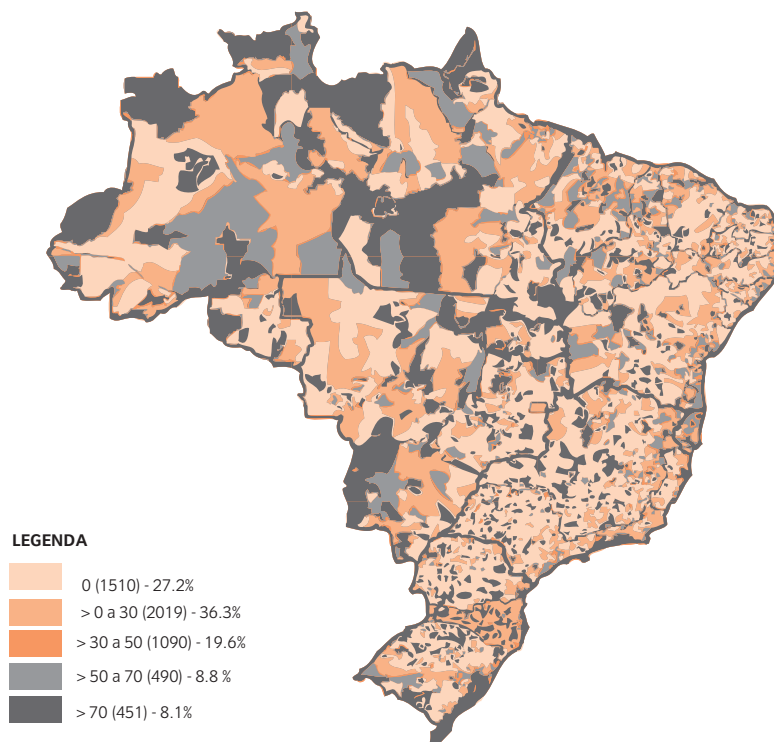
(continuação)

UF RESIDÊNCIA	CASOS NOVOS	COEF. DE INCIDÊNCIA	ÓBTIOS	COEF. DE MORTALIDADE
<i>Roraima</i>	126	30,5	3	0,7
<i>Pará</i>	3164	43,2	178	2,4
<i>Amapá</i>	229	37,3	6	1,0
<i>Tocantins</i>	173	13,5	11	0,9
NORDESTE	19744	37,2	1630	3,1
<i>Maranhão</i>	2120	33,6	193	3,1
<i>Piauí</i>	885	28,4	84	2,7
<i>Ceará</i>	3664	43,4	267	3,2
<i>Rio Grande do Norte</i>	936	30,1	67	2,2
<i>Paraíba</i>	1032	27,6	74	2,0
<i>Pernambuco</i>	4023	46,1	393	4,5
<i>Alagoas</i>	1155	36,9	95	3,0
<i>Sergipe</i>	574	28,7	35	1,8
<i>Bahia</i>	5355	36,9	422	2,9
SUDESTE	31889	39,8	2137	2,7
<i>Minas Gerais</i>	4424	22,3	301	1,5
<i>Espírito Santo</i>	1305	37,8	73	2,1
<i>Rio de Janeiro</i>	11014	69,4	857	5,4
<i>São Paulo</i>	15146	36,9	906	2,2
SUL	8519	31,0	502	1,8
<i>Paraná</i>	2465	23,3	151	1,4
<i>Santa Catarina</i>	1614	26,7	60	1,0
<i>Rio Grande do Sul</i>	4440	40,9	291	2,7
CENTRO-OESTE	3065	22,4	196	1,4
<i>Mato Grosso do Sul</i>	861	36,9	59	2,5
<i>Mato Grosso</i>	1064	36,0	77	2,6
<i>Goiás</i>	796	13,6	51	0,9
<i>Distrito Federal</i>	344	13,5	9	0,4
BRASIL	69798	36,8	4824	2,5

FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Na tabela 19 podemos observar que a maior parte dos casos novos notificados em 2008 se concentrou nas regiões Sudeste (principalmente) e Nordeste, tendo, porém, as maiores taxas de incidência (taxas de detecção de casos novos) a região Norte (43,5 por 100.000 habitantes), seguida das regiões Sudeste (39,8) e Nordeste (37,2 por 100.000). Os estados que apresentaram maiores coeficientes de incidência foram o Rio de Janeiro (69,4), Amazonas (64,9), Pernambuco (46,1), Ceará (43,4), Pará (43,2) e Rio Grande do Sul (40,9 por 100.000). A distribuição geográfica em 2004 (figura 32) já demonstrava uma concentração de 70% dos casos em 315 municípios, que incluíam as grandes cidades e capitais, considerados na época pelo Ministério da Saúde como prioritários para o controle da TB e a implementação da estratégia Dots. Mais recentemente, a lista de municípios prioritários se concentrou em 181 municípios.

Figura 32: DISTRIBUIÇÃO DA TAXA DE INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE (TODAS AS FORMAS) POR MUNICÍPIO. BRASIL, 2004.

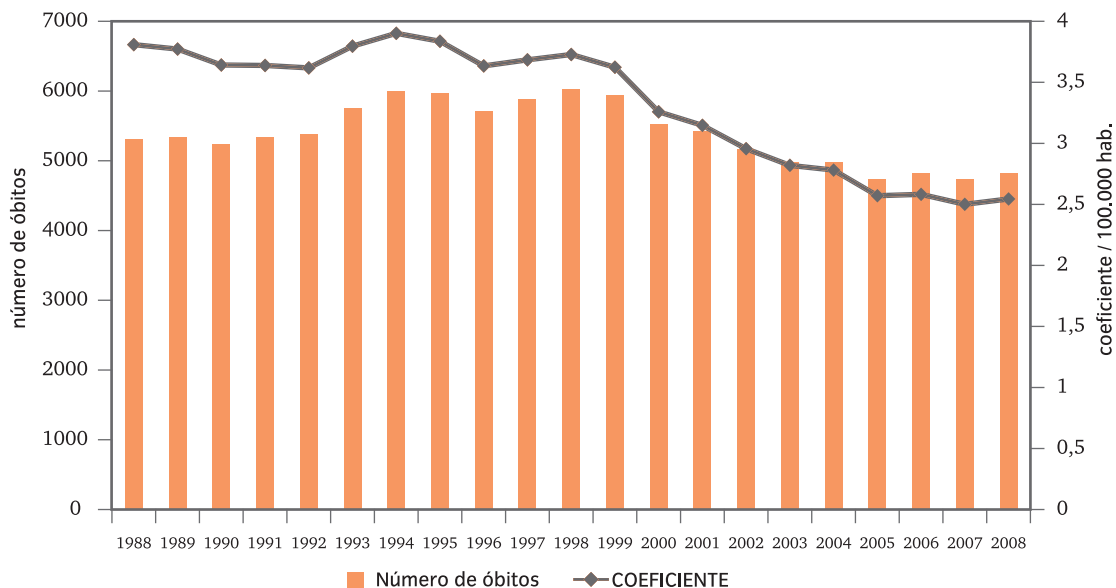


FONTE: SVS/MS

Ao observar uma série histórica de 20 anos (figura 33), constata-se que a tendência do coeficiente de mortalidade por tuberculose apresentava-se como uma curva descendente até 2005, com certa estabilidade nos últimos 4 anos. A taxa de mortalidade de 3,8 casos por 100 mil habitantes em 1988 diminuiu até alcançar 2,5 casos por 100 mil habitantes em

2008, o que representa uma redução da mortalidade de 34% no período. São ainda notificados cerca de 4.800 óbitos por tuberculose a cada ano no Brasil, sendo os estados com as maiores taxas de mortalidade (tabela 19) o Rio de Janeiro (5,4), Pernambuco (4,5), Amazonas (3,4), Ceará (3,2) Maranhão (3,1) e Alagoas (3,0 óbitos por 100.000 habitantes).

Figura 33: NÚMERO DE ÓBITOS E COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR TUBERCULOSE (TODAS AS FORMAS) POR 100.000 HABITANTES. BRASIL, 1988 A 2008



Fonte: SVS / Ministério da Saúde

O problema da coinfeção de tuberculose e do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) tem sido destacado como relevante no Brasil e no mundo. As taxas de coinfeção TB/HIV no período 2005-2008 (segundo informações do MS/SVS/Sinan, obtidas através do site do Datasus/MS), vem aumentando (8,5% dos casos notificados em 2005, 9,3% em 2006, 9,9% em 2007 e 10% em 2008). Os estados com mais alta carga de coinfeção, segundo essa mesma fonte, são Santa Catarina (24,5%) e Rio Grande do Sul (23%).

A heterogeneidade do grau de cobertura do programa também é visível na análise da situação de encerramento dos casos de tuberculose confirmados notificados ao Sinan em 2008 (tabela 20). Existe ainda um percentual grande de casos em que essa informação é ignorada (18% no Brasil), ocorreu abandono (9,2%) ou transferência do caso (7,1%), o que leva a um percentual de cura ainda aquém do desejado no país (58,7%).

Tabela 20: SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE CONFIRMADOS (NOTIFICADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN) SEGUNDO REGIÃO E UF, BRASIL, 2008

UF NOTIFICAÇÃO	IGN/BRANCO	CURA	ABANDONO	ÓBITO POR TUBERCULOSE	ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS	TRANSFERÊNCIA	TB MULTIRRESISTENTE
NORTE	13,2	62,5	10,7	2,7	2,5	8,2	0,2
<i>Rondônia</i>	7,0	69,3	11,8	1,8	2,2	7,7	0,2
<i>Acre</i>	9,4	75,0	6,6	2,8	1,6	4,7	0,0
<i>Amazonas</i>	13,9	60,5	9,6	3,8	2,7	9,2	0,2
<i>Roraima</i>	2,7	75,0	5,4	2,7	6,8	6,1	1,4
<i>Pará</i>	14,4	62,0	12,5	2,1	2,1	6,7	0,2
<i>Amapá</i>	19,3	52,6	7,4	1,5	3,0	16,3	0,0
<i>Tocantins</i>	6,0	64,4	4,7	1,7	3,4	19,7	0,0
NORDESTE	18,3	57,4	8,3	2,9	2,5	10,3	0,3
<i>Maranhão</i>	9,4	71,5	8,9	2,6	2,3	5,0	0,2
<i>Piauí</i>	15,1	46,4	3,3	2,9	3,2	29,0	0,1
<i>Ceará</i>	21,7	58,4	7,0	3,1	1,9	7,3	0,6
<i>Rio Grande do Norte</i>	18,7	56,6	9,3	4,1	2,1	9,1	0,1
<i>Paraíba</i>	11,7	52,2	12,9	2,8	1,7	18,4	0,2
<i>Pernambuco</i>	12,7	57,2	10,5	3,9	3,4	12,2	0,2
<i>Alagoas</i>	6,9	67,9	10,3	3,6	2,4	8,7	0,0
<i>Sergipe</i>	1,9	70,3	14,2	3,9	2,3	7,2	0,3
<i>Bahia</i>	28,9	51,9	6,3	1,9	2,4	8,2	0,3
SUDESTE	23,4	56,6	9,1	2,9	4,1	3,8	0,1
<i>Minas Gerais</i>	10,4	63,3	9,1	3,4	6,3	7,3	0,2
<i>Espírito Santo</i>	27,7	56,7	4,2	2,8	2,0	6,3	0,3
<i>Rio de Janeiro</i>	53,3	30,9	6,0	2,8	1,4	5,5	0,2
<i>São Paulo</i>	3,8	74,5	11,9	2,9	5,8	1,1	0,0
SUL	6,1	63,6	11,4	3,7	4,9	9,9	0,4
<i>Paraná</i>	4,3	68,5	10,5	4,0	5,3	7,2	0,1
<i>Santa Catarina</i>	6,8	64,7	9,8	3,5	3,9	10,8	0,5

(continuação)

UF NOTIFICAÇÃO	IGN/BRANCO	CURA	ABANDONO	ÓBITO POR TUBERCULOSE	ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS	TRANSFERÊNCIA	TB MULTIRRESISTENTE
<i>Rio Grande do Sul</i>	6,8	60,8	12,5	3,5	5,0	10,9	0,5
CENTRO-OESTE	9,5	66,2	7,2	3,2	4,2	9,5	0,2
<i>Mato Grosso do Sul</i>	7,6	67,6	7,3	5,5	5,3	6,4	0,3
<i>Mato Grosso</i>	10,4	68,6	7,3	2,2	3,3	8,0	0,3
<i>Goiás</i>	15,0	58,2	8,7	3,1	4,3	10,7	0,0
<i>Distrito Federal</i>	0,6	72,7	4,3	1,4	3,9	17,1	0,0
BRASIL	18,2	58,7	9,2	3,0	3,6	7,1	0,2

FONTE: SVS/Ministério da Saúde

4.4.3.4 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

As esferas federal, estadual e municipal têm atribuições distintas e complementares na implantação, gestão e acompanhamento do PNCT. Abaixo estão listadas algumas atribuições e responsabilidades da esfera estadual.

- » Exercer a gestão e gerência da vigilância epidemiológica, prevenção e controle da tuberculose.
- » Cooperar tecnicamente com os municípios nas ações do PCT.
- » Acompanhar, monitorar e avaliar as ações de vigilância, prevenção e controle da tuberculose nos municípios.
- » Programar, acompanhar e controlar a distribuição de medicamentos e insumos.
- » Realizar avaliação epidemiológica e operacional das ações do Programa em âmbito estadual.
- » Realizar análise epidemiológica, retroalimentar os dados de tuberculose aos municípios e enviar os dados e análise à esfera nacional.
- » Divulgar informações e a análise epidemiológica da situação da TB no estado.
- » Garantir a qualidade dos exames laboratoriais realizados da rede do SUS conforme normas do Ministério da Saúde.
- » Realizar baciloscopia, cultura, identificação do bacilo e teste de sensibilidade às drogas utilizadas no tratamento da TB.

- » Criar mecanismos que promovam a participação efetiva da sociedade civil nas discussões e definições do programa de TB.

4.4.4 Programa Nacional de Controle da Hanseníase

4.4.4.1 ASPECTOS GERAIS

A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acometem o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, com a África, podem ser consideradas o berço da doença. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente esse quadro e, hoje, a hanseníase tem tratamento e cura.

É uma doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto, poucos adoecem (baixa patogenicidade). O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social.

O acesso a informações, diagnóstico e o tratamento com poliquimioterapia (PQT) continuam sendo elementos-chave na estratégia para o controle da doença.

Mesmo com os avanços no controle da doença, a hanseníase ainda é uma grande preocupação mundial. De acordo com dados de 2008 da Organização Mundial da Saúde, foram registrados 249.007 novos casos em 121 países. Angola, Bangladesh, Brasil, China, Congo, Índia, Etiópia, Indonésia, Madagascar, Moçambique, Nepal, Nigéria, Filipinas, Sri Lanka, Sudão e Tanzânia encabeçam a lista dos países com mais casos novos de hanseníase. Observa-se que, em 2008, o Brasil teve 15% dos casos novos e 93% do total registrado nas Américas (BRASIL, 2010).

Desde 2007 ocorreu uma mudança de enfoque na condução do Programa de Hanseníase, anteriormente com meta de eliminação, baseada na prevalência de período, para o objetivo de intensificar a redução da detecção, mediante a Mobilização para a Vigilância de Contatos, especialmente dos casos em menores de 15 anos. Assim, a detecção de casos novos passou a ser o principal indicador de monitoramento da endemia. Definiram-se cinco componentes ou eixos estruturantes (Vigilância Epidemiológica, Gestão, Atenção Integral, Comunicação e Educação e Pesquisa), para operacionalização das estratégias e ações em todo o território nacional, respeitando-se a competência e atribuições das diferentes instâncias de gestão e pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Desde então foram estabelecidas as seguintes diretrizes para a condução do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH)

- » Fortalecer a inserção da política sobre hanseníase nos pactos firmados entre gestores das três esferas de governo e nos instrumentos de macroplanejamento das políticas públicas de abrangência nacional;
- » Realizar ações de promoção, proteção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, envolvendo toda a complexidade da atenção à saúde;
- » Fomentar a ampliação da cobertura das ações com descentralização e prioridade à sua inclusão na atenção primária e na Estratégia Saúde da Família;
- » Preservar a autonomia e a integridade física e moral das pessoas acometidas pela hanseníase e humanizar o atendimento;
- » Fortalecer as parcerias com a sociedade civil visando à mobilização social e ao controle social das políticas de saúde relacionadas à hanseníase;
- » Atender aos interesses individuais e coletivos da população.

Para romper o enfoque vertical de algumas ações programáticas, o PNCH deu ênfase à descentralização das ações de controle da hanseníase, por ser a estratégia mais apropriada à ampliação do acesso aos diagnósticos e tratamentos precoces e à redução de incapacidades e de focos de transmissão da doença. Com esse objetivo, buscou-se a adesão dos estados e municípios à política de descentralização e fortalecimento da atenção primária e da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2009).

Essa proposta é consenso nacional, porém, existem ainda obstáculos à sua implementação:

- » Nos municípios com baixa endemicidade, o número reduzido de casos novos não estimula a inserção da hanseníase nos programas de capacitação permanente de profissionais da atenção primária para suspeição, diagnóstico e tratamento, dando-se prioridade a agravos mais prevalentes. O resultado é o aumento, nessas áreas, do diagnóstico tardio, em pessoas já com incapacidades instaladas.
- » Já nos municípios com média ou alta endemicidade, onde é inquestionável a necessidade de descentralização das ações de controle, ainda há resistência à descentralização do diagnóstico das unidades de referência para a atenção primária. Parece necessário esclarecer que descentralizar não significa eliminar a referência para os casos mais complexos, assim como reiterar que não faz sentido encaminhar 100% dos casos suspeitos para confirmação diagnóstica em unidades de referência.
- » Situação indefinida de muitos ex-pacientes residentes em antigas áreas de colônias

de hansenianos, assim como a indefinição da inserção de algumas dessas unidades na estrutura da rede pública de saúde.

A descentralização para a atenção primária deve vir acompanhada da estruturação da rede para a oferta da atenção integral e isso exige acompanhamento contínuo pelo PNCH. É fundamental garantir acesso e acessibilidade aos serviços de média e alta complexidades, bem como trabalhar de modo integrado com outros setores fundamentais ao cuidado da pessoa em tratamento, e em particular àquelas portadoras de sequelas ou incapacidades que necessitam da assistência e previdência sociais. Nesse sentido, é preciso aprofundar o debate e definir com clareza a linha de cuidado à pessoa acometida pela hanseníase no SUS (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, o PNCH desencadeou diversas iniciativas, como:

- » Aproximação e integração com áreas afins no MS, em particular com a Gerência do Sinan/SVS, com o Departamento de Atenção Básica/SAS e com o Departamento de Gestão da Educação em Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGETES, setores fundamentais para a execução das ações relativas à informação, à descentralização e à capacitação permanente dos profissionais de saúde;
- » Mudança no foco de trabalho, adotando como perspectiva o controle da Hanseníase, e não a sua eliminação;
- » Definição de diretrizes operacionais e interfaces necessárias ao estabelecimento de ações de controle e dos parâmetros de acompanhamento nas três esferas gestoras do SUS.

4.4.4.2 CONTROLE DA ENDEMIA, INDICADORES E METAS

O controle da Hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, seu tratamento e cura, visando eliminar fontes de infecção e evitar as sequelas resultantes do diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento adequado (BRASIL, 2009).

Foi definido como principal indicador de monitoramento do comportamento da hanseníase no Brasil o coeficiente de detecção geral em menores de 15 anos, que expressa a força de transmissão recente e a tendência da endemia. Também foi instituída sua apresentação por 100.000 habitantes para facilitar a realização de análises comparativas com outras doenças. Essa mudança tem sido divulgada amplamente, em todos os eventos nacionais e internacionais, e encontra respaldo nas comunidades científicas. Esse indicador expressa a transmissão recente da hanseníase e os focos ativos de transmissão.

Estudos de tendência realizados pelo PNCH mostram a desaceleração na ocorrência

de casos novos em crianças, no entanto, ainda existem no Brasil muitas áreas endêmicas, com aglomerados de casos e elevada incidência em menores de 15 anos.

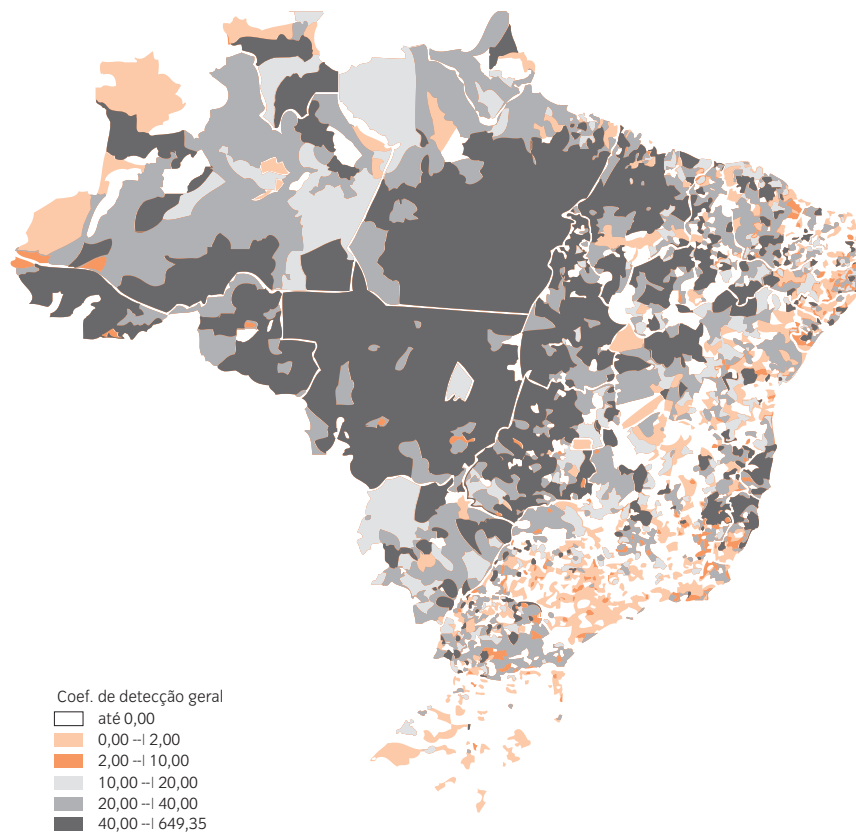
O indicador proporção de cura entre os casos novos diagnosticados foi adotado para monitoramento das ações do PPA e do Pacto de Gestão. Esse indicador contém resultados das atividades de captação de casos e mede a efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta. É um indicador de grande relevância, uma vez que a cura reduz os focos de contágio. Espera-se atingir 90% de cura dos casos em tratamento até 2011.

Além desses indicadores, foram inseridos – como ações – na Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS: avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase diagnosticados; avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase e examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas. Embora constituam indicadores já padronizados e utilizados no PNCH, não foram estabelecidas metas nacionais, ficando os estados responsáveis por apresentarem suas propostas, de acordo com as necessidades locais e tendo em vista os parâmetros recomendados.

4.4.4.3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ATUAL

O coeficiente de detecção de casos novos é função da incidência real de casos e da agilidade diagnóstica dos serviços de saúde. Em 2009 (dados preliminares), no Brasil, o coeficiente de detecção de casos novos alcançou o valor de 19,18/100.000 habitantes; e o coeficiente de prevalência, 21,9/100.000 habitantes.

Figura 34 COEFICIENTE DE DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE, POR 100.000 HABITANTES, POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA; BRASIL, 2009



A tabela 21, que mostra os coeficientes de detecção de casos novos registrados nos estados em 2009, evidencia o comprometimento da região da Amazônia Legal em relação à hanseníase. Essa situação também pode ser observada na figura 34, onde podemos observar as taxas de detecção de casos novos por município. Dos 5.564 municípios brasileiros, 3.194 (57,4%) apresentaram pelo menos 1 caso de hanseníase em 2009. Os cinco estados com maiores taxas de detecção de casos novos eram dessa região (Tocantins, Mato Grosso, Maranhão, Rondônia e Pará). A região da Amazônia Legal apresenta barreiras físicas e sociais que dificultam o acesso aos serviços de saúde, e tem aspectos demográficos e referentes à produção social do espaço geográfico que a fazem historicamente vinculada à evolução da endemia no Brasil.

Tabela 21 PACIENTES EM CURSO DE TRATAMENTO, CASOS NOVOS, TAXAS DE DETECÇÃO E PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE (POR 100.000 HABITANTES). BRASIL, SEGUNDO REGIÃO E UF, 2009*

UF RESIDÊNCIA	PAC. EM CURSO TRAT.	TAXA DE PREVALÊNCIA	CASOS NOVOS	TAXA DE DETECÇÃO
NORTE	8.198	53,4	7553	49,2
<i>Rondônia</i>	<i>1091</i>	<i>72,5</i>	<i>1007</i>	<i>67,0</i>
<i>Acre</i>	<i>237</i>	<i>34,3</i>	<i>257</i>	<i>37,2</i>
<i>Amazonas</i>	<i>897</i>	<i>26,4</i>	<i>716</i>	<i>21,1</i>
<i>Roraima</i>	<i>155</i>	<i>36,8</i>	<i>160</i>	<i>38,0</i>
<i>Pará</i>	<i>4676</i>	<i>62,9</i>	<i>4087</i>	<i>55,0</i>
<i>Amapá</i>	<i>232</i>	<i>37,0</i>	<i>187</i>	<i>29,8</i>
<i>Tocantins</i>	<i>910</i>	<i>70,4</i>	<i>1139</i>	<i>88,2</i>
NORDESTE	17.737	33,1	15.074	28,1
<i>Maranhão</i>	<i>4466</i>	<i>70,1</i>	<i>3871</i>	<i>60,8</i>
<i>Piauí</i>	<i>1852</i>	<i>58,9</i>	<i>1207</i>	<i>38,4</i>
<i>Ceará</i>	<i>2627</i>	<i>30,7</i>	<i>2228</i>	<i>26,1</i>
<i>Rio Grande do Norte</i>	<i>427</i>	<i>13,6</i>	<i>296</i>	<i>9,4</i>
<i>Paraíba</i>	<i>901</i>	<i>23,9</i>	<i>721</i>	<i>19,1</i>
<i>Pernambuco</i>	<i>3366</i>	<i>38,2</i>	<i>3077</i>	<i>34,9</i>
<i>Alagoas</i>	<i>406</i>	<i>12,9</i>	<i>399</i>	<i>12,6</i>
<i>Sergipe</i>	<i>381</i>	<i>18,9</i>	<i>484</i>	<i>24,0</i>
<i>Bahia</i>	<i>3311</i>	<i>22,6</i>	<i>2791</i>	<i>19,1</i>
SUDESTE	7.650	9,5	6.492	8,0
<i>Minas Gerais</i>	<i>1844</i>	<i>9,2</i>	<i>1.862</i>	<i>9,3</i>
<i>Espírito Santo</i>	<i>1250</i>	<i>35,8</i>	<i>1007</i>	<i>28,9</i>
<i>Rio de Janeiro</i>	<i>2573</i>	<i>16,1</i>	<i>1784</i>	<i>11,1</i>
<i>São Paulo</i>	<i>1983</i>	<i>4,8</i>	<i>1839</i>	<i>4,4</i>
SUL	1.656	6,0	1.507	5,4
<i>Paraná</i>	<i>1274</i>	<i>11,9</i>	<i>1165</i>	<i>10,9</i>
<i>Santa Catarina</i>	<i>189</i>	<i>3,1</i>	<i>185</i>	<i>3,0</i>
<i>Rio Grande do Sul</i>	<i>193</i>	<i>1,8</i>	<i>157</i>	<i>1,4</i>
CENTRO-OESTE	6.664	48,0	6.092	43,8
<i>Mato Grosso do Sul</i>	<i>648</i>	<i>27,5</i>	<i>647</i>	<i>27,4</i>

(continuação)

UF RESIDÊNCIA	PAC. EM CURSO TRAT.	TAXA DE PREVALÊNCIA	CASOS NOVOS	TAXA DE DETECÇÃO
<i>Mato Grosso</i>	2765	92,1	2651	88,3
<i>Goiás</i>	2968	50,1	2.552	43,1
<i>Distrito Federal</i>	283	10,9	242	9,3
BRASIL	41.905	21,9	36.718	19,2

FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Obs.: *Dados Preliminares

A distribuição de casos novos de hanseníase em pessoas com menos de 15 anos e mais de idade é apresentada na tabela 22, dados que, conforme já citado, indicam transmissão recente da endemia. As maiores taxas desse indicador também ocorrem na região da Amazônia Legal, mas também são observadas em outros estados da região Nordeste.

Tabela 22: NÚMERO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS E COEFICIENTE POR 100.000 HABITANTES, BRASIL, SEGUNDO REGIÃO E UF, 2009*

UF RESIDÊNCIA	C. NOVOS < 15 ANOS	COEFICIENTE < 15 ANOS
NORTE	744	15,08
<i>Rondônia</i>	72	16,34
<i>Acre</i>	20	8,22
<i>Amazonas</i>	64	5,67
<i>Roraima</i>	11	7,48
<i>Pará</i>	451	19,16
<i>Amapá</i>	19	8,18
<i>Tocantins</i>	107	27,78
NORDESTE	1.247	8,14
<i>Maranhão</i>	367	17,81
<i>Piauí</i>	103	11,13
<i>Ceará</i>	126	5,17
<i>Rio Grande do Norte</i>	16	1,89
NORDESTE	1.247	8,14
<i>Paraíba</i>	49	4,87
<i>Pernambuco</i>	302	12,72
<i>Alagoas</i>	22	2,15

(continuação)

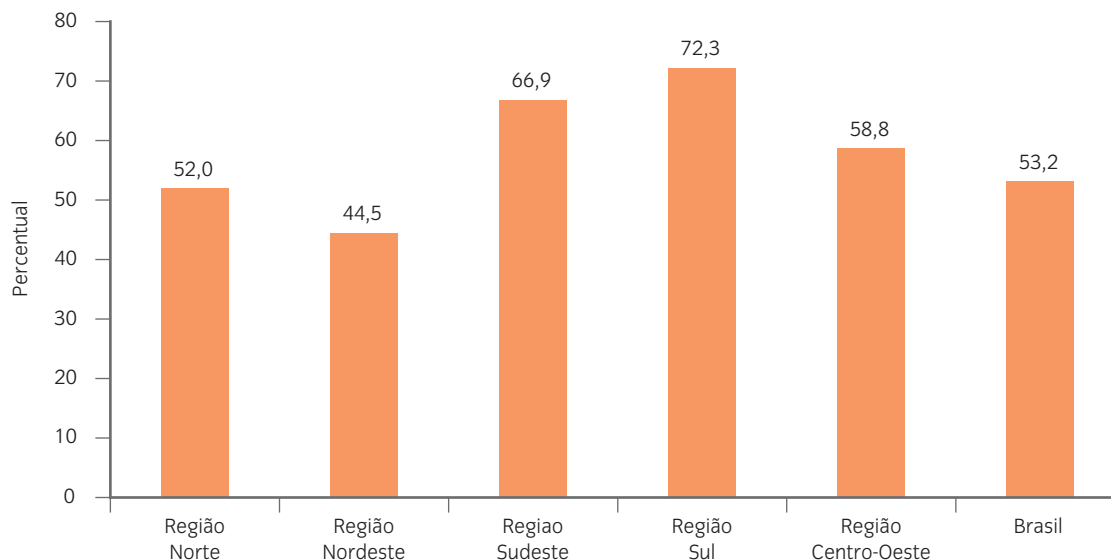
UF RESIDÊNCIA	C. NOVOS < 15 ANOS	COEFICIENTE < 15 ANOS
<i>Sergipe</i>	25	4,21
<i>Bahia</i>	237	5,83
SUDESTE	337	1,78
<i>Minas Gerais</i>	83	1,70
<i>Espírito Santo</i>	73	8,44
<i>Rio de Janeiro</i>	101	2,77
<i>São Paulo</i>	80	0,84
SUL	19	0,30
<i>Paraná</i>	15	0,59
<i>Santa Catarina</i>	2	0,14
<i>Rio Grande do Sul</i>	2	0,08
CENTRO-OESTE	270	7,47
<i>Mato Grosso do Sul</i>	23	3,71
<i>Mato Grosso</i>	141	17,25
<i>Goiás</i>	99	6,58
<i>Distrito Federal</i>	7	1,04
BRASIL	2.617	5,33

Fonte: SVS/Ministério da Saúde

Obs.: *Dados Preliminares

Podemos observar na figura 35 que os percentuais médios observados de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase diagnosticados no Brasil e regiões Norte, Centro-Oeste, Sudeste e Sul podem ser enquadrados, em 2009, na faixa definida como regular pelo PNCH (que abrange proporções de 50,0% a menos de 75,0%). A região Nordeste apresentou percentual ainda inferior (44,5%). Nota-se a necessidade de intensificar em todas as regiões a busca e exame de contatos domiciliares, estratégia fundamental para o controle da doença. Por outro lado, a proporção de casos novos de hanseníase curados no Brasil chegou a 81% em 2008, correspondendo a um aumento de 17,3%, entre 2003 e 2008. Em 2003, a proporção de casos curados foi de 69,3%.

Figura 35 PERCENTUAL DE CONTATOS EXAMINADOS DOS CASOS DE HANSENÍASE DENTRE OS REGISTRADOS, SEGUNDO REGIÕES, BRASIL -2009*



FONTE: SVS/Ministério da Saúde

Obs.: *Dados Preliminares

4.4.5 Programa Nacional de DST/Aids

4.4.5.1 ASPECTOS GERAIS

A Aids foi identificada no Brasil, pela primeira vez, em 1980, e apresentou um crescimento na incidência até 1998, quando foram registrados 25.732 casos novos, com um coeficiente de incidência de 15,9 casos/100.000 hab. A partir de então verificou-se uma desaceleração nas taxas de incidência de Aids no país. Atualmente, verifica-se uma tendência de heterossexualização, feminização, envelhecimento e pauperização da epidemia, aproximando-a cada vez mais do perfil socioeconômico do brasileiro médio.

A notificação de casos de Aids é obrigatória, desde 1986, a médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde.

Segundo informações do Boletim Epidemiológico Aids/DST do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), de 1980 a junho de 2009 foram diagnosticados (considerando, além dos casos notificados ao Sinan, aqueles registrados em sistemas como o Siscel – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – e Siclom, Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, além dos óbitos informados ao Sistema de Informações de Mortalidade – SIM)

no Brasil 544.823 casos de Aids. Desse total, 356.427 foram verificados em homens e 188.396 em mulheres (razão masculino – M : feminino – F de 1,9) . No ano de 2008, foram diagnosticados 34.480 novos casos da epidemia e, desses, 20.744 foram verificados em homens e 13.734 em mulheres (razão M:F de 1,5), o que comprova o maior crescimento da Aids entre o sexo feminino.

Quanto às principais categorias de transmissão entre os homens maiores de 13 anos, as relações sexuais responderam por 73% dos casos de Aids diagnosticados em 2008, com maior prevalência nas relações heterossexuais, que é de 45%. Para as mulheres, essa proporção corresponde a 97%. O uso de drogas injetáveis causou a transmissão em 6,3% dos homens e 2,4% das mulheres. Já entre menores de 13 anos (ambos os sexos), 94% dos casos diagnosticados ocorreram por transmissão vertical (gestação/parto). Outras formas de transmissão, como por transfusão ou uso de hemoderivados em hemofílicos, tem peso cada vez menor na epidemia, em todos os sexos e faixa etária (BRASIL, 2010).

No Brasil, a Aids foi identificada, pela primeira vez, em 1980. Na década de 1990, a situação epidemiológica da doença mudou. A transmissão se tornou basicamente heterossexual, com participação significativa das mulheres, com transmissão materno-infantil. Nos últimos anos, verificou-se também uma interiorização da epidemia, com o crescimento da doença em municípios pequenos, além de sua pauperização. A doença, que antes ocorria em camadas sociais de maior instrução, agora atinge as de menor escolaridade.

A missão do Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/Aids) é reduzir a incidência do HIV/Aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Para isso, foram definidas diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de Aids e outras DST; de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; de aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; da redução do estigma e da discriminação; e da melhoria da gestão e da sustentabilidade.

Para fomentar a descentralização das ações foi instituída uma política de incentivo com a definição de um conjunto de municípios que deveriam receber recursos extras para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/Aids e outras DST, com base em critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das Secretarias de Saúde. A transferência fundo a fundo na forma de incentivo visa à sustentabilidade financeira e de estímulo ao desenvolvimento de ações de controle de HIV/Aids que estão basicamente relacionadas à própria sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, à necessidade de expansão e à continuidade da capacitação de estados e municípios no enfrentamento da epidemia, com ações adequadas, eficazes e eficientes, de modo que se possa alcançar com sucesso o seu controle.

Em dezembro de 2002, por meio da Portaria Ministerial n. 2.313, foi instituído o Incentivo aos Estados, DF e municípios, no âmbito do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. É uma modalidade de financiamento pelos mecanismos regulares do SUS, com repasse automático do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde, constituída em virtude da necessidade e da importância da formulação e implementação de alternativas de sustentabilidade da Política Nacional de DST e Aids, tendo em conta as características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional, bem como os avanços e o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Saúde.

Esse mecanismo permite a pactuação de planos e metas entre os gestores do SUS, respeitando os diferentes graus de autonomia, capacidade de execução e das responsabilidades nos níveis de governo. Para isso, foram instituídos um instrumento de planejamento de programação anual – Plano de Ações e Metas (PAM), a ser apresentado pelo gestor de saúde e aprovado pelos conselhos de saúde locais – e de um sistema de monitoramento, que acompanha o alcance das metas propostas, a execução financeira dos planos, o cumprimento das pactuações para aquisição de medicamentos e preservativos e a evolução de indicadores relacionados às ações de controle do HIV/Aids e DST.

Segundo informações do site do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (www.aids.gov.br), atualmente estão qualificados para recebimento desse Incentivo as Secretarias de Saúde dos 26 estados, DF e de 456 municípios. Esses municípios respondem a uma abrangência de 62% da população nacional e 89% dos casos de Aids registrados no país. O total de recursos repassados anualmente pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/SVS/MS, nessa modalidade, é de R\$ 125,7 milhões, sendo R\$ 101,3 milhões destinados às ações das SES e SMS, R\$ 22 milhões para organizações da sociedade civil e R\$ 2,4 milhões para a disponibilização de fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças verticalmente expostas ao HIV, filhas de mães soropositivas.

Esses incentivos foram mantidos na regulamentação do financiamento da Vigilância em Saúde estabelecida através da Portaria n. 3.252, de 22/12/09 (BRASIL, 2009) como integrantes do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde.

Para expandir a qualidade e acesso das intervenções buscam-se: a ampliação das ações de promoção e prevenção; a inserção dos grupos mais vulneráveis na Rede de Atenção; o acesso aos insumos para adoção de práticas mais seguras (preservativos, gel lubrificante, kits de redução de danos).

Essa política visa à expansão da cobertura e à equidade, através da implementação de serviços de referência e assistência em casas de apoio, focalizados para populações emergentes, populações distantes e pessoas vivendo com HIV e Aids. Além disso, foram pactuadas as responsabilidades do Ministério da Saúde, estados e municípios para aquisição e

distribuição de medicamentos antirretrovirais e para tratamento de infecções oportunistas e outras DST. Outra ação é a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV e outras DST.

Para aumentar a efetividade das ações, são implementadas, também, a produção e a disseminação de informações oportunas e de qualidade para subsidiar os níveis de decisão, com a elaboração de um Plano Diretor de Informação e Informática. Esse plano inclui: o conhecimento da prevalência do HIV, da sífilis e outras DST (população geral e populações específicas); a consolidação de um sistema de monitoramento de indicadores do Programa Nacional, o Monitoraids; o monitoramento da resistência do HIV aos antirretrovirais (ARV) e do gonococo aos antibióticos; a implantação de uma rede de Vigilância de Eventos Clínicos e Reações Adversas; a implementação do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (CD4 e Carga Viral) – Siscel; e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais – Siclom; o aprimoramento da vigilância biológica e comportamental; criação de sistema de gestão e a divulgação dos resultados das pesquisas.

O Siclom foi criado com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. O sistema permite que o PN DST/Aids se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em tratamento antiretroviral (Tarv), nas várias regiões do país. As informações são utilizadas para controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes de Aids e uso de diferentes esquemas terapêuticos. O aplicativo possui três funcionalidades principais: cadastramento dos pacientes em tratamento, controle da dispensação mensal de medicamentos, controle de estoque dos medicamentos antirretrovirais e dos medicamentos para tratamento das infecções oportunistas nas farmácias.

O tratamento dos pacientes portadores de HIV é realizado com um elenco atual de 16 antirretrovirais, que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde, e as orientações para o seu uso, baseadas em discussões técnicas com especialistas da área, são definidas pelo Programa Nacional de DST e Aids.

O Ministério da Saúde realiza as distribuições dos antirretrovirais de duas formas: utilizando o estoque existente no seu almoxarifado central ou por meio de entrega direta dos laboratórios nacionais para as secretarias estaduais de saúde, conforme firmado no convênio/contrato.

Os quantitativos determinados em cada distribuição visam, em média, à cobertura da necessidade estimada de consumo por um período de três meses, observando as informações sobre a movimentação de estoque e consumo, encaminhadas mensalmente pelas Coordenações de DST e Aids das secretarias estaduais de saúde, por meio de relatórios gerenciais.

As coordenações de DST e Aids das secretarias estaduais de saúde, por sua vez, são responsáveis por sua redistribuição às unidades dispensadoras de medicamentos (UDM), bem como pelo gerenciamento dos estoques locais e controle do consumo desses medi-

camentos. Seguindo informações do SICLOM (disponíveis em <<http://sistemas.aids.gov.br/gerencial/>> – acesso em 14/7/2010), atualmente existem 677 UDM cadastradas no país, das quais 597 vêm efetivamente dispensando os medicamentos.

Como instrumentos para planejamento e programação de reposição dos estoques de medicamentos estão implantados o Boletim Mensal para Avaliação do Uso de Medicamentos e o Mapa de Movimento Mensal de Medicamentos, encaminhados mensalmente pelas coordenações de DST e Aids das secretarias estaduais de saúde ao Programa Nacional de DST/Aids, com base nos dados compilados das UDM.

É muito importante que, para garantir a continuidade do abastecimento de medicamentos antirretrovirais, as secretarias estaduais de saúde estejam atentas para os seguintes aspectos:

- » Regularidade no envio dos relatórios mensais;
- » Uso do medicamento de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde;
- » Manutenção do padrão do consumo do medicamento;
- » Comunicação com antecedência da situação de possível desabastecimento ao Programa Nacional de DST e Aids.

A responsabilidade pelo gerenciamento dos medicamentos destinados às doenças oportunistas deve ser pactuada nas CIB de cada estado, de forma a assegurar o acesso da população aos medicamentos.

As políticas públicas de saúde dirigidas ao tema DST/Aids avaliam as características e pertinência da epidemia da Aids e outras patologias correlatas (as DST, as hepatites, a tuberculose, gravidez indesejada, entre outras) entre segmentos populacionais definidos segundo suas características de vulnerabilidade e risco para a epidemia.

O apoio técnico-financeiro a projetos de organizações da sociedade civil voltados para a assistência das pessoas que vivem com HIV e Aids é destacado pela Coordenação Nacional do Programa de DST / AIDS como uma das principais formas de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Isso porque ações de prevenção, assistência, promoção e defesa de direitos humanos dos portadores da Aids articuladas em parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSC) possibilitam que tanto a população geral seja atingida, como os segmentos sociais com comportamento de risco acrescido, como é o caso dos profissionais do sexo e dos usuários de drogas injetáveis.

4.4.5.2 DIRETRIZES E PRIORIDADES DO INCENTIVO

- » Fortalecer, implementar e ampliar a institucionalização das ações de prevenção, pro-

moção e assistência às DST, HIV e Aids na rede do SUS, de forma integral e equânime.

- » Ampliar a cobertura e garantia de acesso:
 - › Aos insumos de prevenção para a população em geral, priorizando as populações sob maior risco e vulnerabilidade.
 - › Ao diagnóstico para a população em geral, priorizando gestantes e populações sob maior risco e vulnerabilidade.
 - › Universal e gratuito ao tratamento com ARV, para infecções oportunistas e sífilis.
 - › À informação sobre DST e HIV/Aids para a população em geral.
 - › Às ações educativas para crianças e adolescentes nas escolas.
- » Reduzir a transmissão vertical do HIV e sífilis.
- » Reduzir as iniquidades regionais no que concerne às respostas ao HIV/Aids e sífilis.
- » Ampliar a capacidade nacional para produção de medicamentos ARV.
- » Aprimorar, ampliar e qualificar a informação sobre Aids, sífilis na gestação e sífilis congênita.
- » Promover mecanismos para a sustentabilidade das ações da sociedade civil.
- » Promover mecanismos para melhoria da qualidade do atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids e outras DST.
- » Aprimorar mecanismos de gestão que promovam a eficiência das ações e o exercício dos direitos de cidadania.
- » Institucionalizar o monitoramento e a avaliação como ferramentas para melhoria do programa.
- » Promover a defesa dos direitos humanos e reduzir o estigma e a discriminação.
- » Reduzir iniquidades raciais no acesso à informação, ao diagnóstico e ao tratamento.
- » Combater a homofobia e promover o respeito à diversidade.

4.4.5.3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ATUAL

A Aids apresentou no Brasil um crescimento na incidência até 2002, quando foram diagnosticados 37.452 casos novos, com um coeficiente de incidência de 21,4 casos/100.000 habitantes. A partir de então se verificou uma desaceleração nas taxas de incidência até 2006, e de 2006 a 2008, estabilização (figura 36). As diferentes regiões do país apresentam, no entanto, situações bastante diversas.

A região Sul, que apresentava a maior incidência no país em 2008 (29,3 casos novos/100.000 habitantes) vinha apresentando um crescimento expressivo dessa taxa até

2002, demonstrou comportamento relativamente semelhante ao do país com diminuição da incidência de 2002 a 2006, seguido de discreto aumento em 2007 e estabilização.

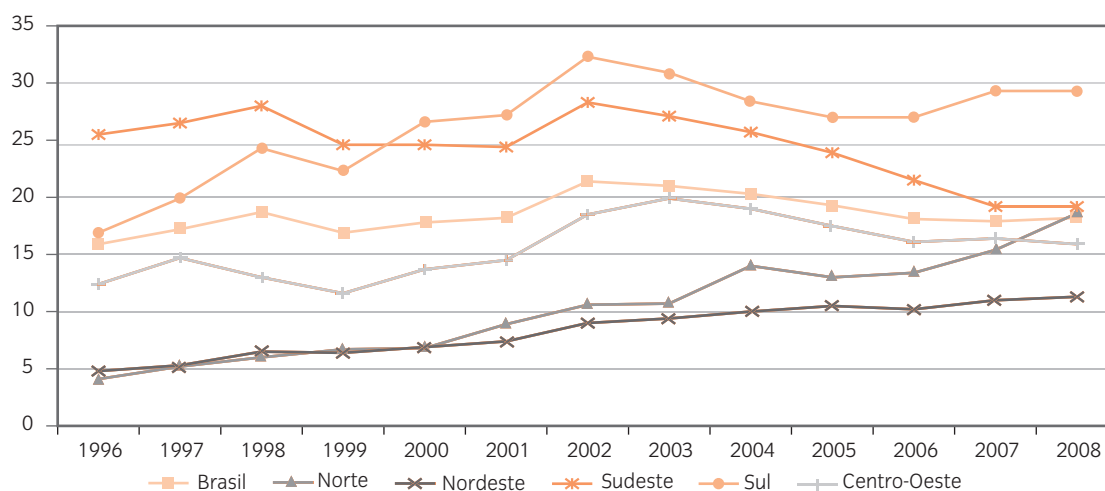
A região Sudeste iniciou discreta tendência de queda na incidência de Aids já a partir de 1998, seguido de estabilização, discreto aumento em 2002 e expressiva diminuição no período de 2002 a 2007, estabilizando-se em 2008, quando apresentou a segunda maior taxa de incidência do país (19,2/100.000).

A região Norte, que em 1996 apresentava a menor incidência (4,1), desde então vem apresentando contínuo e consistente aumento na incidência de casos novos de Aids, atingindo um coeficiente de 18,6 por 100.000 habitantes em 2008, a terceira maior taxa entre as regiões do país.

A região Centro-Oeste, após um período de aumento da incidência que se estendeu até 2003, apresentou uma queda nas taxas de 2003 a 2006, seguido de estabilização até 2008, quando apresentou incidência de 15,8 casos por 100.000 habitantes.

A região Nordeste também vem apresentando aumento contínuo das taxas de incidência, porém, menos importante que o da região Norte. Em 2008, apresentou a menor taxa de incidência dentre as regiões, com taxa de 11,3 por 100.000.

Figura 36: INCIDÊNCIA DE AIDS (POR 100.000 HABITANTES). BRASIL E REGIÕES, 1996 A 2008

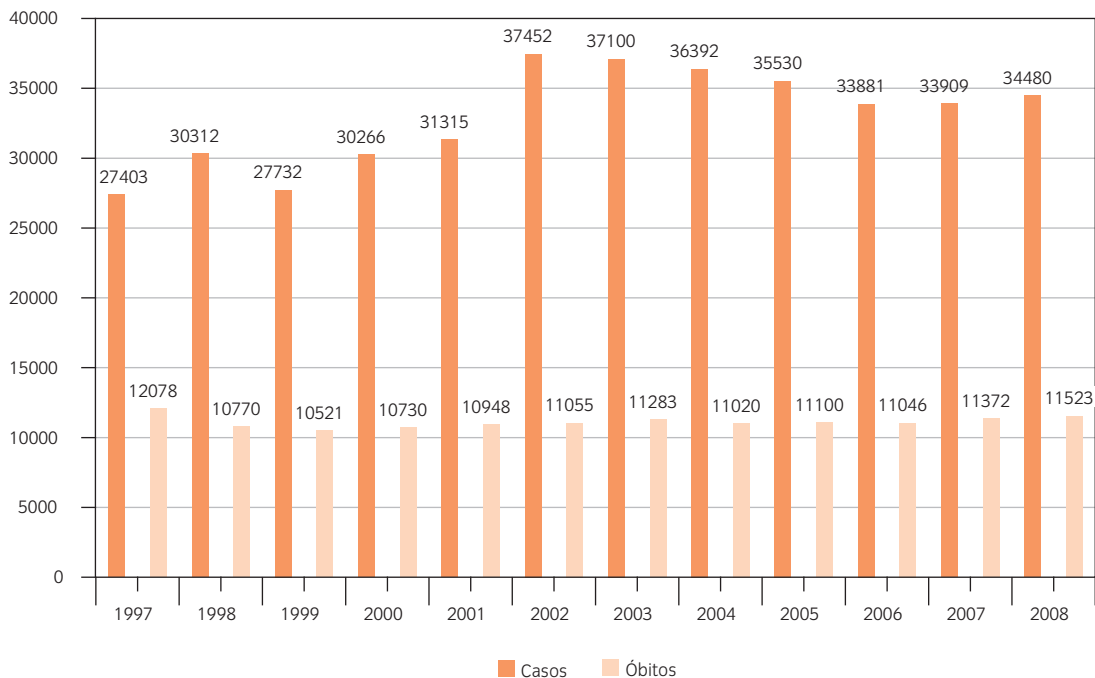


FONTE: SVS/Ministério da Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico AIDS – DST. Ano VI n. 01. 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2008 e 1ª à 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BAECBBB9D-25EF-4846-8DFA-44FFFC17713%7D/Boletim2010.pdf>> Acesso em 13 jul. 2010

Na figura 37 podemos observar que o número absoluto de casos novos no país aumentou significativamente de 1997 a 2002, de 27.403 para 37.452 óbitos. Apesar do aumento do número de casos o número de óbitos diminuiu no período, de 12.078 para 11.055

ocorrências. Já no período de 2002 a 2008 ocorre uma discreta diminuição do número de casos (34.480 casos novos diagnosticados em 2008), com estabilização no número de óbitos (11.523 óbitos nesse ano).

Figura 37 SÉRIE HISTÓRICA DE CASOS E DE ÓBITOS POR AIDS. BRASIL, 1997 A 2008.



FONTE: SVS/Ministério da Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico AIDS – DST. Ano VI n. 01. 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2008 e 1ª à 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BAECBBB9D-25EF-4846-8DFA-44FFFC17713%7D/Boletim2010.pdf>> Acesso em 13 jul. 2010

Uma das prioridades do Pacto pela Vida, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, é a redução da mortalidade materno-infantil. Nesse contexto, o Ministério da Saúde lançou o Plano para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, com metas pactuadas com estados e municípios (BRASIL, 2010).

Tabella 23 CASOS DE AIDS (NÚMERO E TAXA DE INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB.) EM MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE NOTIFICADOS NO SINAN, DECLARADOS NO SIM E REGISTRADOS NO SISCEUS/CICLOM, SEGUNDO UF E REGIÃO DE RESIDÊNCIA POR ANO DE DIAGNÓSTICO. BRASIL, 1996-2008

UF DE RESIDÊNCIA	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
NORTE	13	0,9	13	0,9	23	1,5	22	1,4	32	1,9	29	1,7	48	2,8	49	2,8	47	2,6	46	2,5	62	3,2	61	3,6	92	5,7
Rondônia	1	0,7	1	0,7	4	2,6	3	1,9	3	1,9	2	1,3	4	2,5	6	3,7	4	2,4	6	3,5	5	2,8	9	5,5	7	4,7
Acre	1	1,5	0	0,0	1	1,5	0	0,0	0	0,0	3	3,8	1	1,2	0	0,0	2	2,4	0	0,0	2	2,1	1	1,1	2	2,4
Amazonas	2	0,6	1	0,3	6	1,7	6	1,7	12	3,1	6	1,5	17	4,2	13	3,1	16	3,8	12	2,7	20	4,4	23	6,0	40	11,1
Roraima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,7	2	4,5	4	8,7	0	0,0	4	8,2	0	0,0	1	1,9	2	3,6	1	1,8	2	3,7
Pará	7	1,0	8	1,1	12	1,6	10	1,3	11	1,4	12	1,5	21	2,6	24	2,9	22	2,6	20	2,3	28	3,1	24	3,1	32	4,2
Amapá	0	0,0	1	1,8	0	0,0	1	1,6	2	3,0	1	1,4	2	2,7	0	0,0	0	0,0	3	3,6	1	1,1	2	2,3	4	4,9
Tocantins	2	1,6	2	1,5	0	0,0	1	0,7	2	1,5	1	0,7	3	2,1	2	1,4	3	2,1	4	2,6	4	2,6	1	0,7	5	3,9
NORDESTE	43	0,9	54	1,1	57	1,1	72	1,4	77	1,5	97	1,9	143	2,8	144	2,8	116	2,2	165	3,0	127	2,3	138	2,7	133	2,6
Maranhão	4	0,6	5	0,8	8	1,2	7	1,1	4	0,6	12	1,7	8	1,1	14	1,9	11	1,5	29	3,9	13	1,7	17	2,4	25	3,6
Piauí	1	0,3	3	1,0	1	0,3	2	0,7	4	1,3	1	0,3	3	1,0	7	2,3	5	1,6	5	1,6	4	1,2	3	0,9	4	1,3
Ceará	13	1,6	7	0,9	9	1,1	12	1,4	15	1,9	14	1,7	21	2,5	20	2,4	21	2,5	17	1,9	19	2,1	15	1,9	14	1,8
Rio Grande do Norte	2	0,7	4	1,4	2	0,7	2	0,7	4	1,4	2	0,7	2	0,7	5	1,7	1	0,3	4	1,3	8	2,6	8	2,8	2	0,7
Paraíba	3	0,9	5	1,4	0	0,0	4	1,1	4	1,2	7	2,1	4	1,2	5	1,4	2	0,6	6	1,7	7	2,0	4	1,2	9	2,7
Pernambuco	13	1,7	15	2,0	20	2,6	14	1,8	22	2,8	32	4,0	48	5,9	41	5,0	31	3,7	39	4,6	35	4,1	32	4,1	29	3,8
Alagoas	1	0,3	2	0,6	3	0,9	4	1,2	6	1,8	2	0,6	5	1,5	7	2,0	6	1,7	11	3,1	4	1,1	10	2,8	10	2,8
Sergipe	1	0,5	0	0,0	0	0,0	6	3,1	5	2,5	3	1,5	3	1,5	4	1,9	5	2,4	8	3,7	4	1,8	6	2,8	8	3,9
Bahia	5	0,4	13	1,0	14	1,0	21	1,5	13	1,0	24	1,8	49	3,6	41	3,0	34	2,5	46	3,3	33	2,3	43	3,1	32	2,3
SUDESTE	530	8,9	584	9,7	532	8,7	503	8,1	520	8,2	464	7,2	525	8,1	420	6,4	320	4,8	321	4,7	232	3,3	209	3,3	221	3,6

(continuação)

UF DE RESIDÊNCIA	1996		1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX	Nº	TX
<i>Espírito Santo</i>	16	6,0	30	11,0	25	9,0	22	7,8	23	8,1	24	8,3	19	6,5	25	8,4	23	7,6	13	4,1	10	3,1	9	3,0	10	3,4
<i>Rio de Janeiro</i>	95	8,5	112	9,9	116	10,1	104	9,0	101	8,3	93	7,5	170	13,6	129	10,2	118	9,2	122	9,3	80	6,0	93	7,7	90	7,7
<i>São Paulo</i>	381	12,9	391	13,0	315	10,3	324	10,4	344	10,8	299	9,2	255	7,7	204	6,1	135	4,0	151	4,3	102	2,9	74	2,3	96	3,1
SUL	242	10,9	246	10,9	283	12,4	238	10,3	210	9,5	257	11,4	279	12,3	214	9,3	151	6,5	143	6,0	140	5,8	136	6,6	141	7,3
<i>Paraná</i>	56	6,2	49	5,4	78	8,4	73	7,8	55	6,2	62	6,9	65	7,1	55	6,0	34	3,7	31	3,2	17	1,8	25	3,0	30	3,8
<i>Santa Catarina</i>	66	14,1	83	17,4	77	15,9	65	13,2	38	8,0	53	11,0	50	10,2	45	9,0	40	7,9	25	4,8	34	6,4	21	4,6	30	6,9
<i>Rio Grande do Sul</i>	120	14,2	114	13,3	128	14,7	100	11,4	117	13,7	142	16,4	164	18,7	114	12,9	77	8,6	87	9,5	89	9,6	90	11,5	81	11,2
CENTRO-OESTE	43	4,0	50	4,5	54	4,7	40	3,4	51	4,5	53	4,5	59	5,0	47	3,9	61	4,9	34	2,6	31	2,4	30	2,5	15	1,3
<i>Mato Grosso do Sul</i>	9	4,4	12	5,8	16	7,6	8	3,7	9	4,4	7	3,4	13	6,2	9	4,2	10	4,6	3	1,3	9	4,0	7	3,3	3	1,5
<i>Mato Grosso</i>	8	3,2	11	4,3	9	3,5	6	2,3	17	6,7	19	7,3	16	6,0	17	6,3	16	5,8	15	5,2	11	3,8	12	4,3	7	2,5
<i>Goiás</i>	14	3,1	20	4,3	19	4,0	17	3,5	14	2,9	21	4,2	16	3,2	12	2,3	20	3,8	8	1,5	5	0,9	7	1,3	5	1,0
<i>Distrito Federal</i>	12	6,6	7	3,8	10	5,2	9	4,6	11	5,5	6	2,9	14	6,6	9	4,2	15	6,8	8	3,5	6	2,6	4	1,9	0	0,0
BRASIL	871	5,6	947	6,0	949	5,9	875	5,4	890	5,4	900	5,4	1054	6,2	874	5,1	695	4,0	709	4,0	592	3,3	574	3,5	602	3,8

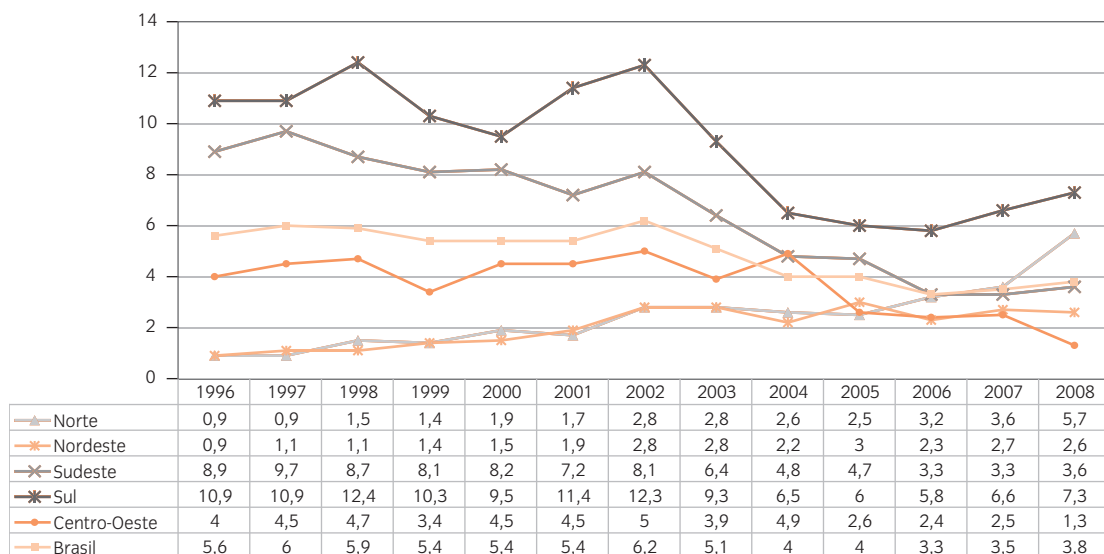
FONTE: SVS/Ministério da Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico AIDS – DST. Ano VI n. 01. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BAECBB9D-25EF-4846-8DFA-44FFFC17713%7D/>> Boletim2010.pdf> Acesso em 13 jul. 2010

O principal indicador de monitoramento é a taxa de incidência de Aids em menores de cinco anos de idade, utilizado como *proxy* da taxa de transmissão vertical, uma vez que representa quase 90% da totalidade de casos.

Desde 1996 até junho de 2009, foram identificados 10.739 casos de Aids em menores de cinco anos de idade, o que representa 2,0% do total de casos identificados no país. Em 2008, a taxa de incidência de Aids em menores de cinco anos foi de 3,8/100.000 habitantes (Tabela 23).

Do total de casos de Aids em crianças menores de cinco anos, 42,4% (5.526 casos) foram identificados em menores de um ano de idade. Em 2008 foram notificados 288 casos, correspondendo a 1,5% dos casos de Aids diagnosticados no SINAN, nesse ano, com taxa de incidência de 1,8 por 100.000 habitantes. O Brasil reduziu a incidência de casos de Aids em menores de cinco anos de idade, no período de 1998 a 2008, em 36,6%. A figura 38 mostra o declínio da taxa de incidência em menores de cinco anos no país, de 5,4 casos por 100.000 habitantes em 2000, para 3,8 em 2008 (BRASIL, 2010).

Figura 38 TAXA DE INCIDÊNCIA DE AIDS EM MENOS DE 5 ANOS DE IDADE NOTIFICADOS NO SINAN, DECLARADOS NO SISCEL/SICLOM, SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 1996 A 2008



FONTE: SVS / Ministério da Saúde / Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Boletim Epidemiológico AIDS – DST. Ano VI n. 01. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BAECBBB9D-25EF-4846-8DFA-44FFFC17713%7D/Boletim2010.pdf>> Acesso em 13 jul. 2010

As taxas de incidência de Aids em menores de cinco anos por regiões também podem ser observadas na figura 38. As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentam decréscimo na taxa de incidência no período de 1998 a 2008. No entanto, as regiões Norte e Nordeste apresentam crescimento. Em 2008, as taxas segundo regiões de residência são 7,3 na região Sul; 5,7 na região Norte; 3,6 na região Sudeste; 2,6 na região Nordeste e 1,3 na região Centro-Oeste.

4.4.5.4 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

O reconhecimento do direito constitucional à saúde responde diretamente ao foco da Rede de Direitos Humanos do Programa Nacional de DST e Aids e garante a regulamentação e a aplicação de uma legislação que equacione e proponha a solução dos conflitos gerados pela manifestação das DST e da epidemia do HIV. A produção da legislação brasileira em saúde, mais especificamente ligada às DST e Aids, tem por objetivo maior oferecer extenso material de consulta, comparação e reflexão sobre as diversas leis e suas interpretações à realidade da epidemia, para melhor enfrentar esse desafio à saúde pública e manter os princípios da cidadania. Endereço para consulta e *download*:

<http://www.aids.gov.br/pagina/legislacao>

Estão disponíveis também por esse endereço eletrônico publicações contendo leis federais, estaduais, distritais e municipais sobre DST/Aids no Brasil, além de normas e recomendações técnicas relacionadas ao controle e prevenção da DST e Aids no país.

4.4.6 Programa Nacional de Prevenção e Controle das Hepatites Virais

4.4.6.1 ASPECTOS GERAIS

As hepatites virais são doenças causadas mais comumente pelos vírus A, B, C ou D, que provocam inflamação no fígado. Possuem características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes, porém, com importantes particularidades. São silenciosas, pois nem sempre apresentam sintomas. Além disso, têm grande importância pelo número de indivíduos atingidos e pela possibilidade de complicações das formas agudas e evolução para formas crônicas, podendo levar à cirrose e ao câncer de fígado.

A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 2 bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B, contabilizando 325 milhões de portadores crônicos. A prevalência de hepatite B tem sido reduzida em países onde a vacinação foi implementada, porém, permanece alta em populações de risco acrescido e em países onde a transmissão vertical e horizontal intradomiciliar não é controlada.

A prevalência de hepatite C, com base em dados de pré-doadores de sangue, pode variar entre índices menores que 1% em países como Reino Unido, Escandinávia, Nova Zelândia e algumas áreas do Japão, ou chegar a altas taxas, como 14%, no Egito, sendo de 26% no Cairo. Em geral, a infecção pelo vírus da hepatite D ocorre em área com prevalência moderada a alta de hepatite B crônica, visto que o vírus delta depende do vírus B para ser infectante. As maiores prevalências de hepatite delta ocorrem no sul da Itália e em algumas áreas da ex-URSS e África, além da Bacia Amazônica.

As hepatites A e E apresentam alta prevalência nos países em desenvolvimento, onde as condições sanitárias e socioeconômicas são precárias. O Programa Nacional de Prevenção e Controle das Hepatites Virais (PNPCHV) foi criado pela Portaria GM/MS n. 2.080, de 31 de outubro de 2003, para normatizar, coordenar e promover a articulação entre Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, no acompanhamento de todos os aspectos relacionados à prevenção, vigilância e assistência aos pacientes portadores de hepatites virais, com ênfase nas hepatites A, B, C, D e E.

Por ser um programa recente, as ações de estruturação de uma rede de atenção primária e de serviços de média complexidade que atendam hepatites virais, para qualificar o diagnóstico e ampliar a oferta de tratamento é sua prioridade. O diagnóstico dos casos de hepatites é realizado por meio da triagem sorológica nos centros de testagem e aconselhamento (CTA). Todos os casos de hepatites devem ser notificados na ficha do Sinan, investigados e encaminhados ao órgão responsável pela vigilância epidemiológica local.

4.4.6.2 OBJETIVOS E METAS

O Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais – PNPCHV – tem a missão de reduzir a incidência das hepatites virais e melhorar a qualidade de vida dos portadores da doença, promovendo ações de prevenção, vigilância, controle e assistência no território nacional, respeitando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Objetivos do PNPCHV:

- » Desenvolver ações de prevenção e promoção à Saúde.
- » Estimular e garantir as ações de vigilância epidemiológica e sanitária.
- » Garantir o diagnóstico e o tratamento das hepatites.
- » Ampliar o acesso e incrementar a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis de complexidade.
- » Promover a capacitação de recursos humanos em todos os níveis de complexidade.
- » Promover a sensibilização de gestores e entidades profissionais.
- » Promover a articulação com a sociedade civil.

O PNPCHV tem como metas:

- » Inserir a triagem sorológica e o aconselhamento nos centros de testagem e aconselhamento (CTA).
- » Estruturar os serviços de diagnóstico e tratamento das hepatites virais nos serviços de média complexidade.
- » Implementar as ações de prevenção e controle das hepatites virais.
- » Implementar as ações de vigilância epidemiológica para as hepatites virais.
- » Incorporação da atenção às hepatites na rede de atenção básica e de média complexidade.
- » Padronização da realização de exames de anatomia patológica através de capacitações em parceria com a Sociedade Brasileira de Patologia.
- » Padronização clínica terapêutica.
- » Expansão da atuação dos laboratórios de saúde pública, ampliando sua capacidade de realização de exames sorológicos.
- » Expansão da cobertura para realização de exames de PCR e genotipagem (biologia molecular).
- » Inserção das ações de prevenção e controle das hepatites virais na atenção básica.

4.4.6.3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ATUAL

As hepatites virais apresentam distribuição universal e magnitude variável de acordo com a região do país. Para o Brasil, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) possui estimativa de infecção pelo VHA de aproximadamente 130 casos novos por 100.000 habitantes ao ano e de que mais de 90% da população maior de 20 anos tenha tido exposição ao vírus. Entretanto, com as melhorias nas condições de saneamento, alguns estudos têm demonstrado um acúmulo de suscetíveis em adultos jovens acima dessa idade.

Alguns estudos do final da década de 1980 e início de 1990 sugeriram uma tendência crescente do VHB nas regiões Sul e Norte. Assim, considerava-se que ocorriam três padrões de distribuição da hepatite B: alta endemicidade, com prevalência superior a 7%, presente na região Amazônica, alguns locais do Espírito Santo e oeste de Santa Catarina; endemicidade intermediária, com prevalência entre 2% e 7%, nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste e baixa endemicidade, com prevalência abaixo de 2%, na região Sul do país.

No entanto, essa infecção é muito dinâmica e variável. Com a implementação de campanhas de vacinação contra hepatite B em algumas regiões do estado do Amazonas, desde 1989 e a implantação da vacina em menores de 1 ano e em menores de 15 anos

nos anos de 1991 e 1996, respectivamente, esse padrão vem se modificando na região, como atestam estudos mais recentes. Na região de Lábrea, estado do Amazonas, a taxa de portadores do VHB passou de 15,3% em 1988 para 3,7% em 1998. Na região de IPIXUNA essa queda foi de 18% para 7%.

No ano de 1992 implantou-se a vacinação no estado do Acre para as mesmas faixas etárias e em 1993 para o restante da Amazônia Legal. Essa ação também teve impacto naquele estado, que em estudo de base populacional em 12 de seus 24 municípios apresentou a taxa de HbsAg de 3,4%. Outros trabalhos também classificam a região Norte como de baixa ou moderada endemicidade, permanecendo com alta endemicidade a região sudeste do Pará.

Em 1993 foi implantada a vacinação para menores de 4 anos nos estados de Santa Catarina, Espírito Santo, Paraná, redefinida em 1996 para menores de 15 anos e no mesmo ano para o restante do país para menores de 1 ano. Na região Sul, categorizada como de baixa endemicidade, permanecem com prevalência moderada a região oeste de Santa Catarina e alta endemicidade o oeste do Paraná, região que teve a faixa etária para a vacinação estendida para menores de 15 anos em 1998.

A região Sudeste como um todo apresenta baixa endemicidade, com exceção do sul do Espírito Santo e do nordeste do estado de Minas Gerais, onde ainda são encontradas altas prevalências. A região Centro-Oeste é de baixa endemicidade, com exceção do norte do Mato-Grosso, com prevalência moderada. O Nordeste como um todo está em situação de baixa endemicidade.

Com o objetivo de encurtar coortes de susceptíveis para a infecção pelo VHB, a imunização contra a hepatite B foi estendida em todo o território para a idade até os 19 anos.

Quanto à hepatite C, ainda não existem estudos capazes de estabelecer sua real prevalência no país. Com base em dados da rede de hemocentros de pré-doadores de sangue, em 2002, a distribuição variou entre as regiões brasileiras: 0,62% no Norte, 0,55% no Nordeste, 0,28% no Centro-Oeste, 0,43% no Sudeste e 0,46% no Sul. Um dos poucos estudos de base populacional realizado em nosso meio revelou 1,42% de portadores de Anti-HCV na cidade de São Paulo. Resultado semelhante foi obtido em um estudo de soroprevalência realizado na cidade de Salvador, com 1,5% de portadores de Anti-HCV. Atualmente a transmissão da hepatite C via transfusão sanguínea e hemoderivados é rara; porém, essa forma de contágio teve grande importância nos anos precedentes a 1993, quando foi instituída a testagem em bancos de sangue após a disponibilização de kits comerciais.

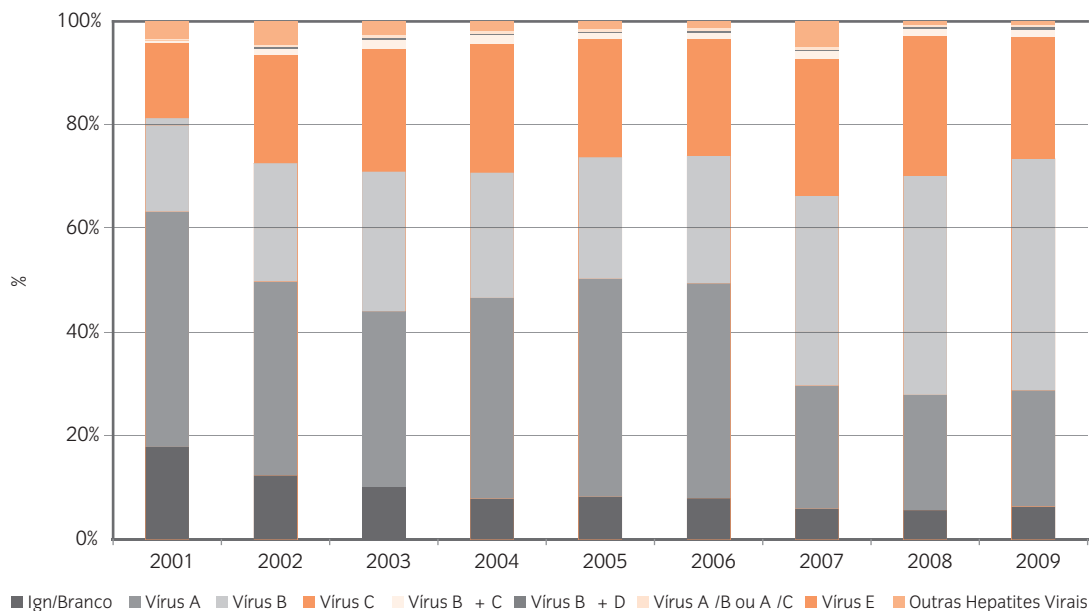
A hepatite delta concentra-se na Amazônica Ocidental, que apresenta uma das maiores incidências do mundo desse agente. O vírus da Hepatite Delta é responsável por

surtos epidêmicos íctero-hemorrágicos e também pela alta prevalência de hepatopatias crônicas e hepatocarcinoma entre portadores. Acredita-se que a Amazônia ofereça condições ambientais, sociais, culturais e aspectos genéticos da população que contribuam para a circulação viral do VHD. Em estudo realizado no estado do Acre, a prevalência encontrada de anti-delta foi de 1,3%. Nas regiões Sudeste, Nordeste e na Amazônia Oriental a infecção está ausente.

O VHE é importante causador de surtos e desenvolve quadros graves, principalmente em gestantes. No Brasil, apesar de apresentar condições sanitárias deficientes em muitas regiões, ainda não foi descrita nenhuma epidemia pelo VHE. Alguns casos isolados têm sido notificados, demonstrando que há circulação desse vírus no país.

A Vigilância Epidemiológica das hepatites virais no Brasil utiliza o sistema universal e passivo, baseado na notificação de casos suspeitos. O número de notificações não reflete a real incidência da infecção, pois a grande maioria dos acometidos apresenta formas assintomáticas ou oligossintomáticas, sendo dificilmente captados. Estados e municípios estão em diferentes estágios de implantação da vigilância epidemiológica das hepatites virais, refletindo diferentes níveis de sensibilidade e de capacitação das equipes. Na figura 39 podemos observar a distribuição percentual dos casos de hepatites virais notificados no Brasil, segundo classificação etiológica, de 2001 a 2009.

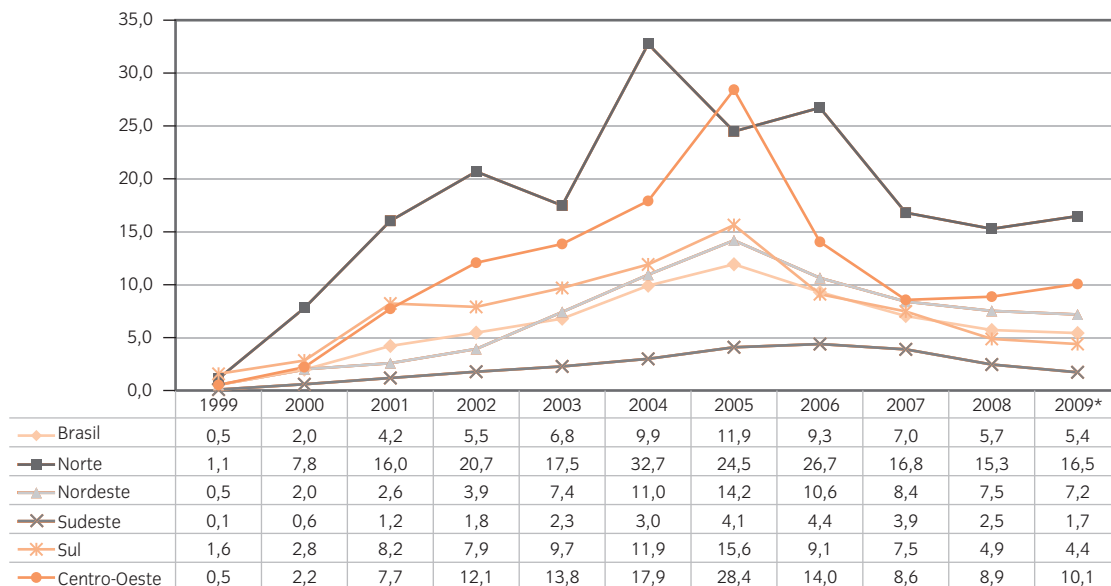
Figura 39 CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DOS CASOS DE HEPATITES VIRAIS NOTIFICADOS AO SINAN. BRASIL, 2001 A 2009



FONTE: SVS/Ministério da Saúde/Sinan

Nas figuras 40 a 42 demonstra-se a evolução da incidência de hepatite viral A e taxas de detecção de casos confirmados de hepatites virais B e C no período de 1999 a 2009 (dados preliminares). Esses indicadores devem ser analisados com extremo cuidado, pois muitas vezes refletem o aprimoramento da Vigilância Epidemiológica e acesso ao diagnóstico específico através dos marcadores sorológicos.

Figura 40 TAXA DE INCIDÊNCIA DE HEPATITE A POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 1999 A 2009



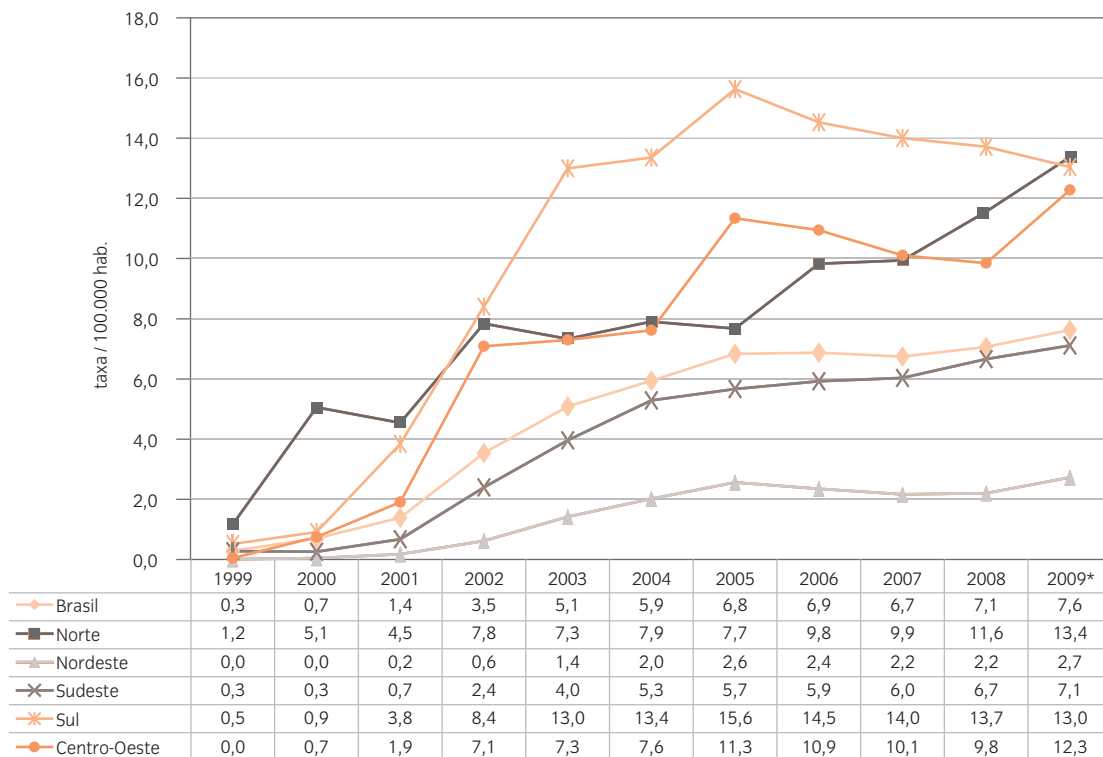
FONTE: Ministério da Saúde – SVS - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Na figura 40 observamos que na maioria das regiões se observa um crescimento das taxas de incidência de Hepatite A até 2005 (provavelmente, conforme citado pelo aprimoramento das ações de vigilância e acesso ao diagnóstico), seguido de queda a partir desse ano (provavelmente pelo melhor acesso ao saneamento básico e outras ações educativas de prevenção, uma vez que a vacina específica ainda não está inserida no calendário básico de vacinação), observando-se maiores taxas de incidência nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.

Na figura 41 observamos taxas de detecção de casos confirmados de Hepatite B ainda em elevação no país e em todas as regiões, exceto na região Sul, que, apesar de apresentar taxas superiores às demais até 2008, já apresenta tendência de queda a partir de 2005. Em 2009, a taxa de detecção da região Norte ultrapassou a da região Sul. Essa

situação pode ser creditada a um melhor acesso ao diagnóstico e melhor vigilância na região Sul, onde já se pode observar uma queda das taxas com as ações de prevenção e em especial à vacinação. De qualquer forma, os dados apresentados demonstram de forma clara a necessidade de ampliação massiva da vacinação contra a hepatite B em todas as regiões, além do aprimoramento da vigilância e acesso ao diagnóstico nas regiões Norte, Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste.

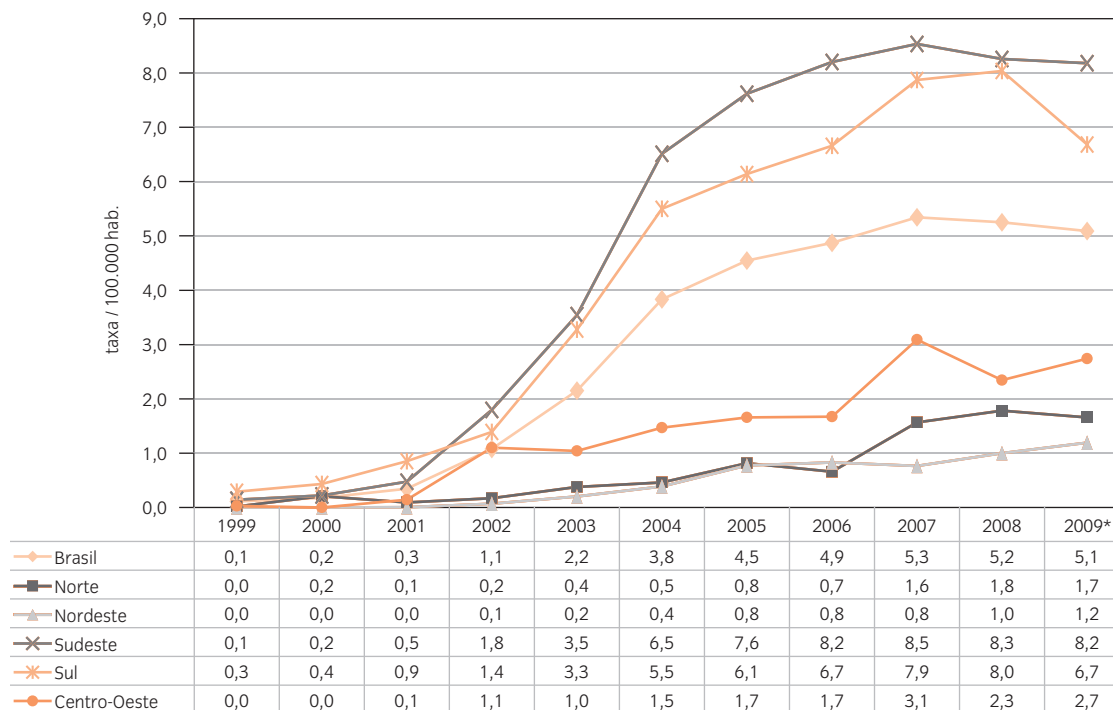
Figura 41 TAXA DE DETECÇÃO DE CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITE B, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 1999 A 2009*



FONTE: Ministério da Saúde – SVS - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Obs.: * Dados preliminares

Figura 42 TAXA DE DETECÇÃO DE CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITE C, POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO REGIÃO. BRASIL, 1999 A 2009



Fonte: Ministério da Saúde – SVS - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

Obs.: *Dados preliminares

Na figura 42, podemos observar que após um aumento expressivo das taxas de detecção de hepatite C, a partir de 2002, em todas as regiões (considerando-se também que o desenvolvimento dos marcadores para esse tipo de hepatite se deu na década anterior), ocorre uma tendência de estabilização das taxas nos anos mais recentes, exceto na região Nordeste. As taxas de detecção das regiões Sudeste e Sul são bastante superiores às demais regiões.

4.4.6.4 ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES

- » As esferas federal, estadual e municipal têm atribuições distintas e complementares na implantação, gestão e acompanhamento do PNPCHV. Compete às secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal:
- » Elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação do PNPCHV.
- » Organizar a Rede Estadual de Assistência aos Portadores de Hepatites Virais, iden-

tificando os serviços dela integrantes, em seus respectivos níveis de complexidade, estabelecendo os fluxos de referência e contrarreferência entre esses serviços e garantindo a execução de todas as fases do processo assistencial.

- » Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos centros de referência em assistência aos portadores de hepatites virais;
- » Implementar ações de vigilância epidemiológica e sanitária no âmbito das hepatites virais.
- » Articular com os demais gestores estaduais as eventuais referências de pacientes cujas necessidades assistenciais não encontrem capacidade técnica instalada para o seu atendimento no estado de origem.
- » Assessorar os municípios no processo de implementação do programa, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo.
- » Monitorar o desempenho do programa no estado e os resultados alcançados.
- » Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob a sua responsabilidade.

4.5 Programa Nacional de Imunizações (PNI)

4.5.1 Aspectos gerais

O Programa Nacional de Imunizações foi criado em 1973 e, com os avanços obtidos, o país convive com um cenário de reduzida ocorrência de óbitos por doenças imunopreveníveis.

O país investiu recursos vultosos na adequação de sua rede de frio, na vigilância de eventos adversos pós-vacinais, na universalidade de atendimento, nos seus sistemas de informação, descentralizou as ações e garantiu capacitação e atualização técnico-gerecinal para seus gestores, em todas as esferas.

Entre as realizações do PNI está a bem-sucedida Campanha da Erradicação da Varíola (CEV), que recebeu a certificação de desaparecimento da doença por comissão da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1994, o Brasil recebeu a certificação do bloqueio da transmissão autóctone do poliovírus selvagem. O último caso brasileiro ocorreu em 1989, na Paraíba.

Destaca-se também o controle do sarampo, ainda hoje uma das doenças que mais afetam e matam crianças em países com altos índices de pobres e miseráveis em suas populações. Em 1992, foi iniciado o Plano de Controle e Eliminação do Sarampo, com

ações de imunização e a vigilância epidemiológica da doença em todo o país. Hoje, pode-se afirmar que o sarampo é uma doença em processo de eliminação no Brasil, mas estratégias vêm sendo implementadas em vigilância e imunizações, visando à manutenção dessa situação, uma vez que o país registra intenso fluxo de viajantes internacionais, e o sarampo circula em todo o mundo.

Podemos destacar mais recentemente duas grandes campanhas de vacinação que através da articulação das três esferas de governo e da capilaridade do SUS atingiram recordes mundiais em relação ao número de pessoas vacinadas.

Em 2008 ocorreu a maior campanha de vacinação até então realizada, com vistas à eliminação da rubéola e da rubéola congênita como problemas de saúde pública, sendo vacinados 65,9 milhões de pessoas. Essa campanha foi direcionada à faixa etária de 19 a 39 anos de idade, nos estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Maranhão. Nos outros estados, a faixa etária foi de 20 a 39 anos de idade. A cobertura vacinal geral foi de 94,06% da população.

Dentre as diversas ações desencadeadas no enfrentamento da Pandemia de Influenza A H1N1 (2009), com o objetivo de manter os serviços de saúde funcionando e reduzir o número de casos graves e de óbitos, foi desencadeada, no primeiro semestre de 2010, estratégia nacional de vacinação contra esse sorotipo do vírus da influenza. À partir de um processo de discussão que envolveu sociedades científicas, entidades de classe e representantes dos estados e municípios foram definidos como alvo da campanha os trabalhadores da rede de Atenção à Saúde e demais profissionais envolvidos na resposta à pandemia, indígenas, gestantes, pessoas com doenças crônicas, crianças menores de 5 anos e adultos de 20 a 39 – foram vacinados em etapas diferentes, atingindo um total de 87 milhões de doses aplicadas e uma cobertura média de 88% nos diferentes grupos.

A integração das três esferas de governo, discutindo e pactuando normas, definições, metas e resultados, bem como o comprometimento das diversas equipes envolvidas propiciam ao PNI modernização continuada de sua infraestrutura e aprimoramento da operacionalização, tendo como consequência os resultados observados.

4.5.2 Vacinação de rotina

À partir da introdução em 2006 da vacina contra o Rotavírus e em 2010 da vacina antipneumocócica (10-valente) e antimeningocócica C (nos primeiros 12 meses aplicadas nas crianças menores de dois anos de idade e a partir de 2011 como parte do calendário básico de vacinação de crianças menores de um ano), através de um processo de ampliação da autossuficiência nacional na produção de vacinas e incorporação tecnológica, através de acordos de transferência de tecnologia assinados entre o Ministério da Saúde,

laboratórios internacionais e laboratórios públicos nacionais, o Brasil passou a contar em seu calendário vacinal de rotina com 12 tipos de vacinas, protegendo 19 doenças:

- » BCG (contra tuberculose)
- » Vacina contra hepatite B
- » DTP (contra difteria, tétano e coqueluche)
- » Tetravalente – DTP+Hib (contra difteria, tétano e coqueluche e infecções por *Haemophilus influenzae* tipo B)
- » DT (dupla adulto – contra difteria e tétano)
- » Vacina contra poliomielite
- » Vacina contra rotavírus
- » Vacina contra febre amarela
- » Tríplice viral (contra caxumba, rubéola e sarampo)
- » Vacina contra Influenza (gripe)
- » Vacina antipneumocócica (contra infecções pelo pneumococo)
- » Vacina antimeningocócica (contra doença meningocócica)

Nos anexos I, II e III podemos observar o calendário de vacinação de rotina para crianças, adolescentes e adultos e idosos. O calendário de vacinação recomendado para a população indígena está no anexo IV.

Além de ampliar o elenco dos imunobiológicos oferecidos à população, o PNI implantou a vacinação de adultos, principalmente em mulheres em idade fértil, e a de idosos a partir de 60 anos. Os idosos são imunizados contra gripe, tétano e difteria, em todos os postos do país. Aqueles hospitalizados e residentes em asilos e casas geriátricas são vacinados contra a pneumonia. As mulheres em idade fértil, entre 12 a 49 anos, recebem também a dupla bacteriana, contra tétano e difteria.

Além dos jovens até 19 anos, recentemente foi expandida a vacinação contra a Hepatite B (antes restritas aos CRIES) para grupos com maior vulnerabilidade para todas as salas de vacina. Estão incluídos nessa população pessoas que sofreram abuso sexual; acidentados com material infectado; pessoas que fizeram sexo com portador da doença; profissionais de saúde; outros profissionais que atuam na área de resgate como policiais e bombeiros; esplenectomizados; portadores de doenças crônicas renais e hepáticas; imunodeprimidos; doadores de sangue e receptores de muitas doações; transplantados e doadores; pessoas que vivem com portadores; pacientes com fibrose cística; doenças autoimunes, indígenas; usuários de drogas injetáveis; presidiários; reclusos em hospitais; carcereiros; homens que fazem sexo com homens; profissionais do sexo e coletores de lixo.

Novos grupos foram também inseridos, como gestantes após o 3º mês; manicures, pedicures, podólogos; mulheres que fazem sexo com mulheres; transgêneros; caminhoneiros; portadores de DSTs, doenças hematológicas, hemofílicos, assentados e acampados.

Para CARVALHO E COLABORADORES (2009), “é certo que para esta vacina ainda há problemas a serem superados, principalmente em função do esquema de três doses resultando em operacionalização mais complexa, quando se trata de adolescentes e adultos jovens. A experiência da adoção de estratégias diferenciadas utilizadas na campanha de vacinação contra a rubéola poderá subsidiar as equipes de saúde quanto a novas iniciativas na busca da adesão da população-alvo para uso da vacina contra a hepatite B, de modo a alcançar coberturas suficientes para a proteção desse grupo etário”.

4.5.3 Resultados

Tabela 24 COBERTURA VACINAL DOS PRINCIPAIS IMUNOBOLÓGICOS UTILIZADOS NA ROTINA EM MENORES DE 1 ANO. BRASIL, 1998 A 2007

ANO	BCG	POLIO - MIELITE	HEPATITE B	TETRA - VALENTE	HAEMOPHILUS B	DPT	TRÍPLICE VIRAL	SARAMPO	ROTAVÍRUS
1998	100,0	95,3	12,6	*	0,8	93,0	***	95,3	*****
1999	100,0	99,1	83,5	*	5,1	94,5	***	99,3	*****
2000	100,0	100,0	90,0	*	87,9	97,0	***	100,0	*****
2001	112,6	102,8	91,9	*	93,1	97,5	88,4	****	*****
2002	110,3	100,0	91,5	*	92,8	98,6	96,9	****	*****
2003	108,5	100,5	92,0	97,5	**	**	112,9	****	*****
2004	106,4	97,9	90,3	96,1	**	**	105,0	****	*****
2005	106,5	97,8	91,3	95,4	**	**	99,7	****	60,2
2006	109,8	102,2	97,2	100,3	**	**	102,3	****	76,0
2007	104,2	100,5	95,1	98,3	**	**	101,0	****	76,4

FONTES: VACINA ANTI-HAEMOPHILUS B (1998 a 2002): Indicadores e Dados Básicos – IDB / RIPSAs – Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (2008). Disponível na World Wide Web em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2008/f13.def>. Acesso em 12/8/2010. DEMAIS VACINAS: CARVALHO, M.T.B.; ROCHA, C.M.V.; PINTO, L.L.S.; BULHÕES, M.M.; SATO, H.K.. “O Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil”, in: BRASIL, Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. Série G: Estatística e informação em saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF. 1ª edição. p. 63-84. 2009.

Obs.: * A vacina tetravalente (contra difteria, tétano, coqueluche e infecções pelo Haemophilus B) entrou na rotina em 2003
 **As vacinas DPT e haemophilus B deixaram de ser utilizadas na rotina a partir de 2003, substituídas pela vacina tetravalente
 *** A vacina tríplice viral (contra sarampo, rubéola e caxumba) entrou na rotina em 2001
 ****A vacina contra sarampo monovalente deixou de ser utilizada na rotina em 2001, substituída pela tríplice viral
 ***** A vacina contra o Rotavírus entrou na rotina a partir de 2005

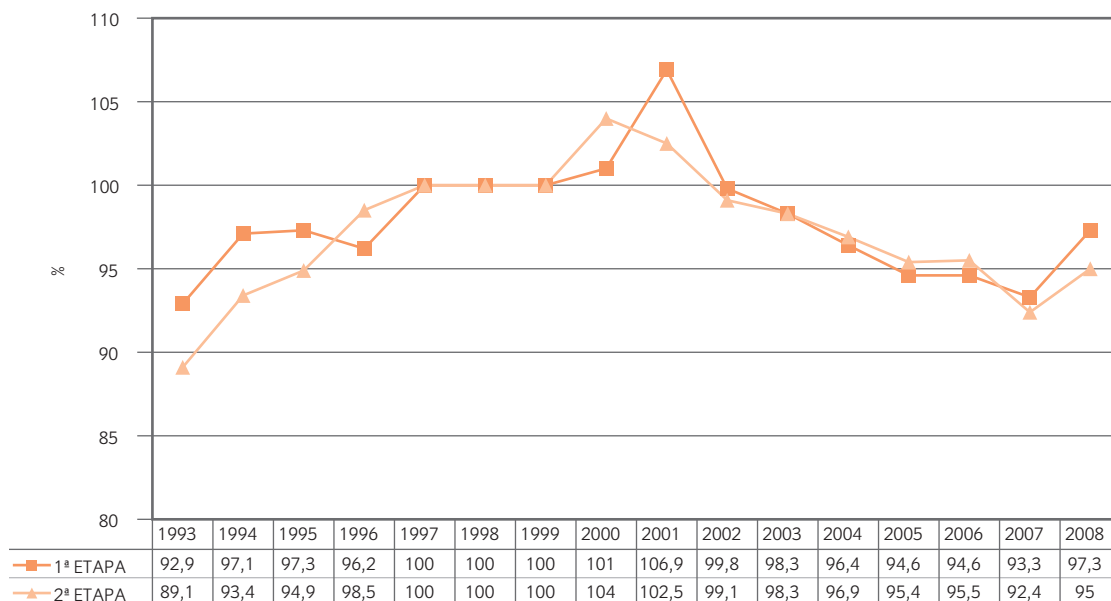
Sumarizamos a seguir texto de CARVALHO E COLABORADORES (2009), publicado na edição de 2008 da publicação “Saúde Brasil 2008 – 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil” que realizaram avaliação do Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil:

Segundo os autores, as coberturas vacinais de menores de 1 ano apresentaram um crescimento significativo na década de 1990 e vem mantendo níveis estáveis e elevados nos anos mais recentes. No final da década de 1980 e início dos anos 90 eram ainda observadas coberturas de 57% para a vacina contra a poliomielite, 65% para a DTP, 68% para a vacina antissarampo e 79% para a BCG. A melhora dos níveis de cobertura pode ser creditada à instituição e consolidação dos dias nacionais de multivacinação (em função do investimento na qualificação de pessoal e na infraestrutura da rede de frio, com a aquisição e distribuição de equipamentos) e principalmente pela estruturação e consolidação da Atenção Básica em todo o país.

“A cobertura para a vacina DTP, em menores de um ano de idade, que em 1998 era de 93%, passou a 97% em 2000. Em 2007, já com a vacina tetravalente (DTP + Hib), alcançou 98%. Esse avanço ocorre de forma semelhante para as demais vacinas, a exemplo da BCG que alcançou 100% do grupo-alvo em 2000 e nos anos subsequentes até 2007. A vacina contra hepatite B, com cobertura de 12,6% no primeiro ano de implantação (1998), atinge 90% em 2000 e 95% em 2007. Já a vacina contra o rotavírus humano, último produto agregado ao calendário infantil em 2006, registra 60% de cobertura nesse ano e 76% no ano seguinte.”

As duas etapas anuais de vacinação contra poliomielite, para menores de cinco anos, realizadas desde 1980, têm conseguido ultrapassar a meta de 95%, exceto nos anos de 1990 e 2000. Em 2008, os índices alcançados foram de 97% na 1ª etapa e 95% na segunda etapa (figura 43).

Figura 43 COBERTURAS DAS CAMPANHAS VACINAIS CONTRA A POLIOMIELITE (1ª E 2ª ETAPAS). BRASIL, 1993 A 2008



FONTE: CARVALHO, M.T.B.; ROCHA, C.M.V.; PINTO, L.L.S.; BULHÕES, M.M.; SATO, H.K.. "O Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil", in: BRASIL, Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. Série G: Estatística e informação em saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF. 1ª edição. p. 63-84. 2009.

Em 1992 foi realizada grande campanha de vacinação contra o sarampo em crianças menores de um ano, com cobertura de 90,62%, evoluindo de forma irregular nos quatro anos seguintes: 84,98% (1993); 77,37% (1994); 86,78% (1995) e 79,48% (1996). A partir de 1997 são atingidas coberturas adequadas (acima de 95%, exceto em 2001, quando a cobertura foi de 88,4%, após a introdução em 2000 da Vacina Tríplice Viral). Progressivamente, os resultados foram ficando próximos ou acima de 100%, variando de 99% em 2005 para 100% em 2007.

A vacinação contra a rubéola e a síndrome da rubéola congênita foi reforçada nos anos 2001 e 2002, com a realização de campanhas que atingiram mais de 29 milhões de mulheres de 12 a 39 anos de idade, com cobertura de 95%, porém, sem a uniformidade requerida nos diversos municípios brasileiros. Assim, os resultados alcançados não foram suficientes para interromper a circulação do vírus da doença, registrando-se surtos em 20 estados, em 2007. Essa situação motivou a realização da ampla campanha em 2008 (já citada), que, associada à consolidação da vigilância, vacinação dos grupos mais vul-

neráveis e articulação com hospitais sentinelas, deverá levar em breve à eliminação dessa doença no país.

Desde 1999 as pessoas com mais de 60 anos vêm recebendo a vacina contra a influenza sazonal em campanhas anuais (figura 44). A adesão do grupo-alvo e da sociedade vem sendo satisfatória, atingindo na maioria dos anos a meta de cobertura preconizada (variação de 73% a 87% da população-alvo).

figura 44 COBERTURA (%) DAS CAMPANHAS ANUAIS DE VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA SAZONAL, 1999 A 2007



FONTE: CARVALHO, M.T.B.; ROCHA, C.M.V.; PINTO, L.L.S.; BULHÕES, M.M.; SATO, H.K.. “O Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil”, in: BRASIL, Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. Série G: Estatística e informação em saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF. 1ª edição. p. 63-84. 2009.

Impacto epidemiológico sobre as doenças imunopreveníveis

Segundo CARVALHO E COLABORADORES (2009), “Produzir impacto epidemiológico na frequência da morbidade e mortalidade das doenças imunopreveníveis é a missão maior de um programa de imunizações, em função do que se torna imperativo alcançar, ano após ano, elevadas coberturas para todas as vacinas, acima de 95%, como preconizado pelo PNI”. Para os autores é “inquestionável o quanto a vacinação influenciou na redução das doenças imunopreveníveis e, é inegável, também, que esse resultado contribuiu para a redução da mortalidade infantil”. Dentre os êxitos decorrentes do Programa constam a erradicação da varíola em 1973 e da poliomielite em 1989; a interrupção da

transmissão autóctone do sarampo desde 2001, além da baixa incidência do tétano neonatal (que já pode ser considerado eliminado como problema de saúde pública). “A raiva humana transmitida por animais domésticos está próxima da eliminação e a difteria, a coqueluche e o tétano acidental mantêm-se em situação de controle.”

Os autores citam estudo sobre a morbidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis, realizado por BARRETO & CARMO, que demonstra a extraordinária tendência de declínio, com o registro na década de 1980 de 153.128 casos e 5.495 óbitos por doenças imunopreveníveis, enquanto que em 2006 esses números caíram para 1.286 casos e 140 óbitos.

Destacam também estudo realizado por CAMPAGNA, que revelou a tendência de redução dos coeficientes de morbidade hospitalar de 1992 a 2006 por causas vinculadas ao vírus da Influenza em idosos por subgrupo etário, que estaria relacionada às elevadas coberturas vacinais contra as infecções sazonais desse vírus. Segundo o estudo, todas as faixas que recebem a vacina (a partir de 60 anos de idade) teriam sido beneficiadas, porém, com maior impacto na população de 70 a 79 anos de idade.

Outro estudo citado pelos autores é o de MIRANZI, que demonstrou o declínio do número de casos das meningites e outras infecções causadas pelo *Haemophilus influenza* tipo B (Hib), desde 1999, quando foi implantada a vacina contra esse agente em menores de cinco anos. A incidência de meningites por esse agente, que, em 1990, era de 22,85 para cada 100 mil menores de um ano, passou a 19,38 em 1999 e caiu para 7,38 em 2000. Em 2002, esse indicador já estava em 1,72 caso para cada 100 mil menores de um ano. No grupo de um a quatro anos, também ocorreu queda importante: de uma incidência de 4,40 para cada 100 mil nessa faixa etária, chegou a 0,30 em 2002. Para a faixa de cinco a nove anos o impacto foi menor, mas também mostrou redução, passando de 0,46 por 100 mil para 0,13 em 2002.

Segundo os autores, no que se refere à vacina contra o rotavírus humano (VORH), recentemente introduzida no calendário de rotina, os dados preliminares já revelam uma redução das internações pelas formas graves de diarreia causadas por esse agente.

Cabe ainda destacar que apesar do Sistema Único de Saúde estar garantindo coberturas vacinais médias adequadas para a vacinação de rotina no país, é fundamental a atenção à existência de “grandes bolsões de suscetíveis”, especialmente “nos aglomerados subnormais (favelas e assemelhados), nas periferias das cidades ou nas zonas rurais ou áreas de difícil acesso”. Avaliando a homogeneidade de cobertura da vacina tetravalente (que pode ser considerada como indicativo da situação das coberturas com as demais vacinas do esquema básico, em razão do esquema de três doses, administradas por via injetável,

requerendo maior esforço e disponibilidade não só da equipe de saúde, mas também dos familiares da criança), podemos observar que somente 65% dos municípios brasileiros atingiram a cobertura desejável de 95%.

CARVALHO E COLABORADORES (2009), consideram que “o alcance dessa população, quase sempre excluída e desassistida, garantindo a vacinação, será o diferencial para o PNI na atualidade. Para isso são determinantes a garantia dos investimentos tanto na estrutura operacional do programa de imunizações – seringas e agulhas, equipamentos de rede de frio, etc. –, como na capacitação da força de trabalho para uma permanente e qualificada vigilância epidemiológica das doenças evitáveis pela vacinação, para administração de vacinas com qualidade e segurança, vigilância e investigação dos eventos adversos pós-vacinais, controle da qualidade da Rede de Frio, supervisão sistemática, além da obtenção de coberturas vacinais eficientes e homogêneas em todos os municípios” .

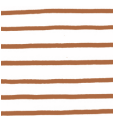
4.6 Considerações finais

Diante do cenário de transição epidemiológica em que os agravos e doenças não transmissíveis assumem importância cada vez maior na carga de morbidade e mortalidade no país, o cenário do aparecimento de novas doenças, emergentes e reemergentes, como a dengue e a hantavirose, assim como a manutenção de altas incidências de doenças como a tuberculose e a malária na região amazônica, demonstra que ainda se faz necessária a execução das ações de prevenção e controle de forma continuada, além do seu monitoramento por meio dos sistemas de notificação, com vistas a acompanhar suas tendências, direcionando/redirecionando e priorizando as medidas de controle.

Nesse sentido, é muito importante que as secretarias estaduais de saúde possuam equipes capacitadas e estruturadas compatíveis, para assessoria e supervisão aos municípios, assim como resposta ágil para situações de emergência epidemiológicas e/ou a ocorrência de agravos inusitados. Caso a situação extrapole a capacidade das secretarias estaduais de saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde poderá prestar apoio, por intermédio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (Cievs), que pode ser contatado pelo e-mail notifica@saude.gov.br.

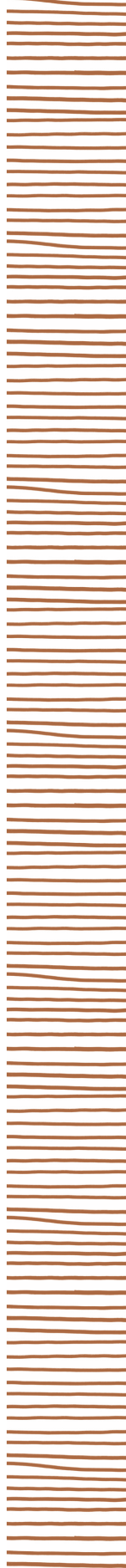
Outro aspecto importante é a manutenção dos sistemas de informação relacionados às doenças de notificação compulsória, conforme estabelecido na Portaria SVS n. 5, de 21 de fevereiro de 2006.

O país, por sua dimensão territorial continental, sua heterogeneidade climática e marcadas desigualdades econômicas e sociais, deve ter um sistema de vigilância articulado em suas três esferas que contemple a vigilância dos agravos transmissíveis e não transmissíveis, com planejamento e definição de prioridades, sem prejuízo da população.



5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

5.1 Vigilância Epidemiológica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Acidentes e Violências





5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

5.1 Vigilância Epidemiológica de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Acidentes e Violências

5.1.1 Contextualização

O Brasil vem passando por importantes mudanças em sua estrutura demográfica e em seu perfil epidemiológico. São determinantes dessas mudanças a queda da fecundidade, a persistência de declínio da mortalidade precoce e da mortalidade por doenças infecciosas, o incremento da expectativa de vida ao nascer e o aumento na intensidade e frequência de exposição a modos de vida pouco saudáveis, contribuindo com o aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Como consequência, a população brasileira envelhece, aumentando a proporção de idosos e reduzindo a proporção de crianças de 0-4 anos de idade, assim como o perfil de morbimortalidade se altera, ampliando a relevância das DCNT.

Como já foi dito anteriormente, um dos aspectos importantes nesse processo, que se denomina transição demográfica e epidemiológica, é a rapidez com que ele vem ocorrendo no país. Enquanto nos países desenvolvidos foram necessários cerca de 80 a 100 anos para que mudanças semelhantes ocorressem, especialmente em relação à queda da fecundidade, no Brasil tardou cerca de 30 anos apenas (SIMÕES 2006). Consequentemente, rápida também tem que ser a reorganização e adaptação das instituições e processos para atender adequadamente aos desafios dessa nova estrutura demográfica e de suas demandas específicas de atenção.

O envelhecimento de uma população é um fator que, por si só, contribui para um aumento da carga de DCNT, já que a idade é um fator associado ao excesso de ocorrência de muitas dessas doenças. No entanto, a persistência e/ou rápida adesão, no mundo contemporâneo, a modos de viver pouco saudáveis – tais como o sedentarismo crescente, a baixa ingestão de frutas, legumes e verdura, o tabagismo, a prevalência crescente da obesidade, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o estresse – condicionados tanto pelas características biológicas inatas quanto pelas culturais, sociais e econômicas, delineiam um cenário mais complexo. A transição alimentar e nutricional, aliada às mu-

danças nos padrões de atividade física e à adição (especialmente ao álcool e ao tabaco), tem sido destacada como fatores mais relevantes na determinação do atual perfil de morbidade e mortalidade por DCNT nas populações, do que o envelhecimento populacional isoladamente (BARRETO et al., 2005).

A reorganização do setor saúde exigida por esse cenário visa à prevenção da mortalidade precoce e atenuação da carga das DCNT, com acolhimento das demandas crescentes dos idosos, necessitando, para tanto, de adequação dos modelos de vigilância, promoção e atenção à saúde. Nesse sentido, a prioridade dada pela Secretaria de Vigilância em Saúde tem sido a estruturação e a descentralização da área de vigilância de Dant (agravos e doenças crônicas não transmissíveis), atuando em três eixos, a saber:

- I. a vigilância de DCNT e seus fatores protetores e de risco;
- II. a vigilância de acidentes e violências;
- III. a promoção da Saúde.

5.1.2 A Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores protetores e de risco

Destacam-se três iniciativas para a estruturação da área de vigilância de DCNT no SUS: a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância de DCNT e de seus fatores protetores e de risco; a padronização de processos de vigilância da morbimortalidade por DCNT e de seus fatores protetores e de risco, incluindo a definição das fontes de informação e de indicadores de interesse; e as iniciativas de fomento e incentivos específicos aos estados e municípios.

5.1.2.1 ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA DE DCNT

Uma das prioridades do SUS tem sido a estruturação e a descentralização da Vigilância de DCNT. Em 2005, no I Seminário Nacional de Vigilância de DCNT e Violências e Promoção da Saúde, foi pactuada uma Agenda Nacional de Vigilância de DCNT focada em três eixos de atuação: formulação e implementação de políticas, programas e ações visando à prevenção do tabagismo; o fomento à alimentação saudável e à prática da atividade física; e o desenvolvimento de pesquisas e avaliações de efetividade com respeito às intervenções propostas.

Bases conceituais:

A Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) exige estratégias específicas, integradas e complementares entre si, poucas vezes coincidentes com as estratégias tradicionalmente usadas na vigilância de doenças infecciosas. Isso porque, em geral, no

campo das DCNT, a morbidade e a mortalidade refletem risco acumulado durante toda a vida, e tendem a mudar lentamente, a partir de intervenções específicas, pois os eventos abordados são doenças que apresentam longos períodos de indução e latência. Ou seja, a morbidade e a mortalidade em um dado ano refletem sempre a exposição a um ou mais fatores de risco no passado. Por outro lado, a exposição atual a esses fatores de risco indicam uma maior ou menor probabilidade de desenvolver uma doença crônica no futuro. Entre aqueles já doentes, o perfil de exposição a esses mesmos fatores de risco no presente influencia o prognóstico dessas doenças. Portanto, a modificação do perfil de risco com a adoção de modos de vida saudável é a estratégia mais importante, tanto para prevenir novos casos de doenças crônicas e deter o crescimento das mesmas, quanto para melhorar o prognóstico daqueles que já estão doentes.

Nesse contexto, um sistema baseado apenas na vigilância de casos (novos e/ou prevalentes) e óbitos, resulta, geralmente, em um sistema de baixa sensibilidade e especificidade, apresentando grande dificuldade em identificar resultados positivos ou negativos decorrentes de mudanças contemporâneas nos padrões de exposição das populações.

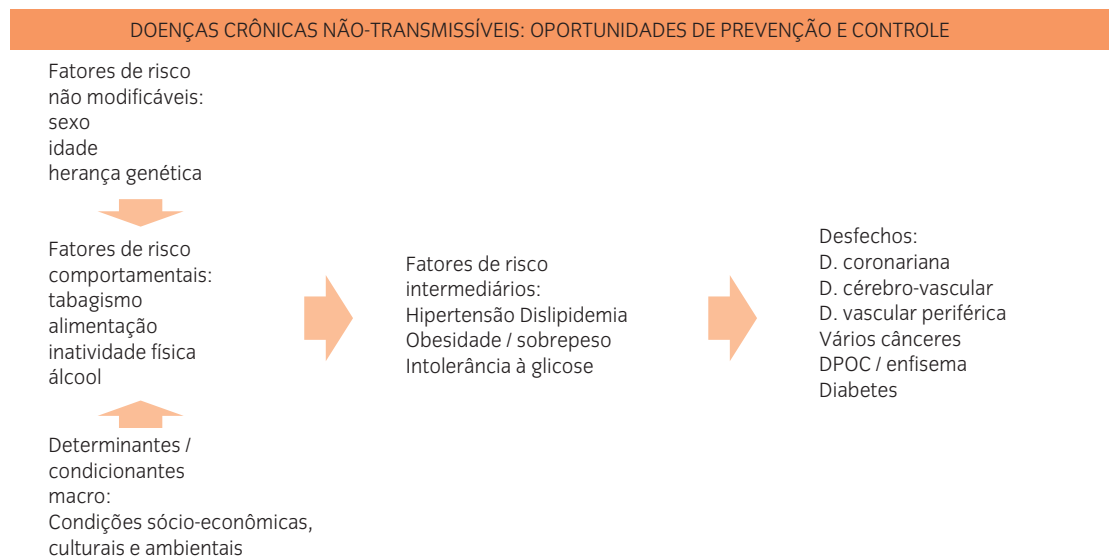
Para as DCNT, a vigilância da morbimortalidade deve ser realizada, mas não como mecanismo exclusivo de acompanhamento do perfil de risco das populações. A vigilância da prevalência e características de adesão a fatores protetores e de risco já conhecidos tem se apresentado como o principal instrumento nessa tarefa, permitindo aferir as exposições atuais e as tendências futuras, possibilitando a análise e construção de cenários de riscos prospectivos. Além disso, alguns dos fatores de risco conhecidos são potencialmente modificáveis, o que os tornam alvos importantes de políticas públicas com certo potencial de sucesso. Outra vantagem dessa abordagem situa-se no fato de que é uma prática, geralmente, com boa relação custo-efetividade, uma vez que um conjunto limitado de fatores protetores e de risco está associado a uma grande gama de desfechos indesejáveis em saúde. Por exemplo, a prevenção do tabagismo pode auxiliar na redução da ocorrência de vários desfechos desfavoráveis em saúde, como cânceres e doenças cardiovasculares, entre outros.

São características desejáveis de um Sistema de Vigilância de DCNT, a coleta e análise sistemática (contínua e/ou periódica) de dados e informações, preferencialmente de base populacional, que permita estimar a magnitude do problema que está sendo abordado – prevalência de seus fatores de risco, de sua morbimortalidade – aferir suas tendências no tempo, produzir evidências úteis para a tomada de decisão e interferir ativamente na formulação de políticas e programas de promoção e atenção à saúde. Esse processo deve, ainda, incluir ações de avaliação e monitoramento do impacto das intervenções implementadas.

Para um conjunto expressivo de determinantes e condicionantes existem evidências científicas sólidas sobre seu impacto na saúde de indivíduos e populações. Baseado nesse fato e na urgente demanda imposta pela ascensão das DCNT, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um conjunto de recomendações aos países, denominado Estratégia Global, para Prevenção e Controle das DCNT (EG/OMS), e visa à abordagem dos principais fatores de risco modificáveis, em especial a alimentação e a atividade física (WHO 2000). Atendendo a uma demanda do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS n. 596, de 8 de abril de 2004), um grupo de pesquisadores revisou as evidências científicas que apoiavam essas recomendações, identificando que a proposta de promoção da alimentação saudável e atividade física contida na EG/OMS serve como um importante marco teórico e prático para as ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT, deflagrando oportunidades de ação com potencial de efetividade (BARRETO et al., 2005).

Ademais da alimentação e da atividade física, merecem destaque outros importantes fatores de risco comportamentais associados às DCNT, em especial, o tabagismo e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (figura 45). A abordagem desses fatores de forma integrada tem sido recomendada, uma vez que potencializa o impacto para a minimização da carga das DCNT.

Figura 45 REDE DE CAUSALIDADE HIPOTETIZADA PARA AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS, COM DESTAQUE A FOCOS E OPORTUNIDADES DE INTERVENÇÃO



FONTES: OMS, modificado por Barreto, SM. 2004

Importante destacar que o enfoque nos fatores de risco comportamentais não deve levar à culpabilização do sujeito no processo de exposição, pois a adesão a certos modos de viver não resulta apenas de escolha individual, mas é mediada por determinantes sociais, culturais e econômicos, assim como pela herança genética (Figura 45). Por essa razão,

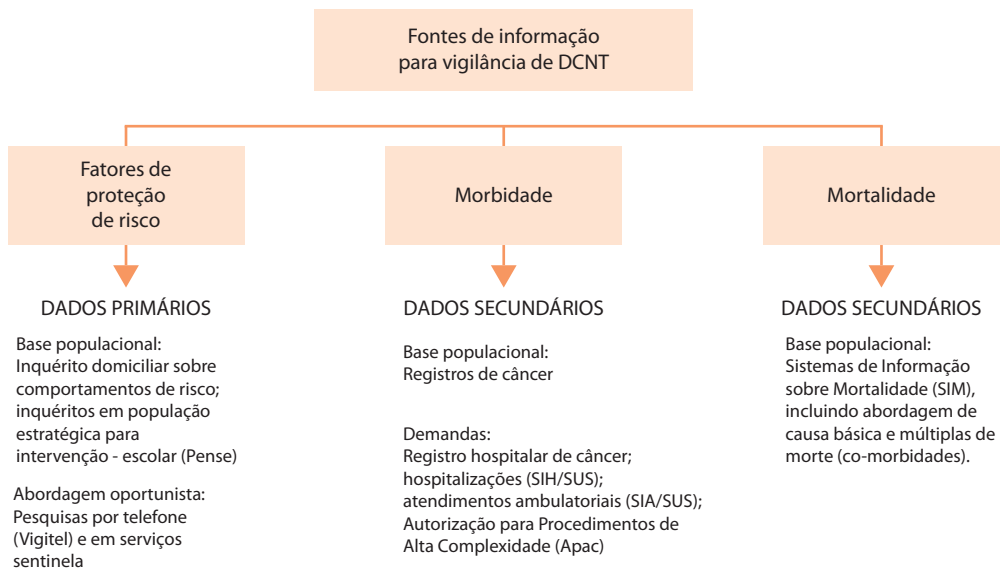
ênfase crescente tem sido dada, também, às intervenções que têm como foco mudanças no ambiente físico e social, incluindo legislação, educação política global e em saúde, mudanças de natureza econômica, entre outras (GLOUBERMAN & MILLAR 2003). Assim, as populações tendem a se beneficiar por estratégias de promoção da saúde, a serem adotadas de maneira ampla e complementar às ações de Vigilância das DCNT.

5.1.2.2 FONTES DE DADOS E INFORMAÇÕES

A vigilância de DCNT e seus fatores protetores e de risco implica no uso complementar de varias fontes de dados coletados de forma contínua, sistemática ou pontual, de caráter primário ou secundário, a partir de abordagem populacional, de demandas específicas dos serviços de saúde ou oportunista. Nesse sentido, encontram-se disponíveis diferentes sistemas de informação e fontes de dados úteis para esse processo, e têm sido criadas novas fontes de dados, especialmente com base em inquéritos e pesquisas pontuais e/ou sistemáticas.

A Figura 46 apresenta as fontes de dados e informações estratégicas para apoio aos processos de vigilância de DCNT, segundo três eixos: fatores protetores e de risco para DCNT, morbidade e mortalidade por DCNT.

Figura 46 FONTES DE DADOS E INFORMAÇÃO ESTRATÉGICAS DISPONÍVEIS PARA A VIGILÂNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS FATORES PROTETORES E DE RISCO, BRASIL.



FONTE: Ministério da Saúde, SVS/CGDANT, 2003

Fatores protetores e de risco para DCNT:

- » **Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas e Agravos por Inquérito Telefônico:**
 - › Implantado em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal desde 2006 pelo Ministério da Saúde. Esse sistema vem cumprindo seu objetivo de monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das Dant no país. Avalia a população adulta (≥ 18 anos) residente em 27 cidades brasileiras e realiza 54.000 entrevistas anuais em amostras probabilísticas da população com telefone, cujas estimativas são ponderadas levando-se em conta as diferenças na composição sociodemográfica da amostra Vigitel em relação à composição da população adulta total de cada cidade, segundo a distribuição censitária de 2000. Anualmente são documentados em relatórios técnicos dos principais fatores comportamentais de risco e proteção para Dant (já apresentados no capítulo 2 deste livro, tabela 7).
- » **Pense – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar:**
 - › A população jovem é um grupo prioritário para Promoção da Saúde em todas as regiões do mundo. Nessa faixa etária muitas das causas de morte, incapacidades e sequelas são causadas pela exposição aos fatores comportamentais de risco que podem ser significativamente reduzidos através de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde.
 - › A Pense foi instituída através de parceria entre os ministérios da Saúde (através da SVS), Educação e IBGE, como parte do contexto do Programa de Saúde Escolar (PSE), implantado através de Decreto Presidencial de dezembro de 2007, que contempla o desenvolvimento de ações de promoção à atividade física, alimentação saudável, prevenção de acidentes e violências, prevenção do tabagismo, álcool, prevenção e orientação DST/Aids e gravidez na adolescência.
 - › Será realizada a cada dois anos em escolas públicas e privadas das capitais do país e do Distrito Federal, utilizando um instrumento único e padronizado para permitir a comparabilidade entre as diversas cidades ao longo do tempo e a avaliação das políticas públicas delineadas.
 - › A primeira Pense foi realizada em 2009, com o objetivo de identificar e monitorar os fatores comportamentais de Risco e Proteção a que adolescentes e jovens estão submetidos, como propensão a doenças e agravos não transmissíveis. Foram estudados 63.411 alunos do 9º ano do Ensino Fundamental de 1.453 escolas públicas.
- » **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD):**

- › É um inquérito de base populacional, realizado anualmente, com abrangência nacional, e produz informações sobre características demográficas, habitação, educação, trabalho e rendimentos da população brasileira. Desde 1998 a pesquisa incorpora a cada 5 anos um suplemento sobre saúde, com vistas a subsidiar os gestores das três esferas de governo, na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, além de fornecer informações relevantes e atualizadas para o desenvolvimento de pesquisas nas áreas de saúde pública.
- › O **Suplemento Saúde da PNAD/2008** incorporou um conjunto de questões referentes aos fatores comportamentais de risco para Dant (tabagismo, atividade física, uso de serviços, detecção precoce de alguns tipos de câncer e ainda questões referentes a acidentes e violências), constituindo-se numa importante fonte de informação para o planejamento de políticas públicas de prevenção, vigilância e monitoramento desses fatores e de promoção da saúde, buscando-se intervir sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença.
- » GATS – *Global Adult Tobacco Survey* / Pesquisa Especial do Tabagismo – PETab:
 - › Pesquisa idealizada através de parceria entre o Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC/EUA), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHS-PH), Instituto Nacional do Câncer, Secretaria de Vigilância em Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Visa ao monitoramento do padrão de consumo do tabaco e a proporção de fumantes e ex-fumantes a partir de estudos populacionais periódicos de natureza quantitativa, com o objetivo de subsidiar a formulação de políticas de controle do tabaco, monitorar mudanças nos indicadores, avaliar o impacto das políticas e permitir a comparação com outros países. Está sendo desenvolvida sistematicamente em 15 países de alta carga tabágica: Egito, Federação Russa, Bangladesh, Brasil, Índia, Tailândia, Paquistão, Turquia, Ucrânia, Polônia, México, Indonésia, Filipinas e Vietnã.
 - › Realizada no Brasil através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, teve sua coleta de dados finalizada em dezembro de 2008, sendo seu relatório divulgado em 2009, mostrando importante redução na prevalência de fumantes no Brasil nas últimas décadas.
- » Inquérito Nacional de Saúde (INS):
 - › Está em fase de planejamento pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria Executiva; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos; Estratégias e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Será um instrumento para suprir lacunas no conhecimento da realidade brasileira no campo da

saúde pública, pois possibilitará: i) conhecer aspectos estratégicos da saúde pública brasileira, não contemplados na PNAD, como, por exemplo, o acesso a políticas promotoras da saúde; ii) gerar hipóteses sobre mecanismos geradores de doença e agravos (acidentes e violências), inclusive aqueles decorrentes nas iniquidades sociais em saúde; iii) obter informações de base populacional sobre medidas físicas (antropometria, pressão arterial, e outras a serem definidas); iv) ter uma linha de base para realização de estudos longitudinais, que utilizam os sistemas de informações existentes como o SIM e SIH para seguimento em sub-amostra de populações previamente definidas; v) avaliar a satisfação do usuário do SUS quanto à atenção recebida no sistema; vi) criar um espaço para o desenvolvimento de novas metodologias de pesquisa.

› Está programado um estudo piloto para 2010 e caberá ao MS designar orçamento específico para a realização do inquérito em 2012.

Morbidade e mortalidade por DCNT:

Monitorar de forma contínua a morbimortalidade das Dant é uma atividade fundamental do sistema de vigilância. Ela deve ser executada em todas as esferas de gestão do sistema: municipal, estadual e nacional. Como fontes de dados para vigilância da mortalidade o país dispõe do **Sistema de Informação de Mortalidade –SIM** – consolidado e descentralizado, que possibilita que todos tenham condições de acessar os bancos de dados e calcular as taxas de mortalidade.

Para o monitoramento da morbidade o SUS dispõe de sistemas administrativos que gerenciam diversas modalidades assistenciais, onde é possível a obtenção de informações sobre as doenças que motivaram a procura pelo serviço. Entre esses, o mais importante é o **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)** que gerencia as internações realizadas em toda a sua rede hospitalar conveniada ao SUS, e que corresponde a aproximadamente 80% das internações hospitalares do país. Mesmo não abrangendo a totalidade das internações, os dados desse sistema permitem, de forma indireta, conhecer o comportamento temporal da ocorrência das Dant no país.

Outro sistema relevante é **Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – Apac/SIA**, que constitui instrumento único dentro do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Esse sistema disponibiliza informações do paciente sobre o procedimento realizado, da instituição e do profissional responsável pela autorização dos mesmos; computa as informações dos pacientes submetidos a procedimentos nas áreas de nefrologia, cardiologia, oncologia, ortopedia, oftalmologia e outros. Esse sistema permite a elaboração de indicadores para gestão, monitoramento e vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis e pesquisas científicas.

Os **Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP** – constituem uma reconhecida ferramenta para vigilância e monitoramento das neoplasias, sendo úteis para planejamento e avaliação das ações de atenção oncológica (prevenção primária, detecção precoce) nas três esferas do SUS.

No Brasil, contamos com 22 registros de câncer com uma cobertura de 32% da população brasileira. No entanto, ao longo do tempo, os registros de câncer têm enfrentado sérias dificuldades de recursos humanos, materiais e financeiros para garantir sua continuidade operacional. Essas dificuldades resultaram em desintegração com o Sistema Único de Saúde, descontinuidade, comprometendo as bases de dados tanto em interrupções em suas séries históricas como em qualidade e cobertura.

A Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), reconhecendo que esses registros são fontes de informações relevantes na estruturação da Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis publicou a Portaria n. 2.607, de 28 de dezembro de 2005, que instituiu com recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde o incentivo financeiro para custeio das atividades desenvolvidas pelos registros de câncer de base populacional do Brasil, cujo investimento anual é de R\$1.056.000,00. A partir da publicação da Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), esse incentivo passou a fazer parte do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde.

5.1.3 A Vigilância de Acidentes e Violências

Bases conceituais:

A ascensão dos homicídios, a magnitude persistente da violência no trânsito e a oculta face da violência doméstica contra a mulher, o idoso, a criança e o adolescente são diferentes manifestações do contexto sócio, político e econômico experimentado historicamente pelo país, mediado pelas desigualdades sociais, o desemprego, a concentração de renda e a persistência de um grande contingente de excluídos sociais.

Fenômeno de natureza tão complexa exige intervenções articuladas, interdisciplinares e intersetoriais para o seu enfrentamento. Assim sendo, deve ser assumido como prioridade de políticas públicas de vários setores – educação, transporte, segurança, saúde, entre outros –, bem como envolver e mobilizar toda a sociedade. Além disso, constata-se o fato de esses eventos serem, em sua grande maioria, evitáveis.

O objetivo da Vigilância de Acidentes e Violências é identificar os principais fatores associados a esses eventos e oferecer evidências para programas e políticas que objetivam a promoção da saúde e a prevenção de acidentes e violências, a serem implementadas e

fomentadas pelas três esferas de gestão do SUS, articuladas com os demais setores envolvidos.

Fontes de dados e indicadores:

Semelhante à vigilância das DCNT, também para a vigilância de acidentes e violências é desejável dispor de fontes de dados nos três eixos: fatores protetores e de risco, morbidade e mortalidade. Quanto à morbidade e mortalidade, assim como para as DCNT, os sistemas de informação de hospitalizações, atendimentos ambulatoriais e mortalidade são particularmente úteis, e permitem a construção de uma série de indicadores importantes para o monitoramento desses eventos.

No que se refere à morbimortalidade por acidentes de trânsito, importante destacar que os sistemas de informação do setor saúde carecem de informações importantes para a descrição e levantamento de hipóteses acerca dos fatores de risco envolvidos nesses eventos, como, por exemplo, local do acidente. Assim, tem sido fomentada a prática do uso de dados dos boletins de ocorrência e dos sistemas de informação dos departamentos de segurança pública e viária.

A abordagem da violência, em especial a violência doméstica, mesmo em sua expressão extrema – quando produz o óbito da vítima –, não é um evento facilmente identificado por meio de dados secundários, pois existe grande omissão de informações relevantes para a classificação do caso, seja por parte da vítima e seus familiares, seja por parte dos profissionais de saúde.

Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – Viva

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) foi implantado pela Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Departamento de Análise de Situação em Saúde da SVS do Ministério da Saúde em agosto de 2006 com o objetivo de construir um diagnóstico mais sensível da situação e de conhecer a magnitude e gravidade das causas externas (violências e acidentes), especialmente de casos não reconhecidos e não incorporados aos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Internações (SIH), como é o caso das violências doméstica e sexual.

O sistema Viva possibilitou conhecer a dimensão dos acidentes e violências que não geram internações ou óbitos, mas que são atendidos nos serviços de saúde. O mesmo permitiu identificar e caracterizar os acidentes de trânsito, de trabalho, doméstico, quedas, queimaduras, afogamentos, intoxicações, dentre outros tipos de acidentes. Outro grande avanço desse sistema foi a caracterização das tentativas de suicídio e de outros tipos de

violências como as violências doméstica e sexual, que ainda permanecem “ocultas” na esfera do privado, principalmente os maus-tratos contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

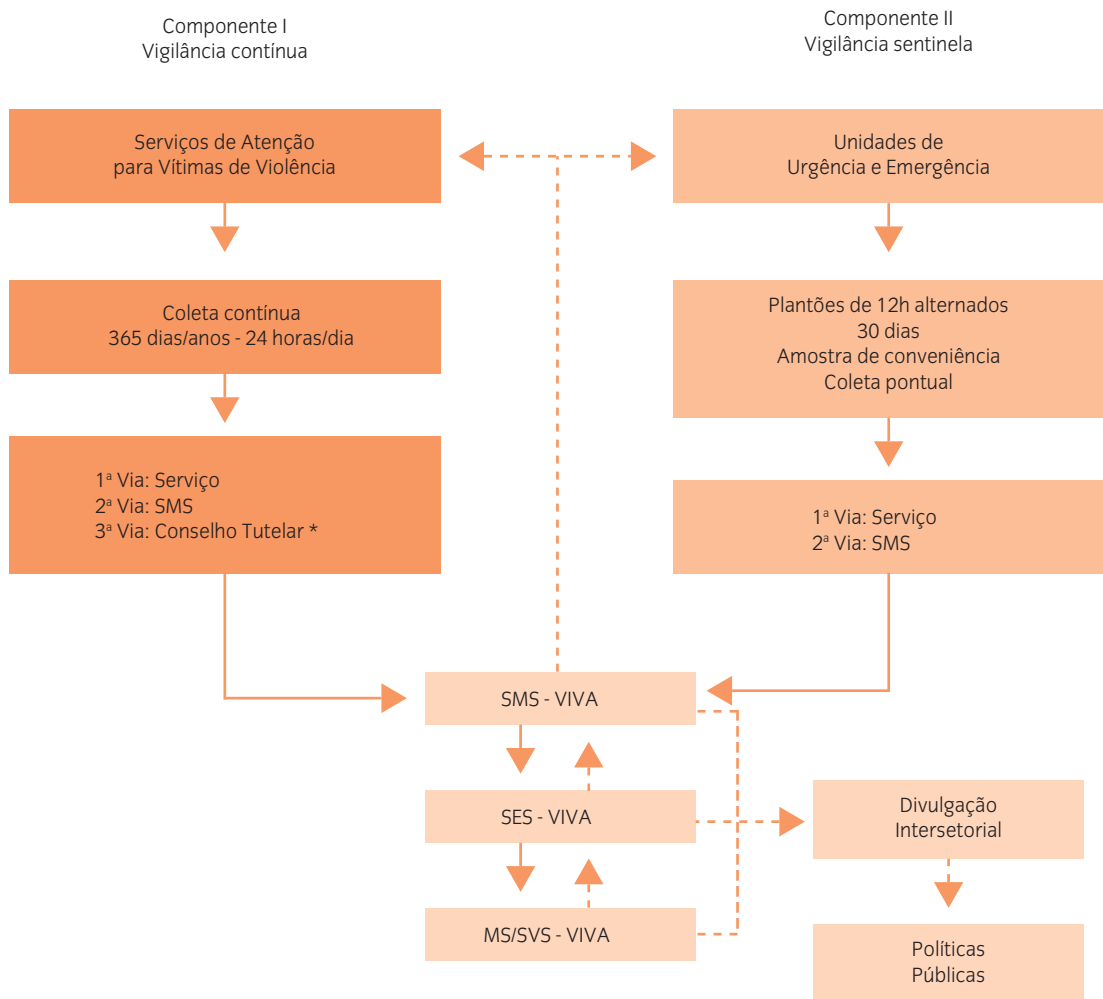
A implantação desse sistema vem ao encontro da promoção da cidadania, da proteção e da garantia de direitos, além de atender à legislação vigente: Lei n. 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA), Lei n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e a Lei n. 10.778/2003, que obriga a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos ou privados.

Essa iniciativa envolveu as três esferas de governo e a articulação intersetorial em seu processo de implantação. Além das pactuações com CONASS e Conasems, foram também envolvidas as secretarias especiais de Direitos Humanos, de Políticas para Mulheres e de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, além dos Conselhos Nacionais dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dos Direitos dos Idosos.

O Viva tem por objetivos: i) identificar e caracterizar os principais tipos de violências e acidentes; ii) identificar o perfil das pessoas que sofreram violências; iii) identificar o perfil dos prováveis autores das agressões; iv) monitorar Fatores de Risco e de Proteção; v) promover e implantar/implementar políticas públicas de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz.

O processo de implantação do sistema foi por adesão e vem se expandindo gradualmente para outros municípios, sendo que todas as unidades da federação participam do sistema Viva.

Figura 47 COMPONENTES DO SISTEMA VIVA



Fonte: MS/SVS/DASIS/CGDANT

* Crianças e Adolescentes

O Sistema Viva possui dois componentes (figura 47): um, de Vigilância Contínua; e outro, de Vigilância Sentinela. Cada um desses componentes possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas:

- » Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências: esse é o instrumento de notificação utilizado no componente de Vigilância Contínua do Viva. Essa notificação é compulsória e realizada por qualquer profissional de saúde, todos os dias do ano. É utilizada nos serviços de saúde,

sendo que esse componente foi incorporado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em janeiro de 2009; com isso houve a expansão da notificação de violências, passando de 39 municípios notificantes (agosto/2006) para 300 (janeiro/2010). As informações obtidas através das notificações e produzidas pelas vigilâncias das secretarias de saúde são articuladas e integradas com a Rede de Atenção Integral e de Proteção às Pessoas em Situação de Violências.

- » Ficha de Notificação de Acidentes e Violências em Unidades de Urgência e Emergência: utilizada na vigilância sentinela realizada por meio de inquéritos, por amostragem, em serviços sentinela de urgência e emergência de municípios selecionados. Esse componente do sistema Viva iniciou com inquéritos anuais, tendo sido definido que a partir de 2009 os mesmos ocorrerão de dois em dois anos. O MS repassou recursos financeiros para as secretarias de saúde estaduais e municipais e deu todo o apoio técnico e logístico, como a capacitação de gestores e trabalhadores de saúde, o desenvolvimento de fichas de notificação e de aplicativos de entrada de dados, dentre outros, necessários à realização dos inquéritos Viva, que ocorreram nos anos de 2006, 2007 e 2009. O próximo inquérito Viva deverá ocorrer em 2011.

5.1.3.1 AS PROPOSTAS DO CONASS PARA ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O CONASS realizou, no período de setembro de 2007 a abril de 2008, uma mobilização nacional, juntamente com o Ministério da Saúde, Conasems, Opas, Unesco, Unodc, Unifem e PNUD, reunindo milhares de pessoas em todo país, num processo de reflexão sobre o tema “Violência: uma epidemia silenciosa” e de conhecimento das experiências para enfrentamento dessa epidemia, que já vinham sendo realizadas em vários estados e municípios.

Para subsidiar as discussões foi publicado o CONASS Documenta n. 15 – Violência: uma epidemia silenciosa, que enfocou o impacto da violência em seus diversos eixos (violência interpessoal, violência autoinfligida, violência no trânsito, violência relacionada a gênero e ciclos de vida), na mortalidade, na morbidade e nos custos da Atenção à Saúde, e sua relação com o uso abusivo do álcool e das drogas.

Foram também abordadas propostas de diretrizes para atuação das secretarias de Saúde no enfrentamento da violência enquanto problema de saúde pública e ações, como a organização da Rede de Atenção à Saúde e medidas de redução de danos.

Entre as atividades desencadeadas, o CONASS buscou articular-se com os parceiros do Sistema Único de Saúde – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e com os organismos internacionais envolvidos com

o tema, como a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas/OMS), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem) e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Os seminários regionais foram realizados de dezembro de 2007 a fevereiro de 2008 nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Maranhão e Rio de Janeiro. O seminário nacional aconteceu em abril de 2008 no Rio Grande do Sul.

Para a organização dos seminários foi de fundamental importância o envolvimento das 27 secretarias estaduais de Saúde, que trabalharam ativamente na identificação das experiências de enfrentamento da violência nos serviços públicos estaduais e municipais, ou de instituições de ensino e pesquisa realizadas em parceria com esses serviços e posteriormente encaminhadas ao CONASS e selecionadas pela Secretaria Executiva.

No total foram selecionadas 118 experiências de 25 estados brasileiros. Destas, 102 foram apresentadas e debatidas nos seminários regionais, sendo 20 na região Sul, 21 na região Centro-Oeste, 16 na região Norte, 17 na região Nordeste e 28 na região Sudeste. O resumo dessas experiências foi publicado no “CONASS Documenta n. 16”.

O processo de mobilização resultou no documento: “**O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas**” que agregou as contribuições das experiências estaduais e municipais, assim como experiências internacionais (com destaque para as do Canadá e Colômbia) e ao mesmo tempo incorporou contribuições dos diversos pesquisadores e profissionais que participaram dos seminários e oficinas.

O documento produzido foi entregue formalmente ao Ministério da Saúde em 27 de agosto de 2008, em solenidade no auditório Emílio Ribas. As propostas foram publicadas na íntegra na 2ª parte do “CONASS Documenta 17”, onde consta a síntese das discussões do seminário nacional.

Apresentamos a seguir o resumo das propostas organizadas em seis áreas de atuação: Vigilância; Prevenção e Promoção (incluindo a participação comunitária e a comunicação social); Organização da Assistência; Pesquisa; Formação e Educação Permanente e Legislação.

Vigilância

a. Implementar os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde. Além de executar estratégias de promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes, os núcleos vêm contribuindo na sistematização, análises e disponibilização das informações

sobre violência. Para esse fim, é estratégia fundamental fortalecer sua capacidade de análise da situação de saúde, bem como estabelecer fonte de financiamento estável para sua manutenção e custeio. Os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde devem estar envolvidos na articulação e execução de todas as demais propostas apresentadas a seguir.

b. Instituir “Observatórios de acidentes e violências” com vistas a articular as informações e troca de experiências entre os serviços e instituições que lidam com acidentes e violências.

c. Implementar em toda a rede de assistência à saúde a Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.

d. Implementar e ampliar os “Serviços Sentinela de Violências e Acidentes” .

e. Mapear as áreas com maior frequência de lesões e mortes ligadas à violência e acidentes, integrando os dados dos diversos sistemas de informações, tanto da área de saúde como também da segurança, trânsito, dentre outros.

f. Aprimorar a qualidade e agilizar as informações dos sistemas de informações já existentes, com especial atenção ao Sistema de Informações de Mortalidade – SIM – e Sistema de Informações Hospitalares – SIH, com vistas a agilizar o fluxo de coleta, processamento e divulgação das informações. Dentre as ações nesse sentido, propõe-se implantar a investigação de óbitos por causas externas.

g. Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado aos casos de tentativas de Suicídio/Suicídio nos estados e municípios.

Prevenção e Promoção

a. Incentivar a promoção, o acompanhamento do desenvolvimento integral e o atendimento às necessidades essenciais da primeira infância, incentivando o acompanhamento familiar mais próximo pelas equipes de saúde, especialmente em áreas de maior risco, enfocando a atenção pré-natal, os primeiros cuidados, o incentivo ao aleitamento materno e acompanhamento do desenvolvimento infantil. A Estratégia de Saúde da Família deve ser incorporada a essa atividade, reduzindo, se necessário, em áreas de maior risco, o número de famílias a serem acompanhadas por equipe ou por agente de saúde. Deve-se buscar a articulação das equipes de saúde com as equipes de creches e centros de educação infantil, bem como com as áreas de educação e ação social para qualificar e ampliar a oferta de vagas nesses serviços.

b. Ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, implantando e definindo fonte estável de financiamento para os núcleos de Prevenção de

Violências e Promoção da Saúde, com vistas a executar, além das ações de vigilância (já citadas), estratégias de promoção da saúde e prevenção de violências e acidentes, articulando Rede de Atenção Intersetorial e Interinstitucional e apoiando o desenvolvimento de políticas públicas para o enfrentamento da violência e promoção da saúde e da cultura de paz.

c. Inserir na organização da Rede de Atenção à Saúde as ações de prevenção da violência e promoção da saúde, especialmente nas atividades cotidianas da Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família:

c.1 Identificar e mapear situações de risco na comunidade, como alcoolismo, uso de *crack* e outras drogas, violência doméstica, doença mental e ambientes que estimulam situações de risco e violência;

c.2 Desenvolver estratégias, através da articulação com as escolas e centros de educação infantil, para detecção precoce e encaminhamento adequado das crianças com transtorno de déficit de atenção com hiperatividade.

c.3 Apoiar o Conselho Tutelar, escolas e creches, na avaliação de situações que indiquem violência e negligência.

c.4 Notificar e registrar o acompanhamento familiar dos casos identificados e acompanhados pela unidade de saúde, averiguando reincidências, dificuldades na realização dos encaminhamentos propostos, prestando orientação às famílias ou responsáveis, encaminhando, se necessário, a outros serviços existentes na comunidade .

c.5 Capacitar as equipes no sentido de que estejam aptas a garantir o respeito às diversidades nas relações humanas; à preservação da identidade, imagem e dados pessoais das vítimas; fiquem alertas para os sinais de violência em crianças, adolescentes e suas famílias; promovam a socialização, participação e convívio do idoso com as demais gerações; e mecanismos de negociação e mediação nos conflitos na família e na comunidade.

d. Implementar ações de mobilização social, comunitária e de promoção da cultura de paz, não só pelo controle social formal, com a participação dos conselhos de saúde, mas, especialmente, pela adoção de uma ação efetiva, focalizando o “empoderamento” e o “protagonismo” por parte dos atores envolvidos:

d.1 Desenvolver ações educativas com adolescentes, através de atividades artísticas, culturais ou de pré-qualificação profissional, formando agentes multiplicadores para uma cultura de paz e de prevenção à violência.

d.2 Criar espaços coletivos que contribuam para uma prática reflexiva sobre cidadania e direitos humanos.

d.3 Oficinas interativas às famílias, vítimas e autores de violência, através de atividades recreativas, culturais, físicas, pedagógicas e de capacitação profissional, ajudando-as a rever suas representações masculinas e femininas, sobre violência e sexualidade, valores, hábitos e atitudes.

d.4 Estimular a elaboração de “Planos Operativos Locais” nos municípios, com vistas ao enfrentamento ao abuso e exploração sexual, por meio da aplicação de diagnóstico rápido e participativo com os operadores da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente e da realização de oficinas técnicas.

d.5 Capacitar profissionais que pela natureza do seu trabalho mantenham contato direto com as pessoas da comunidade (cabeleireiros, benzedores, membros de instituições religiosas) para servirem de moderadores sociais.

d.6 Envolver as parteiras tradicionais na discussão sobre o tema da violência contra as mulheres, frequentemente observada pelas parteiras nas suas comunidades, promovendo a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos numa perspectiva de gênero.

d.7 Organizar e coordenar “grupos focais” com vistas a mobilizar uma “Rede de Proteção” para a violência contra crianças e adolescentes, através do resgate das competências das escolas e das famílias, bem como o envolvimento da “rede de amigos”.

d.8 Na perspectiva da iniciativa “Escolas Promotoras de Saúde”, instituir comissões de prevenção de acidentes e violência nas escolas, com vistas a favorecer uma cultura de prevenção, de cuidados e de promoção de saúde nas escolas e diminuir a morbimortalidade por acidentes e violências na comunidade escolar.

d.9 Desenvolver iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool, *crack* e outras drogas que envolvam a corresponsabilização e autonomia da população.

d.10 Desenvolver ações educativas que promovam a análise e reflexão sobre o tema da violência no trânsito, buscando implementar uma nova consciência urbana.

e. Implementar campanhas de comunicação social, envolvendo a grande mídia em estratégias de comunicação de massa ou dirigidas a grupos prioritários:

e.1 Campanhas de esclarecimento sobre o impacto da violência na saúde e no dia a dia das pessoas e de promoção da cultura de paz.

e.2 Campanhas pelo desarmamento.

e.3 Desenvolver campanhas de mobilização social com vistas à educação para o trânsito e disseminação de informações (inclusive os dados referentes às mortes e sequelas provocadas por acidentes de trânsito) que permitam a mudança na conduta dos

usuários de vias públicas: pedestres, condutores, passageiros, ciclistas, motociclistas, condutores de veículos de tração animal etc.

e.4 Buscar envolver a mídia com vistas a ampliar a divulgação de informações sobre os riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool, *crack* e outras drogas e acidentes e violências.

e.5 Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool e outras drogas, direcionando especial atenção quanto às complicações referentes ao uso do *crack*, considerando que é uma das drogas mais potentes e indutoras de dependência.

f. Instituir nas três esferas de governo câmaras setoriais das políticas de Saúde, Segurança, Prevenção da Violência e Promoção da Cultura de Paz, envolvendo as diversas áreas e instituições públicas pertinentes (Segurança, Saúde, Educação, Ação Social, dentre outras), com o objetivo de formular diretrizes, coordenar, articular e acompanhar periodicamente os resultados dos programas governamentais para enfrentamento e prevenção da violência, priorizando a atuação nas áreas com piores indicadores de mortalidade por causas ligadas à violência. Buscar a articulação também com outras políticas públicas como o Programa Bolsa Família, Campanha do Desarmamento; Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci); Política Nacional de Trânsito, dentre outros.

g. Implantar sistemas de vigilância, prevenção e cuidado aos casos de tentativas de suicídio/suicídio nos estados e municípios, com vistas a discutir o tema da violência autoinfligida e aumentar possibilidade de ações em vigilância, prevenção e cuidado. Para esse fim, sugerem-se estratégias como a organização de comitês de atenção (assistência, prevenção e vigilância) a tentativas de suicídio e suicídios; organização e capacitação dos serviços e programas municipais de saúde mental; inclusão da discussão do tema na área de saúde escolar (voltadas especialmente a orientadores educacionais e psicólogos escolares, buscando evitar ações alarmistas e a banalização do tema); introduzir a discussão de temas como depressão, alcoolismo, esquizofrenia, transtornos mentais orgânicos, transtornos de personalidade e transtornos afetivos junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial. Deve também ser discutido o papel das equipes do PSF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no acolhimento e acompanhamento desses casos.

Organização da Assistência

a. Organizar a atenção com base nos indicadores de saúde e no diagnóstico elaborado pelas equipes de saúde, com o objetivo de disponibilizar ações e serviços de saúde (pon-

tos de atenção) de acordo com território sanitário e o nível de atenção. Para esse fim, propõe-se uma matriz de Rede de Atenção à Saúde:

a.1 A Atenção Primária, por meio das equipes das unidades básicas e das equipes de Saúde da Família deve se constituir na porta de entrada para o atendimento integral à saúde tanto para atender as vítimas de violência, como para apoiar os familiares dos autores de violência. Nos casos graves, quando se tratar de lesões e/ou condições agudas que exigem uma atenção específica, os hospitais e pronto-socorros serão a porta de entrada preferencial.

a.2 Nos casos moderados e graves, o atendimento à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso e ao autor de violência será priorizado pela Unidade de Saúde, seja na própria Unidade ou com o encaminhamento ao pronto atendimento. Para os casos de violência sexual, deve-se definir um protocolo específico de atendimento devido às questões jurídico-legais específicas para o adequado atendimento e acompanhamento dos casos.

a.3 Em áreas identificadas de risco para a violência as equipes de Saúde da Família devem adequar-se com recursos humanos em quantidade e com multidisciplinaridade necessária para atender a essas necessidades da população. É necessário que o sistema de saúde local e municipal adeque inclusive a cobertura populacional dessas equipes, considerando que esses grupos populacionais exigirão maiores cuidados e ações de diferentes profissionais de saúde.

a.4 As secretarias de saúde devem estabelecer protocolos de atendimento à saúde física e mental contendo os diversos procedimentos indicados, como: avaliação clínica da vítima e procedimentos imediatos necessários (curativos, suturas, medicação etc.); quando necessário, encaminhamento para exames complementares, serviços hospitalares (sendo obrigatório o encaminhamento imediato para os hospitais de referência quando se tratar de violência sexual); agendamento de retorno para acompanhamento; encaminhamento para atendimento em saúde mental (especialmente nos casos de violência sexual e casos de drogadição); agendamento de visitas domiciliares para avaliação inicial e acompanhamento familiar, incluindo a violência como critério de risco; inclusão da violência familiar nas atividades educativas com grupos de gestantes e mães, bem como nos programas de saúde a detecção e o acolhimento a gestantes e mães com dificuldades para estabelecer vínculos com o bebê ou que apresentam depressão pós-parto; encaminhamento de alcoolistas para o grupo de Alcoólicos Anônimos ou instituições comunitárias; identificação dos usuários de drogas e das drogas mais utilizadas na comunidade para adoção de medidas, em parceria com os demais órgãos, para o enfrentamento desse problema na comunidade;

a.5 Dimensionar a necessidade de serviços (UBS, equipes, ambulatórios de referência, CAPS, CAPS AD e CAPS I, hospitais, hospitais psiquiátricos, entre outros), de acordo com o perfil de necessidade para o adequado atendimento as vítimas e aos autores de violência, e de acordo com as suas causas e determinantes.

a.6 Definir os serviços no município, região de saúde e macrorregião de saúde, para o atendimento adequado a cada caso, tanto das vítimas quanto dos autores de violência, incluindo o encaminhamento para outros recursos comunitários de apoio às famílias de risco; internamento hospitalar, sempre que o estado clínico da vítima indicar (ou como medida de proteção à vítima que se encontra em situação de risco para novas agressões); encaminhamento para instituições correspondentes nos caso de violência contra grupos específicos (mulher, criança e idoso) que tenham desdobramentos legais já instituídos;

a.7 Organização da atenção para o atendimento das sequelas e consequências de situações de violência;

a.8 Organizar os serviços de saúde mental (CAPS, CAPS AD, Ambulatórios e Hospitais Psiquiátricos) com vistas a aprimorar a atenção aos pacientes usuários de álcool e outras drogas, especialmente o *crack* (por seu alto papel indutor de dependência, maior potência e aumento de consumo pelo menor custo em relação a outras drogas).

Formação e educação permanente

a. Promover a capacitação das equipes da Estratégia de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, especialmente aqueles com atuação em áreas mais violentas, com vistas a desenvolver habilidades cognitivas para identificar possíveis violências no ambiente familiar e na comunidade, encaminhando as vítimas à Rede de Atenção, além de desenvolver ações de promoção da cultura de paz e prevenção da violência.

b. Desenvolver atividades de educação permanente com vistas a desenvolver nos profissionais envolvidos as competências necessárias para torná-los aptos a prestar atenção integrada e humanizada às vítimas de violência doméstica e organizar a Rede Local de Atenção às Vítimas de Violência.

c. Desenvolver programas de transferência de tecnologia de abordagem da violência e construção da paz nos estados e municípios, com vistas a mapear, sistematizar e organizar experiências de abordagem da violência e de construção de cultura da paz, desenvolver ação multiplicadora de capacitação aos gestores, gerentes e profissionais dos diferentes setores para a abordagem da violência; contribuir para o desenvolvimento do diagnóstico da violência (por meio da análise dos bancos de dados disponíveis, rotinização dos meca-

nismos de notificação e produção de dados primários); desenvolver a atenção às vítimas de violência e agressores e divulgar medidas de responsabilização, desenvolvimento e disseminação de práticas de prevenção da violência e construção da paz.

d. Desenvolver ações educativas com adolescentes, relacionadas à saúde preventiva, cidadania e meio ambiente, através de atividades artísticas, culturais ou de pré-qualificação profissional, formando agentes multiplicadores para fomentar uma cultura de paz e de prevenção à violência, a partir de uma construção coletiva permitida através de ampla discussão de ideias, fatos estatísticos e planejamento.

Pesquisa

a. Realizar estudos sobre morbimortalidade por violência: avaliar sua magnitude, dinâmica, tendências, fatores de risco, sobretudo as consequências do uso/abuso de álcool e drogas.

b. Realizar estudos relacionados ao conhecimento do perfil das vítimas e dos agressores: articula-se com o conhecimento do perfil das vítimas e dos agressores, não apenas as variáveis epidemiológicas, mas também os aspectos psicológicos, sociais e culturais – dar um rosto, uma identidade e um território às vítimas e aos agressores da violência doméstica, no trânsito, no trabalho, na escola, nos serviços de saúde. E não apenas às pessoas individualmente, mas também aos grupos sociais mais vulneráveis.

c. Realizar avaliação das políticas públicas, programas e serviços existentes: refere-se ao conhecimento da realidade local e à avaliação das políticas, programas e serviços, como os hospitais de urgência/emergência, o SAMU, os CAPS e outros serviços assistenciais para dependentes de álcool e drogas, as campanhas informativas e educativas promovidas pelos órgãos governamentais, os programas de promoção à saúde, o trabalho das entidades não governamentais, sejam grupos religiosos, de autoajuda, dentre outros.

d. Realizar estudos sobre custos e impacto econômico e financeiro: também importante para a investigação é o conhecimento do custo e do impacto econômico-financeiro, social e humano da violência em todas as suas manifestações e dimensões: interpessoal, auto-provocada e no trânsito.

e. Organizar um observatório de divulgação dos conhecimentos produzidos: a articulação com a mídia é fundamental, no dia a dia, em campanhas de divulgação e prevenção, na formação de uma consciência cidadã de repúdio à violência. A utilização de recursos de mídia eletrônica é uma exigência dos tempos atuais: a proposta de um observatório que divulgue em rede o conjunto de conhecimentos produzidos pelas pesquisas constitui uma grande possibilidade de comunicação e divulgação.

Legislação

- a. Intersetorialidade
 - a.1 Instituir, por meio de legislação específica de cada esfera de governo (municipal, estadual e federal), câmaras setoriais das políticas de Segurança, Prevenção da Violência e Promoção da Cultura de Paz:
 - a.2 A legislação, por si só, não é a garantia de sucesso de uma ação intersetorial, no entanto, é fundamental na medida em que institucionaliza os compromissos assumidos por cada área/instituição.
- b. Controle sobre o consumo e publicidade de bebidas alcoólicas. Promover mudanças na legislação que trata da comercialização e consumo de bebidas alcoólicas, com ênfase nos seguintes pontos:
 - b.1 Reforço na fiscalização e punição sobre venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
 - b.2 Aumento de taxaço de bebidas alcoólicas.
 - b.3 Controle sobre o consumo e publicidade de bebidas alcoólicas: restringir o acesso às bebidas alcoólicas (licenças de pontos de vendas, horários de vendas, áreas restritas em supermercados); restrição total de uso de bebida alcoólica nos campos de futebol e em eventos com grande concentração de pessoas em que por sua natureza haja um forte potencial de situações de violência; limitação do horário de funcionamento de bares; restrições à venda e ao consumo na proximidade de escolas, estradas, postos de gasolina, hospitais, e em transportes coletivos.
 - b.4 Promover mudanças na legislação que trata de propaganda de bebidas alcoólicas, com restrição de horário de veiculação e inserção obrigatória de informações sobre os malefícios que provocam, bem como a proibição de publicidade e patrocínio de eventos esportivos e culturais, a exemplo do que ocorre hoje com cigarro.
- c. Violência no trânsito:
 - c.1 Sugerir mudanças na legislação de trânsito tornando mais rigorosas as punições das infrações relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas.
 - c.2 Apoiar a implementação da Lei n. 11.705, de 19/6/08, que altera o Código de Trânsito Brasileiro, com a finalidade de estabelecer alcoolemia zero e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool, definindo uma fiscalização mais sistemática e rigorosa.
 - c.3 Revisão da legislação para aumentar o rigor na habilitação e fiscalização dos condutores de motocicleta.

- c.4 Revisão da legislação para aumentar o rigor das penas relacionadas à violência no trânsito.
- d. Ações de combate e repressão ao crime:
 - d.1 Alterar a legislação reforçando as ações que tratam de combate e repressão ao crime;
 - d.2 Ampliar as restrições à comercialização de armas;
 - d.3 Rever o regime de progressão de penas e reinserção do apenado;
 - d.4 Instituição de uso de pulseira eletrônica em caso de regime semiaberto.
- e. Violência de gênero e contra grupos etários mais vulneráveis.
 - e.1 Reforçar as ações de fiscalização para o cumprimento das legislações que tratam da violência de gênero, contra a criança, adolescente e idoso, promovendo uma avaliação da implementação das referidas leis e, se for o caso, promover mudanças.

5.1.4 Fomento e incentivos específicos a estados e municípios:

O financiamento federal para a execução das atividades de vigilância de DCNT, vigilância de acidentes e violências e de promoção à saúde é feito através do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde (Componente de Vigilância e Promoção da Saúde):

- » Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS): o PFVPS inclui recursos financeiros para a execução das ações de vigilância, prevenção de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde.
- » Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS): o PVVPS inclui entre seus incentivos específicos, mecanismo de repasse financeiro para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de vigilância em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família, através da elaboração de propostas de ação.

Para o ano de 2010 esse mecanismo de repasse (através do PVVPS) foi regulamentado pela Portaria GM/MS n. 184, de 24 de junho de 2010 (BRASIL, 2010), com vistas a promover a continuidade de propostas de ações apresentadas pelos entes que compõem a Rede Nacional de Promoção da Saúde, que já vinham sendo financiadas anteriormente através de editais e portarias, além de municípios considerados prioritários para ampliar a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde.

As propostas de ação podem envolver sete ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde:

- I. Prática Corporal / Atividade Física;
- II. Redução da Morbidade por Acidentes de Trânsito;
- III. Prevenção da Violência e Estímulo à Cultura da Paz;
- IV. Redução da Morbidade em Decorrência do Uso Abusivo de Álcool e outras Drogas;
- V. Prevenção e Controle do Tabagismo;
- VI. Alimentação Saudável;
- VII. Promoção do Desenvolvimento Sustentável.

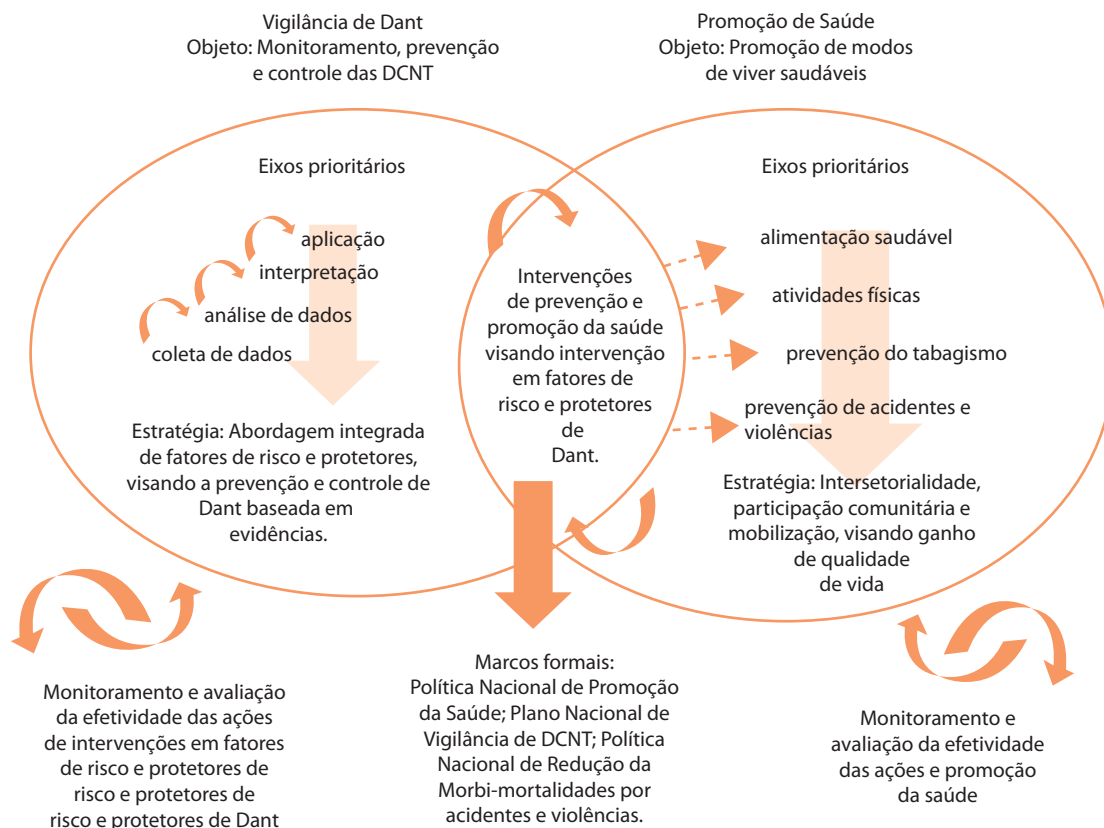
5.1.5 Política de Promoção da Saúde

Em 2005, foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. A PNPS tem caráter transversal e intersetorial, envolvendo diferentes setores governamentais e a sociedade.

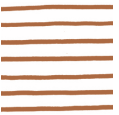
Para uma adequada abordagem de um tema com tamanha complexidade, este deve estar inserido nas agendas de prioridades de diferentes setores da sociedade. Não obstante, é tarefa do setor saúde, em suas várias esferas de gestão, mobilizar os demais setores para que compartilhem desse compromisso de busca de maior qualidade de vida para as populações brasileiras. Mais informações sobre o tema estão detalhadas no Livro 3 – Atenção Primária e Promoção da Saúde – desta coleção.

Ainda que existam especificidades importantes e objetivos não completamente sobrepostos, grande proximidade pode ser observada entre as ações e metas operacionalizadas pela Vigilância de DCNT, Vigilância de Acidentes e Violências e a Promoção da Saúde. Assim, é fundamental a articulação das ações comuns a essas três áreas de atuação. Uma tentativa de esquematizar a operacionalização dessa articulação encontra-se descrita na Figura 48.

Figura 48 ARTICULAÇÕES ENTRE AS ÁREAS DE VIGILÂNCIA DOS AGRAVOS (ACIDENTES E VIOLÊNCIAS) E DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

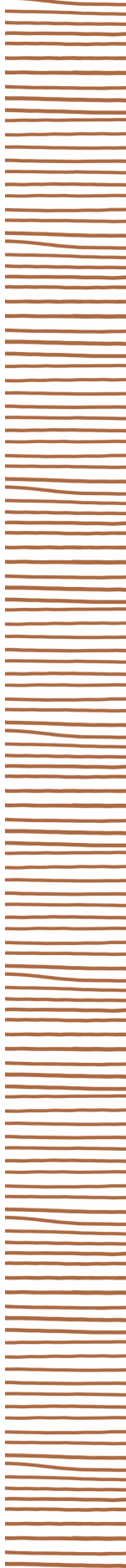



FONTE: SVS/ Ministério da Saúde



6 VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

- 6.1 **Introdução**
- 6.2 **Saúde Ambiental, articulação intersetorial e a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental**
- 6.3 **Saúde Ambiental e Saneamento Básico**
- 6.4 **O Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental**
- 6.5 **Conclusão**





6 VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

6.1 Introdução

A relação entre o ambiente e o padrão de saúde de uma população define um campo de conhecimento referido como “Saúde Ambiental” ou “Saúde e Ambiente”.

Este compreende a área da saúde pública, afeita ao conhecimento científico e à formulação de políticas públicas e às correspondentes intervenções (ações) relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a determinam, condicionam e influenciam, com vistas a melhorar a qualidade de vida do ser humano sob o ponto de vista da sustentabilidade.

Trata-se de um campo de práticas intersetoriais e transdisciplinares voltadas aos reflexos, na saúde humana, das relações ecogeossociais do homem com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade, a fim de orientar políticas públicas formuladas com utilização do conhecimento disponível e com participação e Controle Social.

A questão ambiental foi tratada pela primeira vez, na agenda dos grandes temas internacionais, na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Humano, realizada em 1972, em Estocolmo, Suécia. Foi a primeira iniciativa das Nações Unidas no sentido de examinar a questão do meio ambiente de maneira global e coordenada, buscando respostas aos problemas existentes e procurando definir futuras linhas de ação. Em 1983, em resposta às resoluções da Assembleia Geral da ONU, foi constituída a Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, tendo por objetivo o reexame da questão ambiental de forma inter-relacionada com o desenvolvimento e a formulação de estratégias de ação com vistas a uma Agenda Global para Mudança. Em 1987, a Comissão apresentou seu relatório final, intitulado “Nosso Futuro Comum”, que se constituiu em referência básica, no âmbito internacional, para a organização da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), realizada no Rio de Janeiro em junho de 1992. (COPASAD, 1995).

Na década de 1990, vários trabalhos sobre o impacto humano no ambiente e as consequências à saúde humana foram realizados por grupos de pesquisadores ingleses, norte-

-americanos e canadenses. Relações como crescimento populacional e perfil de mortalidade, desigualdade social e qualidade de vida, aumento do buraco na camada de ozônio e crescimento da radiação ultravioleta, urbanização e poluição do ar, poluição da água e consequências à saúde etc. têm sido abordadas (MEYER, 1996; McMICHAEL, 1992; SOUTHWICH, 1996; COMITÉ DE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE DU QUEBÉC, 1995), e vários compromissos internacionais foram assumidos pelos países em eventos como a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (ECO-92, Rio de Janeiro, 1992), a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento (SIDS, Barbados, 1994), a Conferência de Cúpula das Américas (Miami, 1994); a Conferência Panamericana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (Washington, D.C., 1995) e as Reuniões de Cúpula de Santa Cruz de la Sierra (Bolívia, 1996) e Santiago (Chile, 1998), e demonstraram a conservação e proteção da saúde e do ambiente como o centro da preocupação do novo modelo de desenvolvimento denominado “desenvolvimento humano sustentável”, com ênfase especial na dimensão humana, ou seja, centrado na população.

No Brasil, a Saúde Ambiental encontra-se expressa nos seguintes artigos da Constituição Federal de 1988:

- » Art. 23, incisos II, VI, VII e IX, que estabelece a competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios de cuidar da saúde, proteger o meio ambiente, promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico, além de combater a poluição em qualquer de suas formas e preservar as florestas, a fauna e a flora;
- » Art. 200, incisos II e VIII, que define, como atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outras, a execução de “ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988).
- » Art. 225, no qual está assegurado que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (BRASIL, 1988).

A Lei n. 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), incluiu as ações inerentes à vigilância sanitária; à vigilância epidemiológica; a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho; o controle e a fiscalização de serviços,

produtos e substâncias de interesse para a saúde; a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, entre outros (art. 6º, Lei n. 8.080/90).

Esse preceito constitucional foi sendo implementado aos poucos: em 1997, o Ministério da Saúde formulou o projeto Vigisus com o objetivo, entre outros, de estruturar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental de acordo com as diretrizes do SUS, definindo com maior clareza o papel da Vigilância em Saúde Ambiental no que toca aos fatores que podem acarretar riscos à saúde humana; e em maio de 2000, o Decreto n. 3.450 inicia a estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental, assegurando a sua implantação em todo o território nacional.

Em 2003 a Lei n. 10.683, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, atribui como uma das competências do Ministério da Saúde a “saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e índios” (BRASIL, 2003) e o Decreto n. 4.726/2003, que trata da estrutura regimental do Ministério da Saúde, definiu que compete à Secretaria de Vigilância em Saúde coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, incluindo o ambiente de trabalho (BRASIL, 2003).

Em 2005 a Instrução Normativa SVS/MS n. 1 estabeleceu o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (Sinvisa) e definiu os níveis de competência das três esferas de governo na área de Vigilância em Saúde Ambiental e definiu o ambiente de trabalho como objeto de vigilância, de forma complementar à Instrução Normativa de Vigilância à Saúde do Trabalhador, aprovada pela Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998.

A Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), insere as ações de vigilância em saúde ambiental no escopo das atribuições da área de Vigilância em Saúde, definindo a Vigilância em Saúde Ambiental como “conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde”.

6.2 Saúde Ambiental, articulação intersetorial e a I Conferência Nacional de Saúde Ambiental:

Produzir saúde não é atividade exclusiva do setor saúde. É necessária a construção de uma forte agenda intersetorial para que o SUS avance na construção de “espaços saudáveis”, assegurando a qualidade de vida e bem-estar das pessoas e, nesse sentido, os

gestores do SUS já estão presentes de forma qualificada em alguns fóruns que estão tratando dessa questão, entre eles, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social; a Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável e a Agenda 21 brasileira; a Comissão Interministerial de Saneamento e Meio Ambiente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde; o Grupo Interministerial de Saúde do Trabalhador; a Comissão Nacional de Segurança Química; o Conselho Nacional de Recursos Hídricos (CNRH); o Conselho Nacional de Meio Ambiente (Conama); o Conselho Nacional das Cidades (ConCidades); e o Conselho Nacional de Defesa Civil.

No sentido de avançar nessa agenda intersetorial, teve papel relevante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA) que teve como objetivo promover o debate entre o segmento governamental, privado e a sociedade civil sobre a Saúde Ambiental e as relações entre produção e consumo, seus impactos na saúde e no meio ambiente, estruturação de territórios sustentáveis nas cidades, no campo e nas florestas, realizada em 2009.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA), com o tema “A Saúde Ambiental na cidade, no campo e na floresta: construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis”, foi estruturada em três eixos temáticos: Desenvolvimento e sustentabilidade socioambiental no campo, na cidade e na floresta; Trabalho, Ambiente e Saúde: desafios dos processos de produção e consumo nos territórios; e Democracia, Educação, Saúde e Ambiente: políticas para construção de territórios sustentáveis.

Coordenada pelos ministérios da Saúde, Meio Ambiente e Cidades e 29 entidades representativas da sociedade civil organizada, mobilizou milhares de pessoas em todo o país, durante as etapas preparatórias realizadas de julho a novembro de 2009, quando aconteceram 293 conferências municipais, 146 regionais ou microrregionais e 26 conferências estaduais e uma distrital, que geraram 56 diretrizes e 234 ações estratégicas. Desse total, 24 diretrizes e 48 ações foram aprovadas na plenária nacional.

As diretrizes distribuídas em 6 temas são apresentadas abaixo e as ações podem ser encontradas no relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (CNSA), publicado pelos três ministérios envolvidos na Conferência, em 2010. Essas diretrizes e ações deverão subsidiar a construção de uma política integrada para a redução de riscos à saúde, pela melhoria das condições de vida da população, bem como pela diminuição dos danos ao meio ambiente.

Tema 1: Processos produtivos e consumo sustentável

- a. Mudança no modelo de desenvolvimento econômico de modo a promover a qualidade de vida e a preservação do ambiente, e a saúde desta e das futuras gerações com a proteção da agrobiodiversidade e da biodiversidade urbana e rural, visando à sustentabilidade socioambiental responsável.
- b. Avanço na reforma agrária fortalecendo a agricultura familiar orgânica e agroecológica, garantindo áreas agrícolas para suas atividades, acompanhada de Assistência Técnica, extensão rural e melhoria da qualidade de vida, diminuindo o êxodo rural e incentivando a diversidade de produção nas comunidades agrícolas.
- c. Garantia de incentivos ao desenvolvimento de tecnologias e práticas de produção e consumo éticos e sustentáveis para, entre outras, a agropecuária, aquicultura e pesca, ecoturismo, extrativismo sustentável, artesanato e economia solidária, por meio de ações, programas e instituições integrados nas três esferas de governo ligadas à saúde, ao meio ambiente e planejamento urbano, promovendo a sustentabilidade socioambiental dos arranjos produtivos locais, com efetivo controle social.
- d. Fortalecimento da política e efetivação das ações de saúde do trabalhador da floresta, do campo, do litoral e da cidade, visando à eliminação da exposição dos trabalhadores aos riscos no ambiente de trabalho e as repercussões na vida do trabalhador e família, a partir da aplicação de alternativas de prevenção, controle e vigilância desses riscos, considerando ainda as populações que residem no entorno dessas áreas.

Tema 2: Infraestrutura

- a. Elaboração, implantação e implementação de política pública de resíduos sólidos local e/ou regional (industriais, resíduos de serviço de saúde, domésticos e resíduos da construção civil, outros) com gerenciamento integrado, para: coleta seletiva, destinação adequada, implantação de usina de processamento de resíduos sólidos urbanos e rurais, política de combate a acidentes com produtos perigosos, reciclagem, estudo de viabilidade com recuperação dos antigos lixões de modo participativo e com controle social.
- b. Implementação das políticas públicas de saneamento básico e ambiental na cidade, no campo, na floresta e litoral, de forma integrada e intersetorial, orientadas pelo modelo de sustentabilidade com a garantia da gestão e controle social.
- c. Priorização da execução de políticas públicas voltadas para a promoção do saneamento básico e ambiental, habitação saudável e mobilidade urbana, como fortalecimento da saúde ambiental brasileira, considerando as peculiaridades territoriais, observando os determinantes da saúde e do meio ambiente.
- d. Universalização do saneamento básico e ambiental nas áreas urbanas, núcleos rurais e comunidades indígenas, quilombolas e outras com proteção dos recursos naturais.

Tema 3: Articulação interinstitucional, ações integradas e Controle Social

- a. Estabelecimento de políticas de Saúde Ambiental nas três esferas de governo, com ações integradas, intra e intersetoriais, e com a participação da comunidade com efetivo controle social para a sustentabilidade socioambiental, para a definição de metas e cumprimento e das diretrizes do Estatuto das Cidades, Plano Diretor, do SUS e da Agenda 21.
- b. Implementação e fortalecimento de políticas públicas integradas entre os órgãos de promoção, prevenção, proteção, vigilância e assistência, saúde ambiental e saúde do trabalhador, infraestrutura, educação, planejamento, meio ambiente e os demais setores que tratam de questões de saúde ambiental para a execução de ações intersetoriais de Saúde Ambiental, com planejamento prévio, comunicação integrada nos diferentes órgãos governamentais e parceiros, garantindo a efetiva participação da sociedade civil e controle social para trabalhar as questões da saúde ambiental e a sustentabilidade socioambiental respeitando as características dos territórios.
- c. Estabelecimento e garantia de políticas públicas estruturantes, permanentes, interdisciplinares, territorializadas e descentralizadas de Saúde Ambiental nas esferas federal, estadual e municipal, visando à sustentabilidade do desenvolvimento socioeconômico ambiental nos âmbitos urbano e rural, mediante a promoção da saúde, do ambiente, da segurança alimentar, do processo de produção sustentável e solidária, do consumo consciente e do comércio justo, levando em consideração as realidades locais e os fatores ambientais determinantes para a ocorrência de zoonoses, pandemias, doenças parasitárias, infecciosas e emergentes.
- d. Garantia de gestão democrática e fortalecimento da participação de todos os segmentos da sociedade civil organizada no controle social visando a uma política permanente de Estado (União, estados, municípios e Distrito Federal) e de sua gestão em saúde ambiental integrando as políticas públicas de saúde, meio ambiente, biodiversidade, agricultura, recursos hídricos e das cidades.

Tema 4: Territórios sustentáveis, planejamento e gestão integrada

- a. Criação, fortalecimento e ampliação de políticas para o reflorestamento das áreas rurais e urbanas, implantação de banco de sementes e viveiros de mudas de espécies nativas pelos municípios, estados e Distrito Federal, priorizando a criação de áreas verdes urbanas, a preservação e recuperação das matas ciliares, considerando o zoneamento de áreas agricultáveis, voltados especialmente para agricultura familiar com incentivos à produção, à comercialização e ao consumo de alimentos orgânicos valorizando a qualidade final de produtos; integrando saúde, educação, meio ambiente e políticas urbanas, fortalecendo a participação popular e controle social.

b. Ampliação de políticas públicas para a construção de sociedades sustentáveis por meio de: manutenção do homem no campo com a promoção da regularização fundiária, com o desenvolvimento de tecnologias limpas visando à conservação e preservação dos biomas incluindo a criação e manutenção de corredores ecológicos e privilegiando o extrativismo natural de forma sustentável. Esses aspectos devem ser inseridos em planos integrados, setoriais e sociais dos municípios, estados, Distrito Federal e da União para garantir a implantação de políticas financeiras estruturantes voltadas às cadeias produtivas rurais e urbanas com base no ordenamento territorial que contemplem também os povos quilombolas, povos da floresta, indígenas e comunidades ribeirinhas, comunidades pescadoras e demais comunidades tradicionais.

c. Planejamento, construção e aplicação de políticas públicas integradas de sustentabilidade socioambiental considerando o uso e ocupação ordenada do solo, incluindo as políticas setoriais, bem como a implantação de uma política de convivência com os biomas e bacias hidrográficas, focalizada na agricultura familiar e agroecológica nas cidades, no campo, nas florestas e no litoral, e a intensificação do gerenciamento e monitoramento das fiscalizações.

d. Implantação, fortalecimento e implementação da sustentabilidade socioambiental nas políticas públicas considerando os espaços urbano e rural, bem como a vulnerabilidade ambiental para a definição do Programa de Territórios de Cidadania considerando as necessidades sociais das populações da cidade, do campo, da floresta e do litoral, promovendo justiça ambiental e inclusão social, com primazia da participação popular.

Tema 5: Educação, informação, comunicação e produção de conhecimento

a. Implantação de políticas socioambientais voltadas para as distintas realidades dos biomas e territórios, com ênfase na saúde e prevenção, para efetivação da Política de Educação Ambiental e fortalecimento da temática saúde ambiental na educação formal em todos os níveis de ensino, na educação não formal e sua inserção no Programa Nacional de Educação Ambiental – Pronea.

b. Implantação de uma política educacional em saúde ambiental desenvolvida de forma intersetorial, nas esferas pública e privada, com métodos que reconheçam a diversidade socioambiental e a pluralidade étnica, racial e de origem, bem como o saber popular na formação permanente de multiplicadores, inclusive nos coletivos educadores para territórios sustentáveis e que garantam a formação de cidadãos e profissionais conscientes do seu papel perante os princípios da sustentabilidade socioambiental.

c. Fortalecimento permanente da Política Nacional de Educação Ambiental/ PNEA, Lei n. 9795/99, em todos os níveis e modalidade de ensino e diversos aparelhos sociais,

nas três esferas de governo, e revisar matrizes curriculares para construção de projetos político-pedagógicos interdisciplinares, transversais, intra e intersetoriais, envolvendo os setores educação, saúde, cidades/saneamento/habitação, meio ambiente, transporte, agricultura e de mobilização social na formulação de políticas de saúde ambiental como mecanismo de promoção da saúde.

d. Criação, implementação e fortalecimento de políticas de educação e pesquisa em saúde ambiental e saúde do trabalhador de forma intersetorial, integrada, permanente e continuada, nas três esferas de governo, com mobilização social integrada dos órgãos da saúde, meio ambiente, educação e cidades.

Tema 6: Marco regulatório e fiscalização

a. Implantar e implementar, nas três esferas de governo, programas que destinem recursos para a redução da vulnerabilidade social dos povos da cidade, do campo e da floresta sob o risco de sofrer agravo a saúde ambiental, garantindo aplicação dos princípios do direito ambiental e fiscalização sistemática, bem como a ampliação do acesso à Justiça.

b. Estruturação da Vigilância em Saúde Ambiental articulada ao Sistema Nacional de Meio-ambiente – Sisnama – como política pública estruturadora, intersetorial e interinstitucional, nas três esferas de governo, com obrigatoriedade da regulamentação, principalmente nos municípios, com estrutura física própria e recursos humanos exclusivos para vigilância em saúde ambiental, garantindo dotações orçamentárias de recurso de gestão própria para área ambiental, desvinculada da epidemiologia. Utilizar sistema de monitoramento e indicadores gerados pelo Sisnama e pelo Datasus com ações específicas em: fatores físico-químicos (ar, água, solo, ambiente de trabalho, produtos perigosos, desastres naturais e risco físico); fatores biológicos (monitoramento, prevenção, controle e/ou combate a vetores de endemias); educação em saúde ambiental para promoção e divulgação da conscientização e popularização das ações das vigilância em saúde ambiental.

c. Fortalecimento da fiscalização dos processos produtivos e monitoramento do Estado, com a participação ativa da sociedade organizada no controle social, conforme o Art. 196 da Constituição Federal, visando a uma produção mais limpa, incluindo a atuação das vigilâncias em saúde de forma integrada, sobre as atividades produtivas com atenção à segurança, à saúde do trabalhador, desenvolvendo-as nas três esferas de governo, assegurando tais atividades em legislação específica.

d. Estabelecer o marco regulatório da política de saúde ambiental, implantando e implementando a infraestrutura de fiscalização e proteção da saúde ambiental.

6.3 Saúde Ambiental e Saneamento

No Brasil, as questões ambientais tradicionalmente relacionadas à saúde foram, durante muitos anos, uma preocupação quase que exclusiva de instituições voltadas ao saneamento básico (água, esgoto, lixo etc.), estando presentes nas propostas governamentais e vinculadas a diversos espaços dentro do aparelho de Estado, notadamente em alguns ministérios como os da Saúde e do Interior, secretarias estaduais e municipais, além de algumas universidades (TAMBELLINI, A. T. & CÂMARA, V. M, 1998).

Para além das ações de saneamento é fundamental que os gestores da saúde avaliem como podem planejar ações e desenvolver a articulação intersetorial necessárias para atuar no campo da Saúde Ambiental, a fim de impactar positivamente na saúde da população.

É consenso na literatura que para promoção da saúde, prevenção e controle dos agravos e doenças, as ações de saneamento básico são fundamentais, constituindo-se também como fator importante no desenvolvimento socioeconômico dos países e na qualidade de vida das pessoas (BANCO MUNDIAL, 2000; FERRANTI, 2003).

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) vem alertando para a grave situação do saneamento no mundo, destacando o fato de que no começo do século XXI mais de 1 bilhão de pessoas não tinham acesso à água potável. Dos 130 milhões de habitantes da região da América Latina e Caribe, mais de 70 milhões não têm acesso a redes de abastecimento de água; mais de 95 milhões de pessoas não recebem serviços de coleta de lixo e destino dos dejetos; e 194 milhões de pessoas vivem em locais em que os sistemas de esgotamento sanitário não têm nenhum tipo de tratamento.

Estudo publicado pelo Ministério da Saúde sobre a evolução do saneamento básico no Brasil no período de 1980 a 2000 demonstrou que o país apresenta insuficiências e desigualdades na distribuição dos serviços de saneamento básico, tanto entre populações urbanas e rurais quanto entre populações urbanizadas.

Para os gestores do SUS é importante considerar as relações entre ações de saneamento e a saúde da população. Torna-se fundamental a análise sobre as doenças cuja transmissão está vinculada às ações de saneamento ou à falta de estrutura adequada deste. A título de exemplo, listamos doenças que estão associadas à situação do saneamento:

- a. Inadequação ou falta de esgotamento sanitário: diarreias; verminoses; teníase; esquistossomose e cisticercose.
- b. Acondicionamento inadequado ou destino final do lixo: dengue, febre amarela, leishmaniose, salmonelose, leptospirose, peste, toxoplasmose, cisticercose, teníase e rickettsioses.

- c. Inadequação do abastecimento de água: dengue, febre amarela, hepatite, poliomielite, cólera; febre tifoide e paratifoide; diarreia; tracoma; conjuntivites, escabiose; leptospirose; esquistossomose e malária.
- d. Inadequação da habitação: doença de Chagas.
- e. Ausência de drenagem: malária.
- f. Condições sanitárias inadequadas ou inexistentes: esquistossomose, diarreias, escabiose, tracoma, conjuntivite e outras verminoses.

Diante dessa situação, urge a necessidade de aproximar as políticas setoriais e construir e implantar instrumentos adequados de planejamento que possibilitem a construção de programas comuns e multisetoriais nesse campo e, nesse sentido, o Ministério das Cidades criado em 2003 tem a missão de combater as desigualdades sociais, transformando as cidades em espaços mais humanizados e ampliando o acesso da população à moradia, ao Saneamento e ao transporte. Compete a esse ministério tratar da Política de Desenvolvimento Urbano e das políticas setoriais de habitação, saneamento ambiental, transporte urbano e trânsito, de forma articulada com estados, municípios e organizações não governamentais, além dos movimentos sociais.

Já as ações de engenharia de saúde pública e de saneamento vinculadas ao Ministério da Saúde são de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde –Funasa, que tem as seguintes atribuições e responsabilidades, desenvolvidas por meio do Departamento de Engenharia de Saúde Pública:

- » abastecimento de água;
- » esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos;
- » tratamento e destinação dos resíduos sólidos;
- » serviços de drenagem para controle da malária;
- » melhoria habitacional para controle da doença de Chagas; e
- » construção para melhoria de condições sanitárias domiciliares.

Essas ações estão voltadas para atender os pequenos municípios e povoados com população de até 30 mil habitantes e as populações diferenciadas, tais como as comunidades indígenas, comunidades remanescentes de quilombos, os assentamentos da reforma agrária, assentamentos rurais e vilas de seringueiros, além de vilas e povoados localizados no Polígono das Secas.

Além disso, a Funasa tem integrado e apoiado outros programas do governo, oferecendo orientação técnica, capacitação e financiamento de equipamentos e insumos,

como é o caso da fluoretação da água no programa “Brasil Sorridente” e no programa “Água na Escola”, implantando o abastecimento de água em escolas rurais e recuperação das instalações sanitárias e cantinas. Para o desenvolvimento das ações de Saneamento Básico, como citado anteriormente, a articulação intersetorial e intrassetorial é a estratégia mais adequada para otimização de recursos para evitar a fragmentação e/ou duplicação das ações, e também se constitui como uma possibilidade de alcançar resultados mais efetivos. Assim, nesse sentido, a Funasa/MS tem realizado parcerias com vários órgãos visando à implantação dos sistemas simplificados de abastecimento de água e melhorias sanitárias domiciliares em áreas de interesse especial.

6.4 O Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental

O Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (incluindo as questões relacionadas ao ambiente de trabalho) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

A coordenação desse subsistema na esfera federal, dentro do Ministério da Saúde, está a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde, através do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, instituído através do Decreto n. 6.860, de 27 de maio de 2009 (BRASIL, 2009).

No Brasil, devido à complexidade da situação, foram identificadas como áreas prioritárias de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental (VSA): o controle da qualidade da água para consumo humano; qualidade do ar; solo contaminado; substâncias químicas; desastres naturais; acidentes com produtos perigosos; fatores físicos (radiações ionizantes e não ionizantes); e ambiente de trabalho. Esses elementos da VSA são abordados sob a óptica da promoção da saúde e da prevenção dos riscos de agravos às populações humanas. A seguir, são detalhadas essas prioridades, buscando identificar o papel de cada uma das esferas de governo.

6.4.1 6.4.1 Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e às normas estabelecidas na legislação vigente e para avaliar os riscos que a água consumida representa para a saúde humana (Portaria GM/MS n. 518, de 25 de março de 2004).

O Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (BRASIL, 2004) tem como objetivo geral desenvolver ações de vigilância em saúde ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano que garantam à

população o acesso à água em quantidade suficiente e qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, para a Promoção da Saúde. Tem ainda como objetivos específicos:

- » Reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica, por meio de ações de vigilância sistemática da qualidade da água consumida pela população;
- » Buscar a melhoria das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água para consumo humano;
- » Avaliar e gerenciar o risco à saúde que as condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água;
- » Monitorar sistematicamente a qualidade da água consumida pela população, nos termos da legislação vigente;
- » Informar a população à qualidade da água e riscos à saúde;
- » Apoiar o desenvolvimento de ações de educação em saúde e mobilização social.

Para atingir os objetivos propostos no programa devem ser desenvolvidas ações segundo as esferas de governo, conforme mostra o quadro 1:

Quadro 1 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO POR ESFERA DE GOVERNO

AÇÕES	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
Coordenação da VQACH			
Normalização e procedimentos			
Desenvolvimento de recursos humanos			
Atuação nos fóruns intra e intersetoriais dos setores afetos a qualidade e quantidade da água			
Desenvolvimento de estudos e pesquisas			
Identificação, cadastramento e inspeção periódica das diversas formas de abastecimento de água (*)			
Estruturação da rede laboratorial para vigilância da qualidade da água para consumo humano (*)			
Avaliação e análise integrada dos sistemas de informação			
Avaliação ambiental e epidemiológica, considerando a análise sistemática de indicadores de saúde e ambiente			
Análise e classificação do grau de risco à saúde das diferentes formas de abastecimentos			

(continuação)

AÇÕES	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL
Atuação junto ao(s) responsável (is) pela operação de sistema ou solução alternativa de abastecimento de água para correção de situações de risco identificadas (*)			
Realização de inquéritos e investigações epidemiológicas, quando requerida (*)			
Disponibilização de informações			
Educação, comunicação e mobilização social			

FONTE: MS / SVS: Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

Obs.: * estas ações poderão ser executadas complementar e suplementarmente pelos níveis estadual e federal de governo,

Para operacionalizar o programa é necessário desenvolver uma série de atividades que dependerão de cada situação, sendo que as atividades básicas estão descritas a seguir:

- » Identificação, cadastramento e inspeção dos sistemas e das soluções alternativas coletivas e soluções individuais de abastecimento de água;
- » Monitoramento da qualidade da água distribuída por sistemas de abastecimento de água e soluções alternativas coletivas. Para as soluções individuais, o monitoramento ficará a critério dos municípios considerando as peculiaridades locais;
- » Desenvolvimento de programas de educação, comunicação e mobilização social voltados para a melhoria das condições de salubridade das soluções individuais de abastecimento de água e das instalações intradomiciliares;
- » Análise dos dados do Sistema de Informações de Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano (Sisagua);
- » Análise epidemiológica a partir dos dados das doenças e agravos de transmissão hídrica correlacionada com os dados do Sisagua;
- » Definição dos indicadores de risco específicos em função das características locais dos sistemas e soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água;
- » Avaliação do programa a partir de indicadores de desempenho predefinidos;
- » Avaliação e classificação dos sistemas de abastecimento de água e das soluções alternativas coletivas por tipo e grau de risco;
- » Avaliação do impacto à saúde dos sistemas de abastecimento de água e das soluções alternativas coletivas e individuais a partir de indicadores predefinidos;
- » Capacitação dos profissionais das vigilâncias em saúde e laboratórios de referência para realizar ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano;
- » Implementação de atividades laboratoriais para atender às necessidades do progra-

ma, no que se refere às análises dos parâmetros constantes na legislação ou outras exigidas pela vigilância;

- » Integração entre as ações previstas no programa com outras do setor saúde relacionadas com a qualidade da água para consumo humano;
- » Definição de instrumentos e mecanismos formais de atuação intra e intersetorial;
- » Acompanhamento e avaliação da aplicação dos recursos financeiros necessários para a implementação e desenvolvimento do programa;
- » Participação nos fóruns de políticas de gestão de recursos hídricos e meio ambiente, com vistas à produção de água potável para os consumidores;
- » Atuação junto aos gestores de saneamento, principalmente os de abastecimento de água para consumo humano, com o objetivo de influir nos critérios de alocação de recursos;
- » Atuação junto ao(s) responsável(is) por sistemas ou soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água garantindo a adoção de medidas corretivas quando da identificação de riscos à saúde.
- » Acompanhar surtos de doenças de transmissão hídrica em articulação com as demais áreas envolvidas, sendo imprescindível, para isso, a articulação da área de vigilância das SES e secretarias municipais de saúde (SMS).

Para coletar e disponibilizar informações sobre os sistemas e soluções alternativas coletivas e individuais de abastecimento de água, para tomada de decisão nas três esferas de gestão do SUS, em 2000 foi desenvolvido o Sistema de Informações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua).

Para consultar e/ou imprimir as informações alimentadas no Sisagua, deve-se proceder da seguinte forma:

- a. Acessar www.saude.gov.br/sisagua
- b. Digitar usuário e senha
- c. Clicar no link “Relatórios”
- d. Selecionar a opção de relatório que se deseja:
 - d.1 Relatório de Listagem – lista todas as informações alimentadas, tais como: dados de cadastros das diversas formas de abastecimento, dados de Controle e Dados de Vigilância.
 - d.2 Relatórios Gerenciais: podem-se verificar as informações qualitativas (relacionadas aos indicadores do Sisagua).
 - d.3 Relatórios de Auditoria: informações quantitativas dos dados alimentados.

Foi definido plano de amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano centrado no número de amostras, pontos de coleta, parâmetros e fre-

quência de análises. Esse plano está sendo utilizado pelo setor saúde no país como referência nacional.

A questão da qualidade da água para consumo humano está inserida nos indicadores de monitoramento do Pacto pela Saúde, dentro do Pacto de Gestão, com o objetivo de reduzir os riscos à saúde humana decorrente do consumo de água com qualidade microbiológica fora do padrão de potabilidade. Para este fim foi incluído o indicador “percentual de realização das análises de vigilância da qualidade da água, referente ao parâmetro coliformes totais” sendo estabelecida como meta para 2010 a realização de ao menos 25% do número de análises recomendadas e para 2011, 30%.

Cabe ainda lembrar que o Decreto Interministerial n. 5.440/2005 institui mecanismos e instrumentos para divulgação de informação ao consumidor sobre a qualidade da água para consumo humano. As prestadoras de serviços de abastecimento de água devem publicar mensalmente nas contas de água um boletim com dados de controle da qualidade da água para consumo humano.

6.4.2 Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Vigipeq)

A Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Contaminantes Químicos (Vigipeq) vem ao encontro da preocupação mundial crescente relativa aos riscos à saúde pública decorrentes da presença de contaminantes químicos nas águas subterrâneas e superficiais, no solo, no ar e na biota.

O Vigipeq tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde visando adotar medidas de promoção da saúde, prevenção e atenção integral das populações expostas, conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Suas ações consistem, portanto, na identificação de populações susceptíveis aos fatores de risco, conhecimento e detalhamento das exposições e atenção integral à saúde das populações expostas a contaminantes químicos.

O Vigipeq está estruturado em três componentes:

- » Exposição humana em áreas contaminadas por contaminantes químicos (Vigisolo);
- » Exposição humana a substâncias químicas prioritárias (Vigiqum);
- » Exposição humana a poluentes atmosféricos (Vigiar).

Modelo de atuação do Vigipeq:

De acordo com o modelo proposto, inicialmente é realizada, por meio da articulação da saúde com outros setores, especialmente os órgãos ambientais, a identificação de áreas com populações expostas a contaminantes químicos. Os dados levantados são inseridos no Sissolo, representando o ponto de partida para o desencadeamento das ações necessárias.

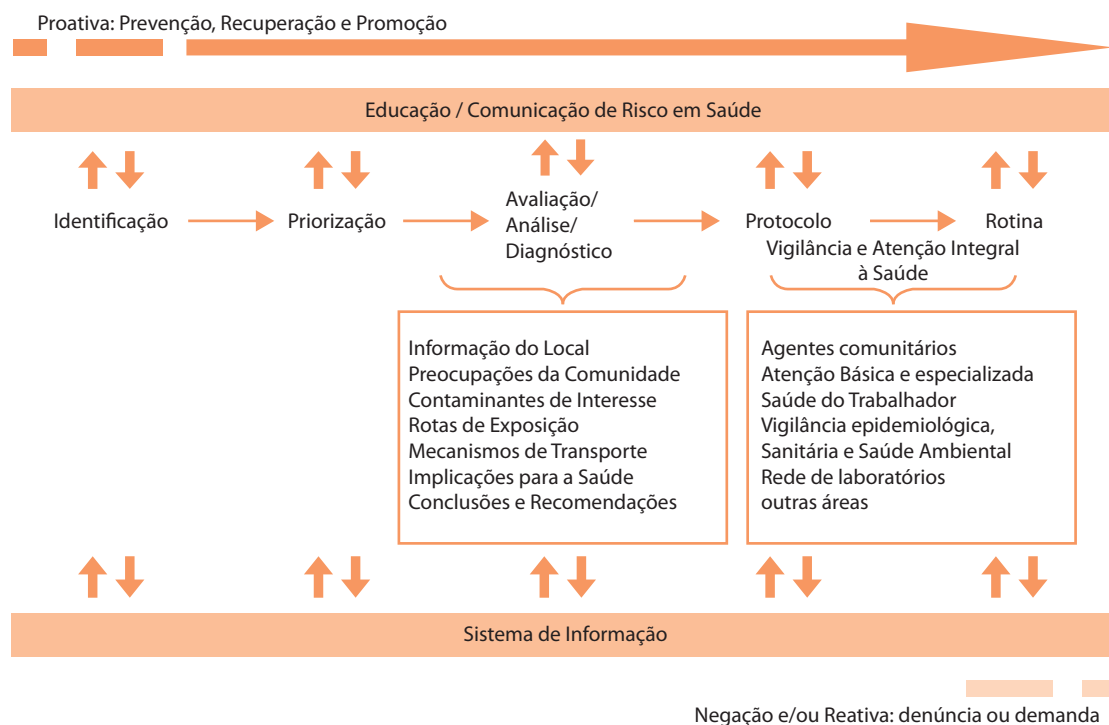
Em seguida, para viabilizar a atuação do setor considerando as prioridades de saúde

pública e a disponibilidade de recursos humanos e financeiros, foram propostas diretrizes gerais para priorização de áreas com populações expostas a contaminantes químicos.

Os dados levantados inicialmente devem ser qualificados com o objetivo de comprovar a contaminação ambiental e a exposição humana, definindo, assim, os contaminantes de interesse e as rotas de exposição, subsidiando assim a elaboração de protocolos de atenção integral à saúde de populações expostas a contaminantes químicos. Os protocolos se propõem a organizar a demanda já existente nos serviços de saúde, buscando atender às especificidades, para, assim, contribuir com a melhoria da qualidade de vida e redução da morbimortalidade pela exposição humana a áreas contaminadas por contaminantes químicos.

A comunicação de risco e o sistema de informação permeiam todas as etapas propostas no modelo de atuação permitindo a divulgação, apropriação das informações e definição de estratégias de ação necessárias para a atenção integral à saúde de populações expostas a contaminantes químicos. A Figura 49 apresenta o modelo de atuação do Vigipeq.

Figura 49: MODELO DE ATUAÇÃO DO VIGIPEQ



FONTE: Ministério da Saúde / SVS / Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador / Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32402 > Acesso em 12/08/2010.

6.4.2.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A SOLO CONTAMINADO (VIGISOLO)

A área técnica conhecida como Vigisolo (Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado) integra o Vigipeq como seu componente de exposição humana a áreas contaminadas por contaminantes químicos. Desenvolve ações de atenção integral à saúde de populações expostas a contaminantes químicos por meio da utilização de instrumentos padronizados, articulação intra e intersetorial e definição de rotinas e fluxos de coleta, análise e divulgação de dados resultantes das ações de vigilância, visando à adoção de medidas de promoção da saúde, prevenção e atenção integral das populações expostas.

O Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas por Contaminantes Químicos (SISSOLO) compreende um conjunto de ações relativas à coleta, processamento e análise de dados, fluxo e divulgação de informações sobre a atenção integral à saúde das populações expostas a áreas contaminadas por contaminantes químicos no país. Esse sistema está implantado em todos os estados brasileiros e, recentemente, foram contabilizadas 3.189 áreas cadastradas, estimando-se mais de 6 milhões de pessoas expostas ou potencialmente expostas a contaminantes químicos. Essa situação aponta para a necessidade de desenvolvimento de ações do setor saúde com vistas à redução de morbimortalidade em decorrência da exposição humana aos contaminantes químicos (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, foram propostas diretrizes e ações de vigilância em saúde às populações expostas a contaminantes químicos que consistem em (BRASIL, 2010):

- » Identificar populações expostas a áreas contaminadas por contaminantes químicos;
- » Definir os contaminantes de interesse e estabelecer as rotas de exposição humana;
- » Elaborar e implementar protocolos de atenção integral à saúde de populações expostas;
- » Disponibilizar e gerenciar o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas por Contaminantes Químicos;
- » Realizar e/ou estimular ações de comunicação de risco e educação em saúde;
- » Gerenciar ações no que se refere à exposição humana a contaminantes químicos, no âmbito federal.

Para a viabilização das ações propostas pelo Vigipeq, faz-se necessária a integração com a Atenção Primária à Saúde, levando-se em consideração a territorialização e as especificidades locais em saúde ambiental, com gradativa inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das equipes de Saúde da Família. Considera-se também a

reestruturação dos processos de trabalho nos serviços de saúde do SUS com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da Vigilância, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial e protocolos de Atenção Integral.

Nessa perspectiva, sobre as características do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, cabe o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir doenças e agravos evitáveis, incluindo a exposição humana a contaminantes químicos.

As informações relativas à caracterização ambiental, como definição das concentrações dos contaminantes químicos, plumas de contaminação, compartimentos ambientais contaminados, dentre outras informações, devem ser obtidas pela articulação intersetorial com os órgãos ambientais competentes, com vistas às atribuições especificadas na Resolução n. 420 do Conselho Nacional do Meio Ambiente – Conama, sem ônus para o setor saúde.

A definição dos contaminantes de interesse e das rotas de exposição humana são informações necessárias para a definição das populações expostas e configura-se estratégia para a interrupção das rotas de exposição favorecendo ações de prevenção e promoção da saúde e contribuem para a diminuição da chance de adoecimento pela exposição humana a contaminantes químicos.

Os protocolos de Atenção Integral à Saúde de Populações Expostas são documentos voltados para situações específicas de exposição humana a contaminantes químicos, que levam em consideração a temporalidade, os contaminantes de interesse para a saúde e como ocorre o contato desses contaminantes com as populações, possibilitando a estruturação, adequação e qualificação do SUS, além da articulação com outros setores para responder às necessidades desse subgrupo da população.

Estes protocolos encontram-se em diferentes estágios de elaboração em diversas localidades, sendo desenvolvidos e coordenados de forma coletiva, por técnicos dos diferentes níveis de gestão, com o objetivo de subsidiar o planejamento e a gestão da saúde para a organização da Vigilância e Atenção às Populações Expostas.

Conforme relatório de subgrupo de trabalho instituído através do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde – GTVS – da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite – CIT para avaliação do impacto financeiro e de gestão no SUS decorrente da implantação da proposta de Portaria que institui o modelo de Atenção Integral à Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas por Contaminantes Químicos, foram identificados como possíveis pontos de impacto da implementação dessa atividade na gestão do SUS:

- » Fortalecimento da intersetorialidade, na busca de informações e estabelecimento de vínculos e fluxos com órgãos ambientais, estado, poderes Judiciário, Legislativo e Executivo, Controle Social, Centros de Ensino e Pesquisas;
- » Qualificação da Rede SUS, devido à capacitação dos profissionais na atenção integral à saúde de populações expostas a contaminantes químicos;
- » Fortalecimento da intrasetorialidade com a elaboração e implantação de protocolos de Atenção Integral de Populações Expostas, considerados como instrumentos de organização da Rede SUS, eliminando as sobreposições de ações e organizando a alocação de recursos financeiros destinados ao setor saúde;
- » Reestruturação dos processos de trabalho nos três níveis de gestão do SUS, com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a construção de uma Rede de Vigilância e Atenção Integral à Saúde, em decorrência da implantação de protocolos de Atenção Integral à Saúde de Populações Expostas a Áreas Contaminadas por Contaminantes Químicos;
- » Otimização dos recursos humanos e materiais;
- » Estabelecimento de ações de curto, médio e longo prazos para atenção integral à saúde de populações expostas assim que definidos os contaminantes de interesse e as rotas de exposição humana, sendo estas informações obtidas diretamente nos órgãos ambientais, sem ônus para a saúde;
- » Inclusão da temática Saúde Ambiental na atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde – APS, favorecendo a ampliação do olhar aos determinantes saúde-doença decorrentes da exposição humana aos contaminantes ambientais, permitindo maior resolutividade das ações de saúde;
- » Favorecimento para que estados e municípios cumpram as programações pactuadas nos três níveis de gestão do SUS (Programação das Ações da Vigilância em Saúde – Pavs) de forma a subsidiar e orientar as ações de Vigilância em Saúde.
- » Aprimoramento dos mecanismos de participação e controle social considerando as particularidades dessa ação.

6.4.2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL RELACIONADA A SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS (VIGIQUIM)

A área técnica conhecida como Vigiquim (Vigilância I em Saúde Ambiental relacionada a Substâncias Químicas) integra o VIGIPEQ como seu componente de exposição humana a substâncias químicas prioritárias (de interesse à saúde pública).

Desenvolve ações voltadas para o conhecimento, a detecção e o controle dos fatores ambientais de risco à saúde, das doenças ou de outros agravos à saúde da população exposta às substâncias químicas classificadas como prioritárias, devido aos riscos à

população. São elas: asbesto/amianto, benzeno, agrotóxicos, mercúrio e chumbo, conforme classificação da Comissão Permanente de Saúde ambiental – Copesa e Comissão Nacional de Segurança Química – Conasq.

A forma de atuação da Vigilância em Saúde Ambiental relacionada a Substâncias Químicas está centrada em três eixos:

- » A vigilância do risco, com a caracterização das substâncias químicas perigosas e o monitoramento de sua presença no ar, no solo nas águas e na cadeia alimentar.
- » A vigilância da população exposta, através de monitoramento epidemiológico e avaliação da intensidade e duração da exposição humana às substâncias químicas perigosas;
- » A vigilância dos efeitos, através da investigação da ocorrência de agravos sobre a saúde humana e do acompanhamento da população exposta a curto e a longo prazo.

Ainda no escopo do Vigiquim, está inserida a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada aos acidentes com produtos perigosos, que envolvem desde a identificação das potenciais fontes de riscos até o monitoramento das populações expostas, bem como o acompanhamento das ações de prevenção, preparação, resposta, mitigação e controle desenvolvidos pelas diferentes instituições públicas envolvidas com os acidentes com produtos perigosos.

Nessa área específica, cabe às secretarias estaduais de Saúde uma extensa articulação com os órgãos ambientais, de defesa civil e companhias de abastecimento de água, para a preparação de planos integrados de ação.

Dentre as ações básicas e estratégicas destacam-se a identificação e caracterização das substâncias químicas, como parte das ações de vigilância e monitoramento das alterações na saúde das populações expostas.

Para a vigilância epidemiológica das intoxicações por agrotóxicos foi implantada no Sinan a ficha de notificação compulsória denominada Ficha de Intoxicações Exógenas. A partir das notificações realizadas serão extraídas as informações necessárias ao desencadeamento das ações de vigilância relacionadas aos agrotóxicos.

A vigilância em saúde ambiental relacionada ao amianto já vem sendo realizada em diversos estados. Essa vigilância vem sendo desenvolvida por meio do Sistema de Monitoramento de Populações Expostas a Agentes Químicos (Simpeaq), que integra dados da saúde e meio ambiente relacionado às populações expostas aos referidos agentes químicos.

Considerando a necessidade de identificar os trabalhadores expostos e aqueles anteriormente expostos ao asbesto e amianto, foi publicada a Portaria GM/MS n. 1.851/2006

que aprova os procedimentos e critérios para o envio, pelas empresas, da listagem dos profissionais que se enquadrem nessa situação. As listagens deverão ser protocoladas, impreterivelmente, até o primeiro dia útil do mês de julho de cada ano na Secretaria Municipal de Saúde ou no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador ou no Serviço de Vigilância à Saúde do Trabalhador das secretarias estaduais de saúde. Na inexistência dos órgãos citados, as listagens deverão ser enviadas para o Serviço de Vigilância em Saúde do SUS onde a empresa estiver situada.

No âmbito das secretarias estaduais de saúde, o funcionamento adequado desse sistema depende da articulação e cooperação entre as áreas de vigilância ambiental, de vigilância dos agravos e doenças não transmissíveis e de saúde do trabalhador. No âmbito intersetorial, necessita da articulação com as secretarias estaduais do Trabalho, do Meio Ambiente e da Agricultura.

6.4.2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL RELACIONADA À QUALIDADE DO AR (VIGIAR)

A área técnica conhecida como Vigiar (Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade do Ar) integra o Vigipeq como seu componente de exposição humana a poluentes atmosféricos, que desenvolve ações visando à promoção da saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos. Seu campo de atuação prioriza as regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas.

O Vigiar tem como objeto de atuação a saúde da população no que se relaciona à exposição aos fatores ambientais de risco decorrentes da poluição atmosférica. Tem como objetivos específicos:

- » Prevenir e reduzir os agravos à saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos;
- » Avaliar os riscos à saúde decorrente da exposição aos poluentes atmosféricos;
- » Identificar e avaliar os efeitos agudos e crônicos decorrentes da exposição aos poluentes atmosféricos;
- » Estimular a intersetorialidade e interdisciplinaridade entre os órgãos que possuam interface com a saúde no que diz respeito às questões de qualidade do ar;
- » Subsidiar o setor Ambiental na formulação e execução de estratégias de controle da poluição do ar, tendo em vista a proteção da saúde da população;
- » Fornecer elementos para orientar as políticas nacionais e locais de proteção à saúde da população perante os riscos decorrentes da exposição aos poluentes atmosféricos.

A atuação do Vigiar é priorizada em regiões onde existem diferentes atividades de natureza econômica ou social que emitem poluentes atmosféricos, caracterizando-se como um fator de risco às populações expostas. Essas regiões denominadas pelo Vigiar como Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de interesse para a Saúde (4 AS) constituem-se em: áreas metropolitanas, centros industriais, áreas sob impacto de mineração e áreas sob influência de queima de biomassa.

A partir de abril de 2006, a metodologia para o mapeamento das 4 AS vem sendo construída com o intuito de identificar os grupos populacionais expostos à poluição atmosférica e avaliar o risco a que essas populações estão submetidas de maneira a direcionar as atividades de Vigilância propriamente dita. Para viabilizar a coleta e análises de dados, que subsidiarão uma das fases do mapeamento das 4 AS, foi elaborado o Manual do Usuário para o desenvolvimento de banco de dados, para subsidiar a caracterização da situação de saúde da população exposta aos poluentes ambientais de interesse para o Vigiar (SO₂ – Dióxido de Enxofre; CO₂ –Dióxido de Carbono; e partículas inaláveis: PM 10 (10 micrômetros) e PM 2,5 (2,5 micrômetros).

Em resumo, a atuação nessa área exige uma gestão interdisciplinar e intersetorial que envolva políticas e ações dos órgãos ambientais, de desenvolvimento urbano e industrial.

6.4.3 Vigilância em Saúde Ambiental relacionada a Fatores Físicos (Vigifis):

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada a Fatores Físicos cobre ampla faixa de agentes ambientais possivelmente capazes de causar danos à saúde humana. No entanto, tem desenvolvido ações na parcela desses agentes correspondente a radiações eletromagnéticas tanto ionizantes quanto não ionizantes. Dessas ações, as que resultaram numa proposta concreta de Programa Nacional foram as relacionadas a campos eletromagnéticos, nas frequências compreendidas entre 0 e 300 MHz, que cobrem as emissões de linhas de transmissão e distribuição de eletricidade e as estações de radiobase e terminais móveis para telefonia sem fio, entre outras.

Desde 2001, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo esforços para proteção de saúde humana relacionada a campos eletromagnéticos compreendendo desenvolvimento de políticas públicas, pesquisa científica e regulamentação legal. O Programa de Vigilância em Saúde Ambiental relacionado a Fatores Físicos (Vigifis) priorizou sua atuação em exposições humanas a radiações eletromagnéticas não ionizantes (RNI) e ionizantes (RI).

Para as radiações não ionizantes está sendo proposto um modelo de vigilância baseado no conceito de mapa de exposição, que registra a intensidade da exposição sobreposta

à dinâmica populacional e estruturas urbanas. Com o objetivo de avaliar e recomendar aspectos normativos relacionados à exposição humana a campos eletromagnéticos – CEM – no espectro de 0 Hz a 300 GHz e identificar e conciliar a legislação referente aos limites de exposição humana a campos eletromagnéticos no espectro de 9 kHz a 300 GHz foram constituídos Grupos de Trabalho (GT), mediante portaria do Ministério da Saúde. Como resultado das propostas dos GTs, foi instituída pelo Decreto Presidencial de 24 de agosto de 2005 a Comissão Nacional de Bioeletromagnetismo, na qual o Ministério da Saúde, por meio da SVS/CGVAM, é encarregado da Secretaria-Executiva. Essa Comissão tem por objetivo propor a política nacional para uso de equipamentos e serviços de emissões de radiações não ionizantes.

No que se refere às radiações ionizantes, o Ministério da Saúde, como integrante do Sistema de Proteção ao Programa Nuclear Brasileiro, propôs a Política de Uso do Iodeto de Potássio em Emergências Nucleares, medicamento utilizado na prevenção dos efeitos à saúde humana provocados pela exposição à radioatividade. Atualmente, essa política encontra-se em discussão por outros Ministérios que integram o referido Sistema.

6.4.4 Vigilância em Saúde Ambiental dos riscos decorrentes dos Desastres Naturais (Vigidesastres)

A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos Desastres Naturais tem como principal objetivo desenvolver um conjunto de ações continuadas para reduzir a exposição da população aos riscos de desastres com ênfase nos desastres naturais, inundações, deslizamentos, secas e incêndios florestais, assim como a redução das doenças e agravos decorrentes dos mesmos.

Tem ainda como objetivos específicos:

- » Estruturar e habilitar, em especial a Vigilância em Saúde Ambiental, para a gestão dos desastres naturais no setor saúde;
- » Garantir que os sistemas, procedimentos e recursos físicos, humanos, financeiros e tecnológicos estejam preparados para proporcionar uma assistência rápida e efetiva às vítimas de desastres naturais, facilitando, assim, as medidas de socorro e o restabelecimento da infraestrutura dos serviços relacionados com a saúde e o bem-estar da população.
- » Reduzir os danos à infraestrutura sanitária e de saúde.

O Programa Vigidesastres baseia-se nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e é composto pelo modelo, campo e forma de atuação, com proposta de ações básicas e estratégicas, competências e atribuições para os três níveis de governo. Sua gestão

compete à Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS – no âmbito federal, e às secretarias estaduais e municipais de saúde ou órgãos equivalentes nos estados e municípios.

A gestão do Vigidesastres deve contemplar ações que integram as estratégias de gestão do risco com seus componentes de: planejamento, gerenciamento, acompanhamento da evolução do risco, monitoramento e avaliação das ações, dirigida à redução do risco, ao gerenciamento de desastres e à recuperação dos efeitos à saúde humana. As estratégias têm como objetivo a Proteção da Saúde da população contra as consequências dos desastres, considerando a magnitude do risco para a definição das prioridades, e respeitar as estruturas organizacionais existentes. Devem estar em consonância com as políticas e programas no âmbito da Vigilância em Saúde Ambiental e com as ações articuladas pelos órgãos que integram o Sistema Nacional de Defesa Civil – Sindec.

As responsabilidades da atuação do Ministério da Saúde em desastres estão previstas no Sistema Nacional de Defesa Civil, Decreto n. 5.376, de 17 de fevereiro de 2005.

O Vigidesastres integra a Comissão de Desastres do Ministério da Saúde, regulamentada pela Portaria n. 372, de 10 de março de 2005, e tem o objetivo de desenvolver ações de vigilância ambiental em saúde relacionadas a enchentes, secas, deslizamentos e incêndios florestais. A prevenção visa a minimizar os danos à saúde das populações atingidas e alertar as unidades locais de atendimento.

Os desastres podem afetar a saúde pública sob diversos aspectos:

- » Provocam um número inesperado de mortes, ferimentos ou enfermidades e congestionam os serviços locais de saúde;
- » Danificam a infraestrutura local de saúde e alteram a prestação de serviços de rotina e ações preventivas, com graves consequências em curto, médio e longo prazo, em termos de morbimortalidade;
- » Comprometem o comportamento psicológico e social das comunidades;
- » Causam escassez de alimentos com graves consequências nutricionais;
- » Provocam deslocamentos espontâneos da população, acarretando risco epidemiológico;
- » Aumentam a exposição climática da população desabrigada;
- » Destroem ou interrompem os sistemas de produção e distribuição de água, dos serviços de limpeza urbana e esgotamento sanitário, o que favorece a proliferação de vetores;
- » Aumenta o risco de enfermidades transmissíveis.

Forma de atuação

A atuação do Programa será baseada na gestão do risco, que integra o processo eficiente de planejamento, organização, implementação e controle dirigido à sua redução, o gerenciamento do desastre e a recuperação dos efeitos à saúde humana, contemplando-o em todo o seu ciclo:

- » Antes do desastre: prevenção, mitigação, preparação e alerta;
- » Durante: fase de resposta;
- » Depois: reabilitação e reconstrução.

Redução do risco: as atividades realizadas nessa área destinam-se a eliminar ou reduzir o risco, de maneira que se possa diminuir o impacto dos desastres. O tema deve ser abordado intersetorialmente e de uma maneira proativa e integral. Nessa fase, podem-se distinguir dois componentes:

- » **Prevenção:** compreende as ações destinadas a eliminar ou reduzir o risco, evitando a apresentação do evento ou impedindo os danos, por exemplo, evitar ou limitar a exposição das pessoas à ameaça. É difícil implementar medidas que neutralizem completamente um risco, sobretudo se é uma ameaça de origem natural de ocorrência de forma brusca, como um furacão ou um terremoto. A prevenção adquire sua maior importância e máxima aplicação nos processos de desenvolvimento futuro, quando se planeja, por exemplo, a construção de edificações, particularmente os hospitais ou postos de saúde, incluindo o conceito de prevenção como uma variável a mais nos critérios de tomada de decisão.
- » **Mitigação:** é o conjunto de ações destinadas a reduzir os efeitos gerados pela apresentação de um evento. Sua implementação tem por objetivo diminuir a magnitude do evento e, conseqüentemente, reduzir ao máximo os danos. Algumas de suas atividades são: a instrumentação e a investigação de fenômenos potencialmente perigosos, a identificação de áreas de risco e da população exposta, a elaboração de normas sobre o manejo dos recursos naturais, códigos de construção e a implementação de medidas para reforçar as estruturas e melhorar a proteção das edificações, especialmente das instalações de saúde.

Gerenciamento dos Desastres: nessa etapa, prevê-se a melhor forma de enfrentar o impacto dos desastres e seus efeitos à saúde humana; engloba também a execução daquelas ações necessárias para uma resposta oportuna. Contempla três componentes, a saber:

- » **Preparação:** é o conjunto de medidas e ações encaminhadas a reduzir ao mínimo as perdas de vidas humanas e outros danos. Compreende atividades de

desenvolvimento de planos de contingência ou de procedimentos segundo a natureza do risco e seu grau de afetação, bem como acompanhar a elaboração de planos para a busca, o resgate, o socorro e a assistência às vítimas.

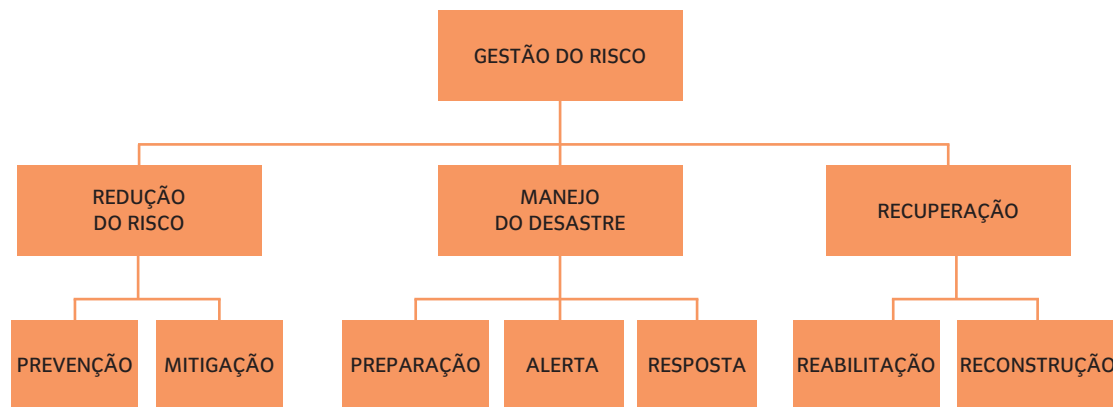
- » **Alerta:** é o estado gerado pela declaração formal da apresentação iminente de um desastre pela Meteorologia. Não somente se divulga a proximidade do desastre, mas também se desencadeiam as ações de preparação do Setor Saúde. As comunidades podem estabelecer redes locais de comunicação entre instituições que permitam alertar a população antes da ocorrência de um evento adverso. É importante que o setor saúde faça parte dessa rede de comunicação para contar com a informação oportuna e oferecer atenção de forma imediata.
- » **Resposta:** compreende as ações preparadas antes de um evento adverso e que tem por objetivo salvar vidas, reduzir o sofrimento humano e diminuir as perdas materiais. Alguns exemplos de atividades típicas dessa etapa são a busca e resgate das pessoas afetadas, a assistência médica, o abrigo temporário, distribuição da água de consumo humano, de alimentos, de roupas e a avaliação dos danos.

Recuperação dos efeitos: nessa etapa, implantam-se as medidas que iniciam o processo de restabelecimento das condições de vida da comunidade afetada. Engloba dois grandes aspectos: um, que tende a restabelecer os serviços básicos indispensáveis – entre eles, o abastecimento da água e esgotamento sanitário, a energia elétrica, o sistema de comunicação, num curto prazo e de forma transitória; e no segundo momento, direcionam-se as soluções permanentes e de longo prazo. A recuperação é uma oportunidade para desenvolver e aplicar as medidas de redução de risco de desastres futuros. Nessa etapa identificam-se dois componentes:

- » **Reabilitação:** compreende o período de transição que se inicia ao final da resposta. Nessa fase, por exemplo, os serviços de saúde e de saneamento que forem atingidos devem ter reiniciado o seu funcionamento ou ser reconstruídos para continuar a prestar assistência aos afetados;
- » **Reconstrução:** é o processo de reparação da infraestrutura física e do funcionamento definitivo dos serviços da comunidade.

Figura 50: FORMA DE ATUAÇÃO SEGUNDO A GESTÃO DO RISCO X CICLO DOS DESASTRES

A Gestão de Risco integra as estratégias de intervenção nas condições de vulnerabilidade em todas as etapas: redução dos riscos, gerenciamento dos desastres e a recuperação dos efeitos. Essas fases não formam um processo linear, mas sim um ciclo no tempo, conforme apresentado abaixo:



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais. 2007

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_vigidesastres.pdf> Acesso em 12/08/2010.

Ações básicas para a gestão dos riscos dos desastres naturais:

a. Ações básicas para a redução do risco:

- a.1 Identificação das áreas de risco de desastres com probabilidade de impacto na saúde humana;
- a.2 Identificação das comunidades vulneráveis e caracterização dessas vulnerabilidades;
- a.3 Elaboração de mapas de riscos à saúde humana relacionados aos desastres naturais em ação conjunta com outros órgãos e a comunidade;
- a.4 Análise de risco segundo a classificação do desastre e gravidade para a população;
- a.5 Monitoramento das populações humanas expostas aos fatores de risco dos desastres naturais;
- a.6 Estabelecimento de indicadores, sistemas de informação e avaliação das ameaças à saúde humana;
- a.7 Elaboração de plano de contingência de Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos desastres naturais;
- a.8 Elaboração da avaliação de impacto do desastre natural na saúde humana;
- a.9 Acompanhamento das ações de prevenção, mitigação e de formulação de estraté-

gias de redução do risco;

a.10 Adoção de medidas que facilitem a tomada de decisão das instituições visando à redução do risco.

b. Ações básicas para o Gerenciamento dos Desastres:

Fase de Preparação

b.1 Elaborar o Plano de Contingência ou de procedimentos segundo a classificação do desastre e seu grau de intensidade e sua frequência, bem como das ações relativas à resposta rápida;

b.2 Analisar os dados e monitorar as ameaças ou perigos;

b.3 Definir os meios e formas de comunicação à população;

b.4 Adotar medidas que facilitem as tomadas de decisão e otimização das respostas do setor saúde;

b.5 Sensibilizar os gestores e lideranças comunitárias para a adoção de medidas preventivas;

b.6 Capacitar os recursos humanos e prever recursos físicos, tecnológicos, materiais e financeiros para o atendimento aos desastres naturais;

b.7 Elaborar cenários para atendimento de desastres naturais;

b.8 Elaborar fluxogramas de responsabilidades e atividades necessárias para desencadear a resposta.

Fase de Alerta

b.9 Acompanhar a divulgação dos alertas preventivos.

Fase de Resposta

b.10 Implementar as ações previamente determinadas para o setor saúde;

b.11 Acompanhar as ações de busca, resgate, socorro, evacuação e Assistência Médico-Hospitalar às vítimas;

b.12 Acompanhar as ações desenvolvidas nos abrigos;

b.13 Monitorar a morbimortalidade e outros impactos à saúde humana;

b.14 Avaliar o impacto imediato;

b.15 Manter um registro consolidado e atualizado com dados objetivos sobre danos humanos e materiais de interesse sanitário para prestar informações e preparar informes às autoridades competentes;

b.16 Manter um registro consolidado e atualizado das atividades realizadas pelo setor saúde; Disponibilizar informações para os órgãos de comunicação e a população

por meio da autoridade competente ou pessoa autorizada;

b.17 Intervir, de forma oportuna e eficaz, aportando os recursos necessários para o atendimento da população e da região afetada;

c. Ações básicas para a recuperação dos efeitos:

c.1 Avaliar integralmente os danos e estimar as necessidades na região do desastre;

c.2 Desenvolvimento de ações de vigilância de forma articulada e sistemática com outros serviços na avaliação dos fatores de risco ambiental com impacto na saúde humana;

c.3 Sensibilizar os gestores e lideranças comunitárias para a adoção de medidas corretivas ou de recuperação, com vistas ao retorno à normalidade ou à melhoria da situação anterior;

c.4 Acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas pelas diferentes instituições públicas com vistas ao retorno das condições de vida da comunidade e das instalações de saúde afetadas à normalidade;

c.5 Coordenar os sistemas de atenção às vítimas;

c.6 Gerenciar as ações de saúde ambiental;

c.7 Participar de reuniões, providenciando recursos, acompanhando a execução das ações e preparando informações à comunidade sobre as atividades a serem desenvolvidas;

c.8 Colaborar ativamente com outras instituições públicas nas ações de recuperação dos danos decorrentes dos desastres naturais.

c.9 Coordenar as atividades de reabilitação e reconstrução da região afetada:

c.10 Analisar a resposta integral, pois os resultados servirão de base para a reconstrução, mitigação e preparação.

Atribuições dos estados e do Distrito Federal na Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais:

a. Propor a criação de um comitê técnico intrasetorial de acompanhamento aos municípios na estruturação e na elaboração de normas pertinentes à redução de riscos;

b. Participar do comitê intersetorial de planejamento e redução de riscos de desastres;

c. Assessorar os municípios na identificação das áreas de risco para a saúde pública e a população exposta;

d. Participar, em conjunto com as demais áreas de atuação da Secretaria Estadual de Saúde na consolidação de mapas de riscos e recursos (físicos) disponíveis e necessários

de abrangência estadual para a gestão dos desastres, a partir dos mapas municipais.


- e. Assessorar os municípios na avaliação dos danos e necessidades em saúde em situação de desastre;
- f. Coordenar e supervisionar as ações de vigilância em saúde ambiental dos riscos decorrentes dos desastres naturais, com ênfase naquelas que exija simultaneidade em mais de um município;
- g. Executar ações de vigilância em saúde ambiental dos riscos decorrentes dos desastres naturais em caráter excepcional, de forma complementar à atuação dos municípios, nas seguintes situações:
 - g.1 Em circunstâncias especiais de risco à saúde que superem a capacidade de resposta do nível municipal; e/ou
 - g.2 Situações que envolvam mais de um município;
- h. Gerenciar sistemas de informações relativas à vigilância em saúde ambiental dos riscos decorrentes dos desastres naturais, em conformidade com o SUS;
- i. Coordenar e executar as atividades relativas à comunicação de risco à saúde decorrente dos desastres naturais;
- j. Assessorar os municípios na área de vigilância em saúde ambiental de risco à saúde decorrente dos desastres naturais;
- k. Propor e executar programas de desenvolvimento de recursos humanos em vigilância ambiental dos riscos decorrentes dos desastres naturais;
- l. Fomentar, propor e executar programas de capacitação comunitária, relacionadas aos riscos decorrentes dos desastres naturais;
- m. Interagir com outras instituições na elaboração de normas e mecanismos de controle nos aspectos de interesse à vigilância em saúde ambiental dos riscos decorrentes dos desastres naturais;
- n. Articular com a Defesa Civil e assessorar no que for pertinente.

6.5 Conclusão

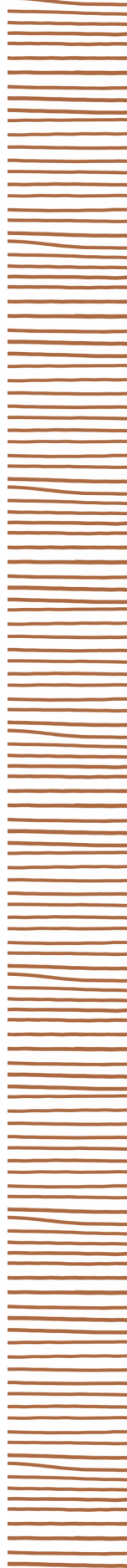
A implantação da área de Vigilância em Saúde Ambiental iniciou-se, em 2000, no Sistema Único de Saúde e, por esse motivo, foram detalhadas no presente capítulo as atividades inicialmente priorizadas, considerando que o espectro dessa área é muito abrangente. O financiamento dessas ações pode ser viabilizado com os recursos do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, através do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde (Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde), assim como outros recursos que sejam disponibilizados no orçamento da Secretaria Estadual de Saúde. Trata-se de uma


área que exige uma extensa articulação intra e intersetorial, notadamente com os órgãos de meio ambiente, agricultura e as empresas de saneamento.

Nesse contexto, é muito importante implementar a estruturação dessa área em todas as Secretarias Estaduais de Saúde, bem como apoiar esse processo nas secretarias municipais.



7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

- 7.1** Introdução: A relação saúde, doença e trabalho
 - 7.2** Conceituando: saúde do trabalhador, trabalho e trabalhador
 - 7.3** Principais fatores de risco para a saúde do trabalhador
 - 7.4** Situação epidemiológica da saúde do trabalhador no Brasil
 - 7.5** Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)
 - 7.6** Financiamento das ações da saúde do trabalhador
 - 7.7** Conclusão
- 



7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

7.1 Introdução: A relação saúde, doença e trabalho

Desde a antiguidade até os dias de hoje, o sofrimento causado ou agravado pelas condições inadequadas do ambiente, das condições e da organização do trabalho tem sido objeto de inúmeras pesquisas. Os dados obtidos preocupam gestores, estudiosos e a sociedade em geral. O estudo das relações saúde, doença e trabalho têm como marco histórico a publicação do livro *De Morbis Artificum Diatriba*, de Bernadino RAMAZZINI, ocorrida na Itália no ano de 1700, que descreveu, através de uma abordagem epidemiológica, uma série de doenças associadas a mais de cinquenta ocupações. Desde então, inúmeros estudos abordando esse tema vêm sendo realizados em todos os países do mundo, inclusive no Brasil, buscando estabelecer a relação existente entre o trabalho e o processo saúde-doença, que vão se materializar nas formas de sofrimentos, adoecimentos, acidentes e mortes.

No Brasil, os primeiros estudos realizados com essa temática nos remetem ao período entre 1880 a 1903, quando dez teses de doutorado foram apresentadas à Faculdade de Medicina da Bahia, todas versando sobre a intoxicação crônica profissional por chumbo (MENDES, 1980), demonstrando, assim, que, já naquela época, os estudiosos brasileiros da relação saúde-doença preocupavam-se com as doenças provocadas pelo trabalho.

É importante lembrar que o processo da industrialização brasileira se deu de forma tardia e ao mesmo tempo acelerada, permitindo que, na atualidade, conviva-se com a existência de ambientes e condições de trabalho que variam desde os cenários mais “tecnologizados” às condições mais rudimentares de trabalho, inclusive com a existência de trabalho escravo e infantil.

Dessa forma, convivemos com as consequências advindas das contínuas transformações que se operam no mundo ocidental geradas desde a revolução industrial à globalização da economia e à entrada no mercado de novas tecnologias altamente sofisticadas. Todo esse processo modifica de forma significativa o ambiente, as condições e a organização do trabalho, interferindo no processo saúde/doença dos trabalhadores.

Ressalta-se que a vida no ambiente de trabalho e fora do ambiente de trabalho, ou seja, os espaços da produção e do consumo estão de tal forma interligados que não é

possível separá-los e, assim, eles se autoinfluenciam. As condições nas quais o trabalho é realizado podem atuar tanto na melhoria das habilidades humanas – oferecendo melhor qualidade de vida e saúde – quanto provocando o adoecer, o agravamento do adoecer e até mesmo diminuindo os anos potenciais de vida dos trabalhadores.

Soma-se a isso a relação entre diversos processos produtivos e o meio ambiente, acarretando problemas de saúde para as populações em geral. Podem-se citar como exemplos a agricultura, que acarreta contaminação ambiental (solo, água e ar) por agrotóxicos, as indústrias siderúrgicas, que têm provocado intensa poluição do ar, acarretando inúmeros problemas respiratórios para as populações circunvizinhas (BRASIL, 2001).

A alteração no perfil da morbimortalidade dos trabalhadores brasileiros, inseridos no mercado formal ou informal de trabalho, tem sido um alerta para a gravidade do problema. Observa-se aumento nos acidentes do trabalho, na prevalência de doenças profissionais ou do trabalho, no número de afastamentos, nas aposentadorias por invalidez, no absenteísmo, nos sofrimentos mentais e psicológicos – quer sejam diretamente nos trabalhadores, quer nas suas relações sociais e familiares.

Se quisermos entender e intervir no processo saúde e doença das populações, o trabalho e as condições de trabalho constituem-se em elementos de referência centrais.

7.2 Conceituando: saúde do trabalhador, trabalho e trabalhador

Saúde do Trabalhador

“Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nessa acepção, considera-se a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico. Parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações deve ser a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.” (BRASIL, 2001)

Por um lado, o trabalho representa uma dimensão fundamental na estruturação do homem (individual e coletivo), no que se refere ao desenvolvimento de suas capacidades cognitivas, psicológicas, espiritual, como também, em relação à garantia das condições materiais de sobrevivência. Por outro, ele tem sido, ao longo dos tempos, provocador de sofrimentos, adoecimentos e morte. Ou seja, os trabalhadores adoecem e morrem por causas relacionadas ao trabalho, como consequência direta das atividades profissionais que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi

realizado. Dessa forma, o trabalho impacta sobre o perfil de morbimortalidade dos trabalhadores, contribuindo de forma direta – os acidentes de trabalho e as chamadas doenças profissionais –, e de forma indireta, nas chamadas doenças relacionadas com o trabalho.

Os trabalhadores sofrem de adoecimentos que são próprios da forma como estão inseridos nos espaços produtivos, como também compartilham com a população geral seus perfis de adoecimento e morte, em função da faixa etária, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco.

O quadro 2, abaixo, apresenta a classificação de Schilling (BRASIL, 2001), que demonstra de forma esquemática as relações entre o trabalho e o processo saúde-doença.

Quadro 2 CLASSIFICAÇÃO DE SCHILLING DAS DOENÇAS SEGUNDO SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO

CATEGORIA	EXEMPLOS
I - Trabalho com causa necessária	Intoxicação por chumbo, agrotóxicos, mercúrio etc.
	Perda Auditiva induzida pelo ruído de origem ocupacional (PAIRO).
	Pneumoconioses: silicone, asbestose etc.
	“doenças profissionais” (legalmente reconhecidas)
II - Trabalho como fator contributivo, mas não necessário	Doenças cardiovasculares: hipertensão arterial, doenças coronarianas, etc.
	Varizes dos membros inferiores
	Doenças do aparelho locomotor (LER/DORT)
	Neoplasias/Câncer
III - Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida	Pneumopatias: bronquite crônica, asma ocupacional
	Dermatite de contato alérgica
	Doenças e sofrimentos mentais

FONTE: Brasil. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da Opas/OMS. Doenças relacionadas ao Trabalho - Manual de Procedimentos para os serviços de saúde.

- » As doenças do Grupo I são representadas por quadros patológicos no qual o trabalho é causa necessária, essencial para o seu surgimento. Materializam-se através das intoxicações exógenas agudas ocupacionais e pelas “doenças profissionais” (BRASIL, 2001).
- » No Grupo II estão as doenças em que o trabalho é um fator de risco contributivo, mas não necessário/essencial. Ou seja, nesse grupo estão as doenças provocadas por múltiplos fatores de riscos, podendo o trabalho estar entre elas. São exemplificadas pelas chamadas doenças “comuns” e que podem ser mais prevalentes ou

surgirem de forma mais precoce em determinados grupos de trabalhadores, e para as quais, onexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. Constituem exemplos típicos desse grupo a hipertensão arterial, a tenossinovite, os cânceres, entre outras. Essas patologias poderão ser mais prevalentes em trabalhadores expostos a determinados riscos, tais como: ruído, trabalho em turnos, repetitividade, posturas inadequadas, solventes orgânicos, agrotóxicos etc.

- » Por fim, nas doenças do Grupo III, estão caracterizadas aquelas em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador da doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, o trabalho atua como “concausa” (causa concomitante). São exemplos típicos as doenças alérgicas da pele e do aparelho respiratório e os distúrbios mentais. Esses quadros também são prevalentes em determinados grupos ocupacionais ou profissões, tais como: trabalhadores de fábricas de borrachas, de plásticos, de calçados, de oficinas mecânicas, de *telemarketing* etc.

Trabalho

“Processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza, colocando em movimento as suas capacidades físicas, cognitivas e psicológicas.” Atuando assim sobre o mundo externo e modificando-o, ao mesmo tempo modifica a si próprio. A palavra trabalho se constitui na síntese de toda atividade humana: esforço, transformação, ofício, profissão, discurso, dissertação; atividade escolar, de grupo, de organizações e instituições; esforço, fadiga, obra, obra artística e até como saudação a vida, trabalho de parto (SILVERI, 1995).

Apesar dos avanços nas duas últimas décadas, os cenários do mundo do trabalho apresentam-se ainda bastante desfavoráveis para a Saúde dos Trabalhadores. Desemprego estrutural, rebaixamento dos níveis salariais, exigências crescentes de qualificação no mercado formal, desregulamentação e perda de direitos trabalhistas, informatização do trabalho, aumento do trabalho temporário e autônomo, da terceirização nos diversos setores econômicos, do trabalho em domicílio e fragilização das organizações sindicais, acrescido de crescente utilização de milhares de substâncias químicas, são algumas das características desse quadro, acarretando diversos e diferentes problemas de saúde para a população trabalhadora.

Um dos aspectos mais importantes desse momento de estruturação dos processos produtivos e que precisa ser destacado diz respeito à “execução de atividades de trabalho no espaço familiar, acarretando a transferência de riscos/fatores de riscos ocupacionais para o fundo dos quintais ou mesmo para dentro das casas, num processo conhecido como domiciliação do risco” (BRASIL, 2001).

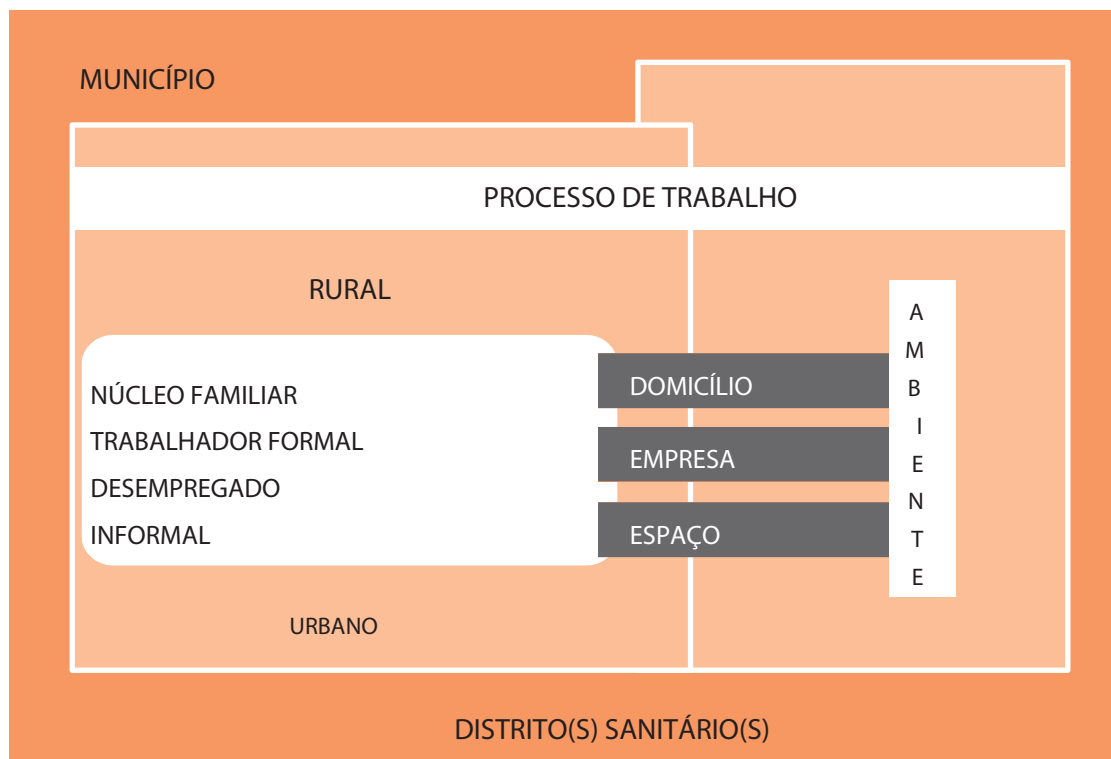
É preciso considerar, também, os diversos problemas de saúde aos quais está sujeita a população em geral, em função da contaminação ambiental provocada por processos produtivos danosos ao meio ambiente. Podem-se citar como exemplos os agrotóxicos, os garimpos, as reformadoras de baterias, as indústrias siderúrgicas, cuja contaminação ambiental pode acarretar danos à saúde da população em geral, além dos específicos para os trabalhadores.

Trabalhador

São considerados como trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, independentemente da sua forma de inserção no mercado de trabalho formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como trabalhadores assalariados, domésticos, avulsos, agrícolas, autônomos, servidores públicos, cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores os indivíduos que exercem atividades não remuneradas, atuando em apoio à família que tem uma atividade econômica; os aprendizes; os estagiários e aqueles que se encontram temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2001).

A seguir, o Quadro 3 exemplifica essas relações, demonstrando que a nocividade do trabalho amplia-se para o ambiente domiciliar ou familiar, para a comunidade circunvizinha (entorno), e até mesmo para o ambiente ampliado ou remoto.

Quadro 3 RELAÇÕES SOCIAIS DE PRODUÇÃO



FONTE: Área Técnica de Saúde do Trabalhador / COSAT 2000

7.3 Principais fatores de risco para a Saúde do Trabalhador

Didaticamente, classificaremos abaixo os principais fatores de risco aos quais podem estar submetidos os trabalhadores:

- » Riscos Físicos: radiação ionizante e não ionizante, temperaturas extremas (frio, calor), pressão atmosférica anormal, dentre outros.
- » Riscos Químicos: agentes e substâncias químicas sob as formas de líquido, gases, névoas, neblinas, partículas e poeiras minerais e vegetais.
- » Riscos Biológicos: vírus, bactérias, parasitas em geral.
- » Riscos Organizacionais (ergonômicos) e Psicossociais: decorrem da organização e gestão do trabalho, do trabalho em turnos e noturno, monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho conflituosas, insatisfação/frustração, falhas no treinamento e supervisão etc.

- » Riscos Mecânicos e de Acidentes: estão ligados à proteção das máquinas, arranjo físico do espaço, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, falta de sinalização, rotulagem de produtos inadequada e outros que podem predispor os acidentes do trabalho.

Porém, é preciso enfatizar que esses riscos/fatores de riscos devem sempre ser identificados, analisados e compreendidos à luz dos processos de trabalho específicos, inseridos em determinados contextos produtivos, sociais e culturais, e não de forma estanque e fragmentada.

7.4 Situação epidemiológica da Saúde do Trabalhador no Brasil

Para compreender os dados epidemiológicos disponíveis no Brasil sobre o quadro de morbimortalidade do trabalhador brasileiro é preciso ter em mente a composição da população ocupada brasileira, tendo em vista a grande diferença existente entre o contingente de trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho em relação àqueles que estão no setor informal da economia. Portanto, o conhecimento relativo aos acidentes e doenças relacionados ao trabalho passa, necessariamente, pela compreensão da realidade rural-urbana brasileira.

Tradicionalmente, as questões referentes aos acidentes e doenças no trabalho no Brasil têm sido competência dos Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, que, ao longo do tempo se organizaram para ter informações relativas à Saúde dos Trabalhadores. Os dados estatísticos oficiais sobre acidentes e doenças no trabalho provêm dos registros existentes no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS – construídos a partir das Comunicações de Acidentes no Trabalho – CAT (que são utilizadas para notificar tanto os acidentes de trabalho típicos, os de trajeto, como as doenças profissionais e as no trabalho). Isso porque, toda vez que os trabalhadores, especificamente aqueles inseridos no mercado formal de trabalho, ou seja, aqueles que possuem carteira de trabalho assinada e são contratados pelo regime celetista, sofrem um acidente ou doença no trabalho, o mesmo é comunicado ao INSS, através do CAT.

A tabela 25 apresenta o número de trabalhadores segurados da Previdência Social distribuídos por faixa etária e pelas grandes regiões brasileiras, no ano de 2007.

Os números demonstram que em todas as grandes regiões brasileiras há maior concentração da mão de obra ocupada no mercado formal de trabalho na faixa etária entre 25 e 44 anos, correspondendo a mais de 60% da força de trabalho.

Tabela 25: NÚMERO DE TRABALHADORES SEGURADOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, POR FAIXA ETÁRIA, BRASIL E REGIÕES, 2007

REGIÃO	16 A 24 ANOS	25 A 44 ANOS	45 A 59 ANOS	60 ANOS E MAIS	TOTAL
Norte	220.918	812.057	185.496	19.954	1.238.425
Nordeste	627.997	2.872.765	772.717	82.614	4.356.093
Sudeste	3.013.408	9.287.808	2.714.922	301.366	15.317.504
Sul	923.072	3.047.044	909.054	87.197	4.966.367
Centro-Oeste	423.467	1.279.625	314.794	37.108	2.054.994
BRASIL	5.208.862	17.299.299	4.896.983	528.239	27.933.383

FONTE: Indicadores e Dados Básicos (IDB) BRASIL, 2007

A seguir, a tabela 26 apresenta a evolução do número de acidentes no trabalho registrados no Brasil, no período entre 2005 a 2007, distribuídos por região e por motivo.

Evidencia-se que apesar do sub-registro dos agravos à saúde relacionados com o trabalho, há uma tendência de aumento desse registro para os acidentes de trabalho (típicos e de trajeto), no período considerado, em todas as grandes regiões brasileiras. Cabe avaliar também as taxas de incidência desses acidentes, uma vez que o aumento observado poderia se dever a outros fatores como o aumento no número de empregos formais.

O mesmo não ocorre com o registro de doenças relacionadas ao trabalho, que apresentou redução no período, cabendo, nesse caso, verificar se essa queda é real ou motivada por aumento da subnotificação desses casos.

A região Sudeste contribui com maior número de casos, seja porque possui um maior contingente de trabalhadores no mercado formal de trabalho, seja porque tem um sistema de registro melhor estruturado.

Tabela 26: NÚMERO DE ACIDENTES DE TRABALHO, REGISTRADOS POR MOTIVO, SEGUNDO REGIÕES DO BRASIL, 2005 A 2007

REGIÃO	ANO	MOTIVO			TOTAL
		ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	ACIDENTE DE TRABALHO DE TRAJETO	DOENÇA NO TRABALHO	
Norte	2005	15.879	2.329	1.224	19.432
	2006	16.068	2.781	1.649	20.498
	2007	17.476	2.864	1.355	21.695
Nordeste	2005	38.278	6.881	4.799	49.958
	2006	41.185	7.783	4.768	53.736
	2007	43.006	7.656	3.424	54.086

(CONTINUAÇÃO)

REGIÃO	ANO	MOTIVO			TOTAL
		ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	ACIDENTE DE TRABALHO DE TRAJETO	DOENÇA NO TRABALHO	
Sudeste	2005	225.736	39.833	19.248	284.817
	2006	231.996	43.485	16.957	292.438
	2007	236.704	46.757	11.352	294.813
Sul	2005	93.815	13.717	6.170	113.702
	2006	91.964	15.049	5.261	112.274
	2007	88.913	15.402	3.600	107.915
Centro-Oeste	2005	24.905	5.211	1.655	31.771
	2006	26.213	5.538	1.535	33.286
	2007	28.686	5.885	1.055	35.626
BRASIL	2005	398.613	67.971	33.096	499.680
	2006	407.426	74.636	30.170	512.232
	2007	414.785	78.564	20.786	514.135

FONTE: Indicadores e Dados Básicos (IDB) BRASIL, 2005, 2006, 2007

A tabela 27, abaixo, apresenta a evolução das taxas de incidência por doenças relacionada com o trabalho de 2005 a 2007, considerando faixa etária e as grandes regiões brasileiras.

Conforme já referido, chama a atenção a queda nas taxas de incidência de doenças relacionadas ao trabalho no período, em todas as regiões – situação que demanda maiores análises. Essa queda foi mais significativa na região Sudeste, que em 2005 apresentava a maior taxa no país, situação que passou a ser ocupada em 2007 pela região Norte. Cabe ressaltar que diversos fatores podem influenciar as diferentes taxas nas regiões, como: tipos de ramos produtivos existentes na região, capacidade de diagnóstico instalada (médicos, rede de serviços, tecnologia) e reconhecimento da incapacidade laborativa por parte da perícia médica do INSS.

Tabela 27 TAXA DE INCIDÊNCIA DE DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO, POR 10.000 TRABALHADORES SEGURADOS, POR FAIXA ETÁRIA E REGIÃO - BRASIL, 2005 A 2007

REGIÃO	ANO	FAIXA ETÁRIA				TOTAL
		16 A 24 ANOS	25 A 44 ANOS	45 A 59 ANOS	60 ANOS E MAIS	
Norte	2005	5,3	11,5	17,9	8,2	11,2
	2006	6,3	16,4	19,3	13,0	15,0
	2007	5,2	11,4	16,2	9,0	10,9

(CONTINUAÇÃO)

REGIÃO	ANO	FAIXA ETÁRIA				TOTAL
		16 A 24 ANOS	25 A 44 ANOS	45 A 59 ANOS	60 ANOS E MAIS	
Nordeste	2005	7,7	12,3	18,0	5,1	12,4
	2006	8,1	11,7	17,5	5,0	12,0
	2007	5,0	7,5	12,1	3,9	7,9
Sudeste	2005	6,5	14,8	21,2	8,4	14,0
	2006	5,6	12,5	18,7	7,5	12,1
	2007	3,2	7,7	11,5	5,3	7,4
Sul	2005	7,6	14,3	16,2	5,1	12,9
	2006	7,0	12,1	14,2	3,7	11,4
	2007	3,9	7,6	9,9	3,0	7,3
Centro-Oeste	2005	6,5	8,9	12,4	5,2	8,8
	2006	4,5	8,3	13,1	5,6	8,1
	2007	3,0	5,4	7,0	3,5	5,1
BRASIL	2005	6,8	13,7	19,1	7,1	13,0
	2006	6,1	12,2	17,3	6,5	11,8
	2007	3,6	7,6	11,2	4,7	7,4

FONTE: Indicadores e Dados Básicos (IDB) BRASIL, 2005, 2006, 2007

Além disso, chama ainda a atenção o fato de que as maiores taxas de incidência acometem trabalhadores acima de 45 anos de idade, demonstrando o período de latência existente entre o início da exposição ao risco e o surgimento da doença no trabalho.

Na tabela 28, abaixo, apresentamos a taxa de incidência de Acidentes de Trabalho Típicos, por 1.000 trabalhadores segurados, por faixa etária e regiões, no período de 2005 a 2007.

A análise demonstra que as maiores taxas de incidência por acidente de trabalho estão nas regiões Sul (principalmente) e Sudeste, o que, em parte, deve-se à maior capacidade de diagnóstico presente nessas duas regiões, não apenas do quadro patológico propriamente dito, mas também, da relação deste com o trabalho. Nota-se também uma tendência de aumento dessas taxas em todas as regiões e no país, exceto na região Sul.

Tabela 28 TAXA DE INCIDÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO TÍPICOS, POR 1.000 TRABALHADORES SEGURADOS, POR FAIXA ETÁRIA E REGIÃO – BRASIL, 2005 A 2007

REGIÃO	ANO	FAIXA ETÁRIA				TOTAL
		16 A 24 ANOS	25 A 44 ANOS	45 A 59 ANOS	60 ANOS E MAIS	
Norte	2005	16,4	14,3	13,4	9,0	14,5
	2006	17,0	14,5	12,5	6,6	14,6
	2007	17,2	14,1	11,3	7,0	14,1
Nordeste	2005	12,2	9,8	8,2	4,5	9,9
	2006	14,4	10,2	8,3	4,6	10,4
	2007	14,7	9,6	7,5	4,6	9,9
Sudeste	2005	17,6	16,5	15,3	10,1	16,4
	2006	18,3	16,5	15,4	10,7	16,6
	2007	17,6	15,4	14,0	10,2	15,5
Sul	2005	21,9	19,0	19,8	11,8	19,7
	2006	25,2	18,8	18,6	11,8	19,9
	2007	24,2	17,0	15,2	10,2	17,9
Centro-Oeste	2005	13,9	13,0	13,7	10,3	13,2
	2006	15,2	13,6	13,7	10,1	13,9
	2007	16,1	13,7	12,5	9,8	14,0
BRASIL	2005	17,4	15,5	14,9	9,5	15,7
	2006	18,8	15,6	14,7	9,7	15,9
	2007	18,3	14,5	13,0	9,2	14,8

FONTE: Indicadores e Dados Básicos (IDB) BRASIL, 2005, 2006, 2007

A tabela 29 apresenta a taxa de mortalidade por acidente de trabalho, por faixa etária e grande regiões, para o ano de 2007.

A análise da taxa de mortalidade por acidente de trabalho aponta que os maiores números estão localizados nas regiões Centro-Oeste e Norte, estando esse quadro provavelmente relacionado com a organização da assistência à urgência/emergência. Esse é um dado importante, considerando que o evento óbito é mais difícil de ser subnotificado.

Tabela 29 TAXA DE MORTALIDADE ESPECÍFICA POR ACIDENTES DE TRABALHO, POR 100.000 TRABALHADORES SEGURADOS, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA E REGIÃO. BRASIL, 2007.

REGIÃO	16 A 24 ANOS	25 A 44 ANOS	45 A 59 ANOS	60 ANOS E MAIS	TOTAL
Norte	12,7	13,5	17,3	20,0	14,1
Nordeste	11,0	8,3	10,0	6,1	8,9
Sudeste	8,4	8,6	11,3	9,0	9,1

(Continuação)

REGIÃO	16 A 24 ANOS	25 A 44 ANOS	45 A 59 ANOS	60 ANOS E MAIS	TOTAL
Sul	11,3	9,4	11,1	10,3	10,1
Centro-Oeste	17,7	16,0	21,0	13,5	17,1
BRASIL	10,2	9,5	11,9	9,5	10,0

FONTE: Indicadores e Dados Básicos (IDB) BRASIL, 2007

7.4.1 Informações sobre Saúde do Trabalhador produzidas a partir dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde/SUS

Elemento indispensável para o planejamento em saúde é dispor de um Sistema de Vigilância Epidemiológica estruturado. Este deve se caracterizar como um sistema de informação-decisão-controle de doenças específicas, que forneça recomendações, que avalie medidas de controle e subsidie o planejamento, instrumentalizando a estruturação de um modelo assistencial adequado, configurado por meio da instalação da rede física, do aporte de recursos humanos, da utilização de tecnologia necessária e da hierarquização de Assistência no sistema.

Para o planejamento na área de Saúde do Trabalhador, deve-se considerar a questão do risco no ambiente, no processo de trabalho, e a necessidade de intervenção institucional. Diferentes regiões apresentam diferentes riscos para acidentes e doenças no trabalho, decorrentes de fatores ligados à atividade econômica predominante e à organização do processo de trabalho.

Um dos maiores desafios para essa área diz respeito à informação, uma vez que os sistemas nacionais implantados ainda não contemplam de forma adequada os registros sobre os agravos ocorridos. Para estudos, análises e estatísticas utilizam-se dados produzidos pelo INSS, a partir das CAT, ou informações isoladas, produzidas ambulatorialmente pelos Serviços e Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Apesar da fragilidade desses dados, observa-se a predominância de casos registrados de LER/Dort, perda auditiva induzida pelo ruído, intoxicação por benzeno, intoxicação por agrotóxicos, dermatoses ocupacionais e acidentes com material biológico.

A implantação da Portaria GM/MS n. 777, publicada em 28 de abril de 2004, que regulamenta a Notificação Compulsória de Agravos à Saúde do Trabalhador na Rede de Serviços Sentinela específica, poderá suprir esse vácuo. A notificação é realizada através do sistema Sinan-net, para os seguintes agravos: acidente de trabalho fatal, acidente de trabalho com mutilações, acidente de trabalho com exposição a material biológico, acidentes no trabalho com crianças e adolescentes, dermatoses ocupacionais, perda auditiva induzida pelo ruído (Pair), intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo

agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), pneumoconioses (silicose e asbestoses), transtornos mentais relacionados ao trabalho e câncer relacionado ao trabalho.

Registre-se que além desses agravos, novos perfis de adoecimento dos trabalhadores, em função dos novos cenários do mundo do trabalho, manifestam-se através de uma infinidade de outros quadros clínicos, com destaque para as síndromes neuróticas depressivas, a deterioração da autoimagem e da autoestima, o alcoolismo e outras formas de dependência química, bem como, a síndrome do esgotamento profissional, também conhecida como Síndrome de Burn-out, transtorno do ciclo vigília-sono, envelhecimento precoce, processos degenerativos acelerados ou agravados pelo trabalho. No que diz respeito ao comprometimento da saúde mental dos trabalhadores alguns agravos podem levar até ao suicídio. Para esses e outros agravos é necessário organizar a forma de registrar a informação.

Outros Sistemas de Informações, como Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (Sinan) e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) precisam incorporar melhor a dimensão da ocupação em seus registros, assim como, do próprio registro do evento relacionado com o trabalho. Pode-se citar como exemplo, a subnotificação do óbito por acidente no trabalho registrado no SIM geralmente não corresponde à realidade, apresentando-se de forma inferior ao real.

7.5 A Vigilância em Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS e a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast)

Historicamente, o setor saúde só passa a ter um papel institucional em relação à saúde dos trabalhadores a partir de 1988, quando a Constituição Federal (BRASIL, 1988) estabeleceu, no seu Art. 200 – incisos II e VIII, a competência do SUS para “executar as ações de saúde do trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente nele compreendido o do trabalho”, posteriormente regulamentada na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que define a Saúde do Trabalhador como um:

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

Portanto, compete ao SUS, em suas diferentes esferas de gestão, considerar a organização de ações de saúde do trabalhador, articulando, ao mesmo tempo, a assistência aos portadores de agravos à saúde relacionados com o trabalho e a vigilância dos fatores de risco, agravos, dos ambientes, das condições e da organização do trabalho.

No ano de 2002, foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), a ser desenvolvida de forma articulada entre o Ministério da Saúde, secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios (Portaria GM/MS n. 1.679/02. A instituição da Renast enquanto estratégia se deu a partir de algumas considerações e dentre elas destacam-se: a garantia do direito ao trabalho, à saúde e à previdência e assistência social; a necessidade de se articularem, no âmbito do SUS, as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho; e a atenção integral à saúde do trabalhador, com suas especificidades, que deve ser objeto de todos os serviços de saúde, consoante com os princípios do SUS da equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 2010).

A implementação da Renast dar-se-á pela estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest; inclusão das ações de saúde do trabalhador na atenção primária, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade; efetivação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador; instituição e indicação de serviços de saúde do trabalhador de retaguarda, de média e alta complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador; e caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

Dada a necessidade de se adequar a Portaria GM/MS n. 2.437/2005, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Renast no SUS, aos mecanismos de gestão do Pacto pela Saúde, em 2009 foi publicada a Portaria GM/MS n. 2.728, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009).

Em dezembro de 2009, foi publicada a Portaria GM/MS n. 3252, que formalizou a área de vigilância em saúde do trabalhador como componente da Vigilância em Saúde, definindo que a mesma “visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos” (BRASIL, 2009).

Partindo desse pressuposto, na esfera nacional da gestão, a Saúde do Trabalhador está inserida na Secretaria de Vigilância em Saúde, através do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, ao qual está vinculada a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador.

Cabe destacar, porém, que a atenção integral à saúde do trabalhador se desenvolve nos diversos pontos da Rede de Atenção do SUS, desde a atenção primária, incluindo

a Estratégia de Saúde da Família, os serviços de atenção especializada, de média e alta complexidade, até os centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Nesse contexto, uma das estratégias para a descentralização das ações em saúde do trabalhador é a instituição de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador.

As ações assistenciais devem ser integradas às atividades de vigilância em saúde do trabalhador, desenvolvidas de forma articulada com as demais áreas da Vigilância em Saúde, nas três esferas de gestão, e nos Cerests.

Diretrizes da Política Nacional de Saúde do Trabalhador

- » Fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador como componente da Vigilância em Saúde.
- » Promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis e da dignidade no trabalho.
- » Garantia da integralidade na atenção à saúde do trabalhador.

Estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador

- » Integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador junto aos demais componentes da Vigilância em Saúde.
- » Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores.
- » Estruturação da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast:
 - › Integração de ações de saúde do trabalhador junto à Atenção Primária em Saúde.
 - › Integração de ações de saúde do trabalhador junto à Rede de Urgência e Emergência (pré-hospitalar e hospitalar).
 - › Integração de ações de saúde do trabalhador junto aos serviços de especialidades.
 - › Definição do papel e garantia de estruturação dos centros de Referência em Saúde do Trabalhador na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast.
- » Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.
- » Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
- » Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social.
- » Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial.
- » Garantia do financiamento das ações de saúde do trabalhador.

7.5.1 Gestão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast

A Renast, instituída através da Portaria n. 1.679/02 e fortalecida por meio das Portarias

n. 2.437/05 e n. 2.728/09, visa assegurar a atenção integral aos trabalhadores de todos os setores da economia: formal e informal, público e privado, das áreas urbanas e rurais; incluindo ações de vigilância, prevenção, promoção, assistência, reabilitação, educação permanente, disseminação e intercâmbio de informações, assim como troca de experiências e gestão de conhecimento em saúde do trabalhador (BRASIL, 2010).

A organização da Renast obedece aos princípios da descentralização, da hierarquização de serviços e regionalização. Com grande ênfase neste último, cuja formatação considera o Plano Diretor de Regionalização dos Estados (PDR), em que os municípios devem desempenhar atividades relacionadas à área de Saúde do Trabalhador, em seus diferentes graus de incorporação tecnológica, preservando a economia de escala – tanto no campo da assistência, como no da vigilância – definida em função das atividades econômicas locais e regionais, concentração de trabalhadores e na construção das linhas de cuidado de acordo com a capacidade instalada do SUS.

Saúde do Trabalhador como área estratégica e sua inserção no processo de planejamento

A programação partindo de áreas estratégicas possibilita ao gestor uma melhor visão do processo de planejamento e integra de forma mais efetiva as ações básicas e de média complexidade, na medida em que os dois níveis da atenção passam a compor um mesmo momento do processo de programação. Ressalta-se que a organização da assistência, tendo como principal porta de entrada a atenção primária, é condição fundamental para a estruturação das demais áreas, bem como para a viabilização dos fluxos estabelecidos através da PPI (BRASIL, 2010).

As coordenações nacional, estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e os centros de referência em Saúde do Trabalhador estaduais, regionais e municipais deverão organizar-se para que os objetivos, diretrizes e metas relativos à saúde do trabalhador estejam inseridos nos respectivos planos de saúde e programações anuais de saúde, inclusive com a devida previsão orçamentária. Para a implementação desses planos e programações nos níveis estaduais e municipais e no Distrito Federal, as ações de saúde do trabalhador deverão ser inseridas nas respectivas pactuações, na PPI e nas ações programadas na Pavs (BRASIL, 2010).

A programação da Atenção Primária é de responsabilidade dos municípios. Para a média complexidade ambulatorial a lógica de programação será ascendente, em que os municípios programam as ações de sua população e pactuam, juntamente com outros municípios no âmbito do Colegiado de Gestão Regional (CGR), uma proposta de atenção com base na economia de escala e garantindo o acesso.

Todas as ações de alta complexidade e algumas da média complexidade (Saúde do Trabalhador, parte da reabilitação e retaguarda de exames para diagnóstico etc.), que, por estarem concentradas em alguns polos, serão programadas com lógica descendente, em que as referências serão definidas a partir dos municípios que realizam esse tipo de atendimento, definindo sua área de abrangência e mantendo consonância com a regionalização definida.

Na programação da média complexidade hospitalar a lógica de programação também deve ser ascendente, em que os municípios programam as internações de sua população e realizam, se necessário, encaminhamentos para outros municípios, por não possuírem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, mantendo consonância com o processo de regionalização.

A programação assistencial deverá estar integrada à Programação de Ações da Vigilância em Saúde (Pavs), tendo em vista o conjunto de atividades de atenção que possuem interface no seu objeto de trabalho. Essa perspectiva deve estar refletida em um instrumento de programação, com uma plataforma comum, dada a necessidade de unicidade da linguagem e inter-relações, preservadas as especificidades do objeto de trabalho de cada área.

As ações de vigilância em saúde serão desenvolvidas de acordo com a Pavs, que será elaborada conforme as normas vigentes. As ações programadas na Pavs serão acompanhadas por intermédio de processo de monitoramento envolvendo aspectos operacionais e de gestão, estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde, através de negociação tripartite.

O gestor estadual, em conjunto com os gestores municipais, define a partir da Comissão Intergestores Bipartite – CIB:

- » A agenda de necessidades/prioridades no estado, a serem contempladas pela Programação Pactuada e Integrada;
- » As diretrizes gerais a serem referência para o processo de programação no estado;
- » O formato/desenho da proposta de regionalização, base para constituição das redes regionalizadas, considerando-se, inclusive, os espaços territoriais que extrapolam as fronteiras político-administrativas estaduais, e que conformam regiões interestaduais;
- » Levantamento da capacidade instalada existente nos municípios que compõem as regiões de saúde;
- » A macroalocação dos recursos financeiros federais, e estaduais, quando couber, definindo os recursos a serem programados pelos municípios e os recursos a serem

utilizados para reserva técnica e para alguns incentivos permanentes de custeio que envolvem recursos que não provêm exclusivamente da tabela de procedimentos, conforme o disposto na Portaria GM/MS n. 698/2006.

Atribuições da gestão e das coordenações estaduais e municipais relativas às políticas e ações de Saúde do Trabalhador no SUS

Os gestores devem organizar as ações de saúde do trabalhador, considerando as dimensões de vigilância e assistência, organizando apoio para essa atenção integral, compondo a Atenção Primária em Saúde de forma a atender às demandas locais. Na medida em que há uma maior amplitude populacional, de atividade econômica e necessidade de maior densidade tecnológica resolutiva para a atenção integral à saúde, devem ser organizadas ações de referência e/ou serviços específicos de saúde do trabalhador no município, região e estado, pactuados nos Colegiados de Gestão Regional – CGR e Comissão Intergestores Bipartite – CIB, definindo linhas de cuidado e sua Rede de Atenção (BRASIL, 2010).

Os gestores devem coordenar o processo de elaboração da Política de Saúde do Trabalhador nas três esferas de gestão, submetendo-a às suas respectivas instâncias de pactuação e aprovação dos conselhos de saúde.

Para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, cada esfera de gestão tem competências e atribuições solidárias na Renast. As atribuições da União, estados e municípios na gestão da Renast foram estabelecidas pela Portaria GM/MS n. 2.728, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009):

Funções do Ministério da Saúde na gestão da Renast:

- » Elaborar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pactuada pela CIT;
- » Coordenar a Renast com a participação das esferas estaduais e municipais de gestão do SUS;
- » Elaboração de projetos de lei e normas técnicas pertinentes à área, com a participação de outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais;
- » Inserir as ações de saúde do trabalhador na atenção primária, urgência/emergência, rede hospitalar, vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;
- » Assessorar os estados na realização de ações de alta complexidade, quando solicitado;
- » Definir acordos e cooperação técnica com instituições afins com a Saúde do Trabalhador para capacitação e apoio à pesquisa na área;

- » Definir rede de laboratórios de análises químicas e toxicológicas como referências regionais ou estaduais;
- » Definir a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito nacional;
- » Definir o financiamento federal para as ações de saúde do trabalhador, garantindo repasses regulares fundo a fundo;
- » Realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;
- » Promover a articulação intersetorial com os ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social, do Meio Ambiente e outros, com vistas a fortalecer o modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Funções das Secretarias de Saúde Estaduais e do Distrito Federal na gestão da Renast:

As secretarias de saúde estaduais e do Distrito Federal devem definir diretrizes, regular e pactuar ações de saúde do trabalhador no seu âmbito respectivo e, quando necessário, atuar de forma integrada ou complementar aos municípios e aos serviços de referências regionais, na qualidade de instância gestora, técnica e política da área de Saúde do Trabalhador na região, com as seguintes competências:

- » Elaborar a Política de Saúde do Trabalhador, definir o financiamento, pactuar na CIB e submeter à aprovação do Conselho de Saúde, em seu âmbito respectivo;
- » Conduzir as negociações nas instâncias do SUS no sentido de inserir as ações e indicadores de saúde do trabalhador no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, bem como seu financiamento no seu âmbito respectivo;
- » Contribuir na elaboração de Projetos de Lei e Normas Técnicas pertinentes à área, com outros atores sociais como entidades representativas dos trabalhadores, universidades e organizações não governamentais;
- » Inserir as ações de saúde do trabalhador na atenção primária, urgência/emergência e rede hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- » Executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental voltadas à saúde do trabalhador no seu âmbito respectivo;
- » Implementar as ações de atenção de média e alta complexidade, definidas em conjunto com a CIB;
- » Assessorar os Cerests, os serviços e as instâncias regionais e municipais na realização de ações de saúde do trabalhador, no seu âmbito respectivo;

- » Definir e executar projetos especiais em questões de interesse próprio com repercussão local, em conjunto com as equipes municipais, quando e onde couber;
- » Realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;
- » Articular e capacitar, em parceria com os municípios e com os centros de referência em Saúde do Trabalhador, os profissionais de saúde do SUS, em especial as equipes dos centros regionais, da atenção primária e de outras vigilâncias e manter a educação continuada e a supervisão em serviço, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde;
- » Implementar estratégias de comunicação e de educação permanente em saúde dirigidas à sociedade em geral, aos trabalhadores e a seus representantes, aos profissionais de saúde e às autoridades públicas;
- » Estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a Rede de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;
- » Estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a Rede de Laboratórios de Análises para avaliações de amostras de contaminantes ambientais e produtos de interesse à Saúde do Trabalhador;
- » Pactuar na CIB a Rede Sentinela e os Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador no seu âmbito respectivo;
- » Propor as linhas de cuidado para todos os agravos de notificação compulsória dispostos na Portaria GM/MS n. 777, de 28 de abril de 2004, a serem seguidas para a Atenção Integral aos trabalhadores usuários do SUS, a serem aprovadas pela CIB;
- » Propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à saúde do trabalhador, a serem aprovados na CIB;
- » Propor normas relativas a diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes portadores de agravos à saúde decorrentes do trabalho, a serem aprovadas na CIB;
- » Participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais Secretarias do Estado e Distrito Federal.

Funções das Secretarias Municipais de Saúde na gestão da Renast:

As secretarias municipais de saúde devem definir diretrizes, regular e executar as ações de saúde do trabalhador no âmbito do respectivo município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências:

- » Realizar a pactuação, o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades e incluídas no Plano Municipal de Saúde;
- » Atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, juntamente ou não, com as universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;
- » Articular com outros municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- » Informar à sociedade, em especial aos trabalhadores, às Cipas e aos respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;
- » Capacitar, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e com os Cerests, os profissionais e as equipes de saúde 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, respeitadas as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- » Inserir as ações de saúde do trabalhador na atenção primária, urgência/emergência e rede hospitalar, por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- » Executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;
- » Definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do município;
- » Tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em saúde do trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário;
- » Estabelecer e definir fluxo de trabalho integrado com a rede de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo, entre outros, exames radiológicos, de anatomia patológica, de patologia clínica, de toxicologia e retaguarda de reabilitação;
- » Propor os fluxos de referência e contrarreferência de cada linha de cuidado de atenção integral à saúde do trabalhador, a serem aprovados no nível municipal;
- » Realizar estudos e pesquisas definidos a partir de critérios de prioridade, considerando a aplicação estratégica dos recursos e conforme a demanda social;
- » Participar nas instâncias de definições políticas de desenvolvimento econômico e social junto às demais secretarias do município.

7.5.2 Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador

Os Cerests Estaduais têm como atribuição dar apoio técnico-científico, de forma matricial, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico para as equipes dos Cerests regionais, municipais e demais áreas técnicas no âmbito estadual e municipal.

Devem desenvolver projetos estruturadores para a produção de conhecimento e tecnologias que articulem ações de assistência, reabilitação, promoção, prevenção, vigilância em saúde, produção e comunicação de informações, em áreas e problemas identificados como prioritários para o estado. Esses projetos também devem ter por objetivo priorizar a produção de metodologia de intervenção em vigilância em saúde do trabalhador, aplicável em larga escala, visando à melhoria das condições de trabalho e dos processos produtivos.

Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (Cerest) deve ser compreendido como uma ferramenta estratégica para a disseminação das práticas em saúde do trabalhador na Rede de Atenção do SUS, no âmbito de uma região de saúde. Dessa forma, o Cerest representa, no âmbito de um determinado território, um polo irradiador da cultura especializada subentendida na relação processo de produção/saúde/trabalho/meio ambiente, assumindo a função de suporte técnico e científico, desse campo do conhecimento, junto aos profissionais de todos os serviços do SUS nele existentes, orientando-os nas suas práticas de atenção. Esse suporte não deve se traduzir unicamente pela função de núcleo de inteligência, de supervisão ou de capacitação desses serviços, mas deve, necessariamente, concretizar-se em práticas conjuntas de intervenção especializada e, particularmente, em práticas de vigilância e de assistência especializada, de maior complexidade.

Em decorrência do seu papel disseminador, o Cerest deve solicitar ao gestor a inclusão de temas relacionados à saúde do trabalhador nas pautas de reunião do Colegiado de Gestão Regional da sua área de abrangência, bem como acompanhar as discussões e, pela mesma razão, deve se relacionar continuamente com as instâncias da educação permanente em saúde. As atividades do Cerest só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da Rede de Atenção, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser acolhidos em todos os pontos de Atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Além dessa função de

matriciamento da Rede de Atenção e de retaguarda especializada, o Cerest deve concretizar práticas conjuntas de intervenção, principalmente ações de vigilância.

Centros de Referência Municipal em Saúde do Trabalhador

A implantação de Cerest de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes, sendo que os Cerests já habilitados, de abrangência regional, somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (Portaria GM/MS n. 2.728/2009).

Estando o Cerest municipal localizado em um município de grande porte (acima de 500 mil habitantes), infere-se, portanto, que esse município possa ser referência para a região e até mesmo sede de micro ou macrorregião, conforme o Plano Diretor de Regionalização de cada estado, que tem como um de seus objetivos a organização da Assistência, considerando os níveis de complexidade e de capacidade instalada dos municípios da região. Sendo assim, mesmo com o uso e gestão do recurso financeiro voltados para o município, o Cerest municipal tem um papel importante na região de saúde, enquanto unidade de referência, tanto para as ações de assistência quanto para as de vigilância (BRASIL, 2010).

7.5.3 Aspectos operacionais da Vigilância em Saúde do Trabalhador – Visat – e a interface com os demais componentes da Vigilância em Saúde

A Visat constitui-se em ação contínua e sistemática, ao longo do tempo, para detectar, investigar, analisar e monitorar os agravos à saúde e seus determinantes e condicionantes, relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos (BRASIL, 2010).

Com a finalidade de planejar, executar, acompanhar e avaliar as intervenções para eliminação e/ou controle dos riscos, bem como para promover e proteger a saúde, a Visat engloba saberes e práticas sanitárias e dos trabalhadores, articuladas intra e intersetorialmente.

Apesar de a área de saúde do trabalhador estar hoje integrada administrativamente à Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde e na maioria das SES, persiste em geral uma situação de compartimentalização dessas estruturas, o que dificulta a implementação de uma atenção integral e integrada. O distanciamento formal e normativo entre os campos de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador propicia a fragmentação, dificultando ações mais eficazes no desenvolvimento da vigilância em saúde.

Urge a necessidade de integrar os campos das Vigilâncias, resguardando suas especificidades e agregando os conhecimentos dessas áreas para o estabelecimento de ações conjuntas de vigilância em saúde que possam impactar positivamente na saúde da população. Ressalta-se que, nesse processo, a participação dos setores organizados da sociedade civil e de controle social é de fundamental importância.

No quadro 4, foram delineados alguns dos objetivos e a necessidade de interfaces da Visat com outros componentes da Vigilância em Saúde.

QUADRO 4 - OBJETIVOS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E SUAS INTERFACES

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	PROMOÇÃO	VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE
I - Estabelecer processos de regulação relacionados à saúde do trabalhador.					
II – Realizar inspeções nos ambientes de trabalho, com objetivo de buscar a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores.					
III - Articular-se com instituições e entidades das áreas de Saúde, Trabalho, Meio Ambiente e outras afins, no sentido de garantir maior eficiência das ações de vigilância em saúde do trabalhador realizadas.					
IV - Promover levantamentos, monitoramentos de risco à saúde dos trabalhadores, inquéritos epidemiológicos e estudos.					
V - Promover formação e treinamentos para os técnicos envolvidos nas ações de vigilância em saúde do trabalhador					
VI - Sistematizar e difundir as informações produzidas.					

FONTE: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Manual da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST. 2010. Versão preliminar (mimeo).

Interface com a Vigilância Sanitária

» Fomentar a incorporação, nas ações rotineiras de vigilância sanitária, a identifi-

cação das condições de trabalho que oferecem riscos à saúde dos trabalhadores, inclusive, a partir das informações geradas pela equipe de atenção primária, dados epidemiológicos ou pelos centros de Referência em Saúde do Trabalhador, utilizando as recomendações da Portaria de Vigilância em Saúde do Trabalhador vigente.

- » Utilizar nas ações de vigilância dos ambientes de trabalho os instrumentos técnico-administrativos sanitários, quando necessário.
- » Monitorar o cumprimento das exigências solicitadas com relação à saúde dos trabalhadores.

Interface com a Vigilância Ambiental

- » Realizar ação conjunta para identificar, avaliar e intervir em situações de riscos que envolvam o meio ambiente, a saúde da população e dos trabalhadores. Exemplos: saneamento básico, água para consumo humano.
- » Realizar ações conjuntas visando intervir sobre os processos produtivos com significativo impacto ambiental relacionado à exposição química. Exemplos: uso de agrotóxicos, metais pesados (chumbo, mercúrio, manganês etc.) e acidentes com produtos perigosos.
- » Estabelecer práticas cooperativas na construção de mapa de risco locorregional (cadeias e processos produtivos e passivos ambientais). Exemplos: mineração, indústrias petroquímica, siderúrgica, cimenteira e de cloro-soda.
- » Estabelecer projetos estruturadores que visem ao estudo da correlação ambiental com determinados tipos de agravos à saúde dos trabalhadores e determinados grupos populacionais expostos. Exemplos: afecções respiratórias, câncer, perda auditiva etc.

Interface com a Vigilância Epidemiológica

- » Participar do processo de notificação dos agravos em saúde do trabalhador no Sinan.
- » Participar da análise do registro do campo ocupação nas fichas do Sinan, SIM, SIH, SIS – Prenatal, Sinitox, Sinasc (caso haja ocupação da gestante).
- » Estabelecer com os Cerests um processo de integração para realização de análises da relação de trabalho com os agravos de notificação compulsória; vigilância das internações e óbitos (SIM, SIH) e a partir dos dados registrados no Sinan, SIS – Prenatal, Sinitox, Sinasc (caso haja ocupação da gestante).
- » Solicitar às unidades notificadoras a retificação de inconsistências nas fichas de notificação em Saúde do Trabalhador.
- » Participar da elaboração de relatórios dos Sistemas de informações SIM, Sinan e outros, e encaminhar aos demais integrantes da Vigilância em Saúde, para o plane-

jamento de ações de Intervenção.

- » Informar ao Cievs (Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde) os casos de alerta que possam estar relacionados com a Saúde do Trabalhador.

As ações de vigilância em saúde do trabalhador devem ser realizadas por técnicos credenciados como autoridade sanitária, que devem pertencer prioritariamente às instâncias da Vigilância em Saúde e/ou aos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, com competência de atuação no âmbito estadual, regional e municipal para:

- » Efetuar vistorias dos ambientes e processos de trabalho, elaborar mapeamento dos processos produtivos, registros audiovisuais e avaliações ambientais;
- » Analisar dados, informações, registros e prontuários de trabalhadores nos serviços de saúde, respeitando os códigos de ética dos profissionais de saúde;
- » Analisar, avaliar e pronunciar-se sobre situações de risco à saúde dos trabalhadores e aos ambientes relacionados às atividades de trabalho;
- » Verificar a ocorrência de anormalidades, irregularidades e a procedência de denúncias de inadequação dos ambientes e processos de trabalho; apurar responsabilidades e recomendar medidas necessárias para promoção da saúde dos trabalhadores;
- » Estabelecer estratégias de negociação para promoção da saúde do trabalhador;
- » Identificar e analisar a situação de saúde dos trabalhadores da área de abrangência dos Cerests ou das equipes de Saúde da Família (apoio matricial);
- » Realizar atividades de educação em saúde do trabalhador para técnicos, comunidade e trabalhadores;
- » Propor acordos e acompanhar a sua implementação para proteção da saúde dos trabalhadores em situações priorizadas, dada a magnitude e transcendência dos seus riscos e dos impactos à saúde e aos ambientes; e
- » Garantir a participação de representantes dos trabalhadores e assessores técnicos nas ações de Visat, inclusive quando realizadas em ambientes de trabalho (BRASIL, 2010).

7.6 Financiamento das ações de Saúde do Trabalhador

A Portaria GM/MS n.. 2.728/2009, em seu Art. 10, § 3º, define que os recursos da área de Atenção à Saúde do Trabalhador deverão destinar-se ao custeio das ações de promoção, prevenção, proteção e vigilância desenvolvidas pelos Cerest, vedada a sua utilização nos casos especificados na Portaria GM/MS n. 204/07. Essa mesma portaria define que o financiamento federal dos Cerests advém do bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, constituído por dois componentes: Componente Limite

Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC); e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) (BRASIL, 2010).

Os recursos federais do Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) serão transferidos, mensalmente, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, conforme a Programação Pactuada Integrada publicada em ato normativo específico, e serão aplicados pelas Secretarias de Saúde e fiscalizados pelo Conselho de Saúde.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde (Bloco de Financiamento de Gestão do SUS) será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica. No caso da Saúde do Trabalhador, o incentivo de implantação voltado para a estruturação do Cerest será pago em uma só vez, no ato da habilitação.

Esses recursos deverão ser utilizados para o desenvolvimento das ações e serviços de atenção à saúde do trabalhador e estruturação dos Cerests, dos Núcleos de Atenção à Saúde do Trabalhador, dos Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador e da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador, desde que previstos no respectivo Plano de Saúde e Programação Anual.

Para as ações de vigilância em saúde do trabalhador, principalmente as ações de promoção e prevenção, poderão também ser utilizados os recursos do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde conforme previsto na Portaria GM/MS n. 3.252/2009. Para aplicação desses recursos recomenda-se observar as orientações contidas no Manual de Gestão da Vigilância em Saúde e as ações programadas na Pavs.

Para as ações de saúde do trabalhador executadas pela atenção primária (Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família etc.) podem ser utilizados recursos do Bloco de Financiamento da Atenção Básica.

Já para a inserção de ações de fortalecimento do controle social, também poderão ser utilizados recursos do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS (Componente para a Qualificação da Gestão do SUS).

Conforme Portaria GM/MS n. 3.176/ 2008, o acompanhamento da execução física e financeira dos recursos da Renast deverá ser efetuado através do Relatório Anual de Gestão das esferas correspondentes (BRASIL, 2010).

7.7 Conclusão

Em que pese o protagonismo do SUS e os esforços despendidos na criação de ser-

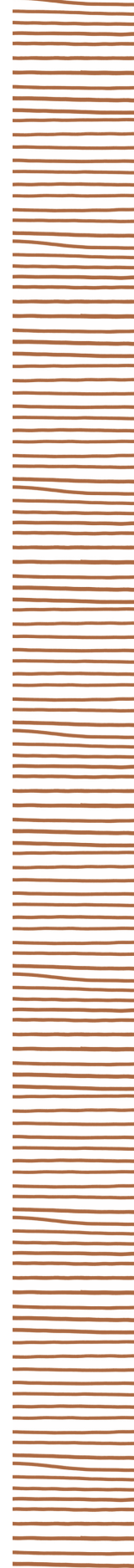
viços de atenção à saúde do trabalhador, é preciso admitir a dicotomia entre ações de assistência e vigilância e a falta de clareza na definição das atribuições e responsabilidades das coordenações estaduais e municipais de Saúde do Trabalhador e as coordenações dos Cerests.

Considerando a importância desse campo na saúde coletiva, sugere-se aos gestores que sejam estabelecidas estratégias consistentes para o fortalecimento da Vigilância em Saúde do Trabalhador e que estas considerem as atribuições já descritas de cada esfera de gestão, bem como a necessidade de envolvimento intersetorial e o controle social.



8

SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

- 8.1** Introdução
 - 8.2** Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)
 - 8.3** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)
 - 8.4** Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan)
 - 8.5** Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)
 - 8.6** Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue (FAD)
 - 8.7** Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária)
 - 8.8** Análise de Situação de Saúde
- 



8

SISTEMAS DE INFORMAÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

8.1 Introdução

Uma das ferramentas de trabalho mais importantes para a Vigilância em Saúde é a informação. A tríade “informação-decisão-ação” sintetiza a dinâmica das atividades da vigilância epidemiológica. A informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Para tanto, é fundamental que essas informações/dados disponíveis tenham qualidade e retratem de forma fidedigna a situação de saúde nos diversos estados e municípios brasileiros. Oportunidade, atualidade, disponibilidade e cobertura são características que determinam a qualidade da informação.

Há diversos conceitos sobre sistemas de informação. Em síntese, um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações dos gestores, em determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), não se baseie em dados subjetivos, conhecimentos ultrapassados ou conjecturas.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) integra as estruturas organizacionais dos sistemas de saúde. É constituído por vários subsistemas e tem como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomadas de decisão. Para tanto, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações.

Um de seus objetivos básicos, na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), é possibilitar a análise da situação de saúde em nível local tomando como referência microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. A esfera local tem, então, responsabilidade não apenas com a alimentação do Sistema de Informação em Saúde, mas também com sua organização e gestão. Desse modo, outro aspecto de particular importância é a

concepção do sistema de informação, que deve ser hierarquizado e cujo fluxo ascendente dos dados ocorra de modo inversamente proporcional à agregação geográfica, ou seja, em nível local faz-se necessário dispor, para as análises epidemiológicas, de maior número de variáveis.

Felizmente, os atuais recursos do processamento eletrônico estão sendo amplamente utilizados pelos sistemas de informação em saúde, aumentando sua eficiência na medida em que possibilitam a obtenção e processamento de um volume de dados cada vez maior, além de permitirem a articulação entre diferentes subsistemas.

Entre os sistemas nacionais de informação em saúde existentes, alguns se destacam em razão de sua maior relevância para a vigilância epidemiológica.

8.2 Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

8.2.1 Aspectos gerais

Criado em 1975, esse sistema iniciou sua fase de descentralização em 1991, dispondo de dados informatizados a partir de 1979. Tem como instrumento padronizado de coleta de dados a Declaração de Óbito (DO), impressa em três vias coloridas, cuja emissão e distribuição para os estados, em séries pré-numeradas, são de competência exclusiva do Ministério da Saúde.

A distribuição das DOs aos municípios fica a cargo das secretarias estaduais de saúde. O controle e distribuição entre os profissionais médicos e instituições que a utilizem, bem como pelo recolhimento das primeiras vias em hospitais e cartórios são de responsabilidade das secretarias municipais.

O preenchimento da DO deve ser realizado exclusivamente por médicos, exceto em locais onde não exista, situação na qual poderá ser preenchida por oficiais de Cartórios de Registro Civil, assinada por duas testemunhas.

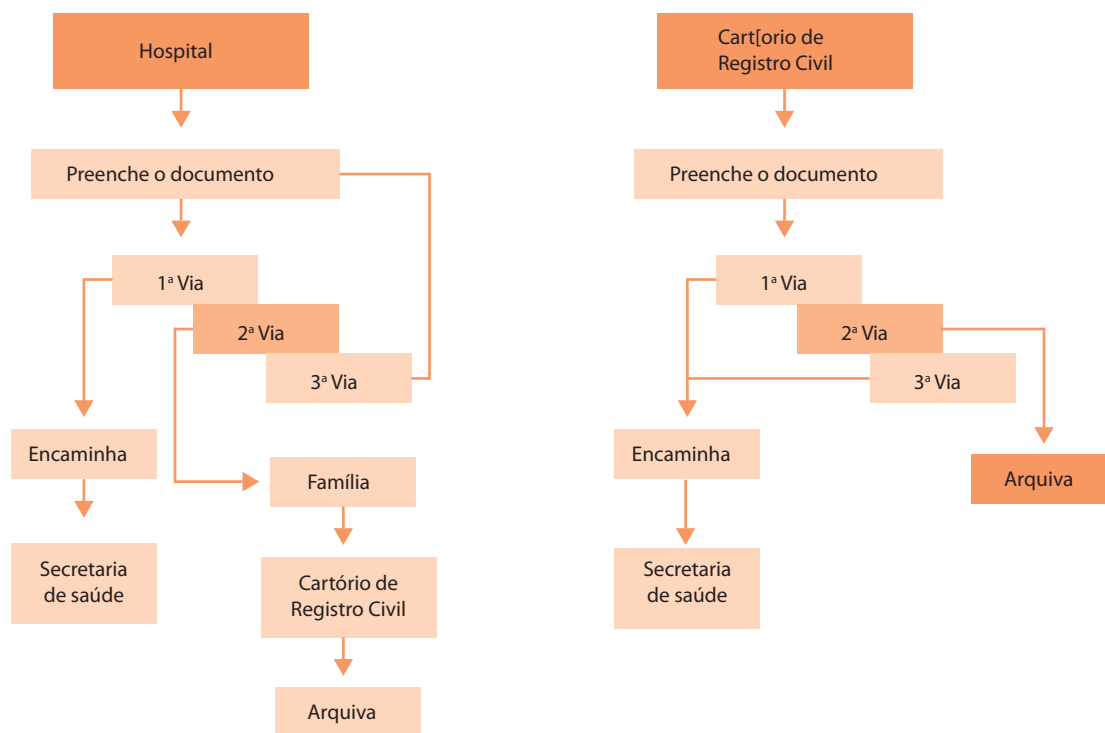
A obrigatoriedade de seu preenchimento, para todo óbito ocorrido, é determinada pela Lei Federal n. 6.015/73. Em tese, nenhum sepultamento deveria ocorrer sem prévia emissão da DO.

O registro do óbito deve ser feito no local de ocorrência do evento, embora o local de residência seja a informação comumente mais utilizada. A análise dos dados por local de ocorrência é importante para o planejamento de algumas medidas de controle, como, por exemplo, no caso dos acidentes de trânsito e doenças infecciosas que exijam a adoção de medidas de controle no local de sua ocorrência.

As informações obtidas pela DO permitem também delinear o perfil de morbidade de uma área para as doenças mais letais e doenças crônicas que não são de notificação compulsória. Para as doenças de notificação compulsória, a utilização eficiente dessa fonte de dados depende da verificação rotineira da presença desses agravos no banco de dados do SIM. Deve-se também checar se as mesmas constam no Sinan, bem como a evolução do caso para óbito.

O fluxo da declaração de óbito está apresentado abaixo e o acesso às suas informações consolidadas para as esferas nacional, regional, estadual e municipal é disponibilizado em CD-ROM e também no endereço eletrônico www.datasus.gov.br.

Figura 51 FLUXO DE DECLARAÇÃO DE ÓBITO



FONTE: SVS/MS

A crítica dos dados, buscando inconsistência para a qualificação das informações, é de responsabilidade de todas as esferas, sobretudo da municipal, que está mais próxima do evento.

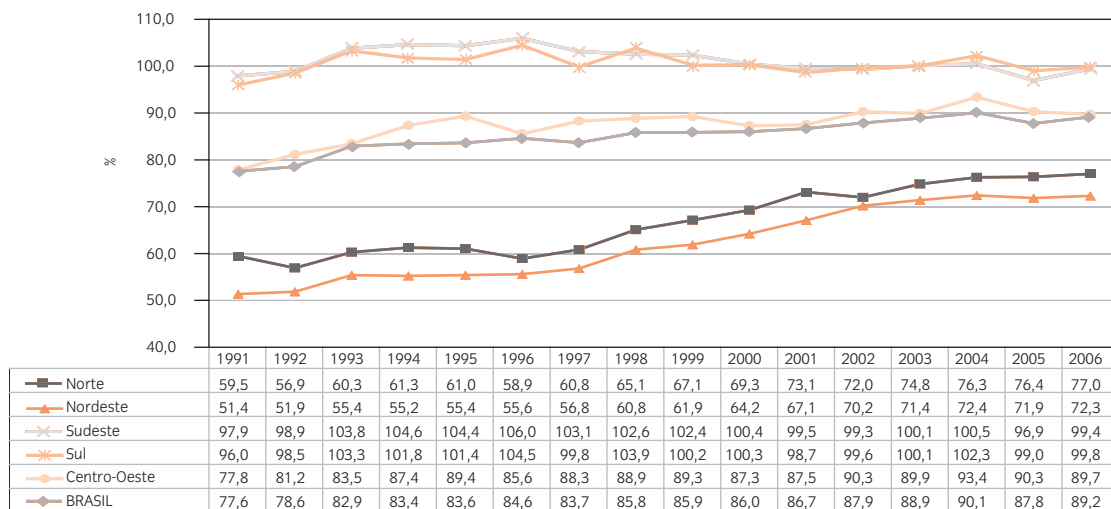
A análise dos dados do SIM permite a construção de importantes indicadores para a descrição do perfil de saúde de uma região. Assim, a partir das informações contidas nesse sistema, pode-se obter a mortalidade proporcional por causas, faixa etária, sexo,

local de ocorrência e residência e letalidade de agravos dos quais se conheça a incidência, bem como taxas de mortalidade geral, infantil, materna ou por qualquer outra variável contida na DO, uma vez que são disponibilizadas várias formas de cruzamento dos dados. Entretanto, o não preenchimento correto das DOs prejudica o uso dessa rica fonte de dados para a construção de indicadores.

Análise da cobertura do SIM

A cobertura do SIM no Brasil (relação entre óbitos registrados no SIM e estimados pelo IBGE) exibiu valores que flutuaram entre 77,6% e 89,2% no período de 1991 a 2006 (figura 52). Em 2004, a cobertura atingiu o maior valor (90,1%), valor inferior às coberturas das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. A região Nordeste é a que apresenta os menores valores para todos os anos da série. Nota-se que em praticamente todo o período as regiões Sul e Sudeste apresentam valores observados muito próximos aos estimados e estáveis e que em todas as demais regiões é nítida a tendência de elevação das coberturas.

Figura 52 PERCENTUAL DE COBERTURA DO SIM. BRASIL E REGIÕES, 1991 A 2006



FONTE: Indicadores e Dados Básicos (IDB) BRASIL, 2008

Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM)

Um CGM inferior a 4/mil hab. indica precariedade na cobertura das Informações de Mortalidade (Tabela 30).

A padronização permite controlar ou isolar o efeito de determinadas características

que estejam afetando a comparação entre populações diferentes. Por ser influenciado pela estrutura etária da população, para fins comparativos, optou-se por utilizar o coeficiente geral de mortalidade padronizado por idade, em vez do coeficiente bruto.

Foi considerada como padrão a população brasileira registrada no censo de 2000.

Tabela 30 COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE – QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS POR INTERVALO SEGUNDO UF. BRASIL, 2007

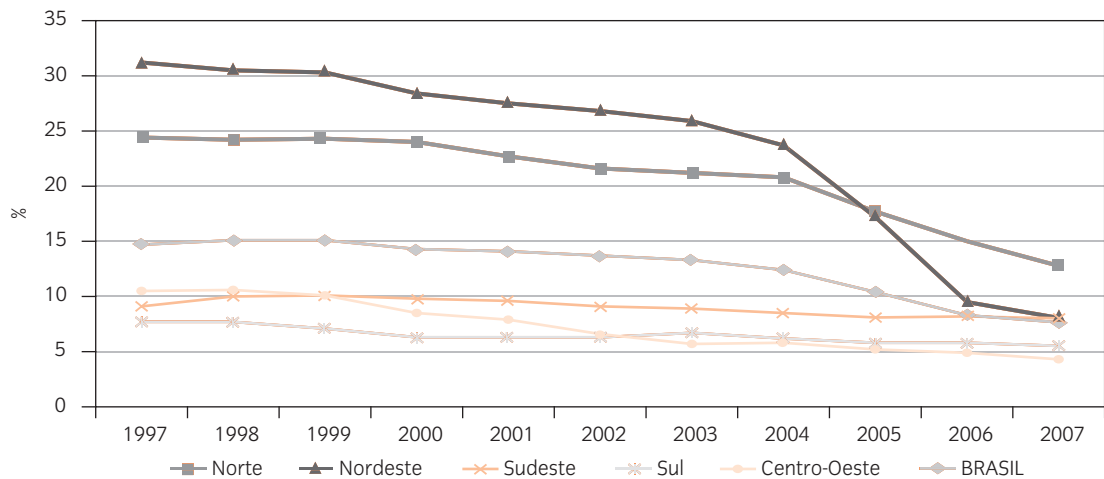
UF	ATÉ 4		DE 4 ATÉ 6,5		MAIOR QUE 6,5	
	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	%	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	%	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	%
Acre	14	63,6%	7	31,8%	1	4,5%
Alagoas	17	16,7%	74	72,5%	11	10,8%
Amapá	16	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Amazonas	55	88,7%	6	9,7%	1	1,6%
Bahia	134	32,1%	236	56,6%	47	11,3%
Ceará	34	18,5%	138	75,0%	12	6,5%
Distrito Federal	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Espírito Santo	2	2,6%	58	74,4%	18	23,1%
Goiás	73	29,7%	139	56,5%	34	13,8%
Maranhão	152	70,0%	62	28,6%	3	1,4%
Mato Grosso	66	46,8%	59	41,8%	16	11,3%
Mato Grosso do Sul	15	19,2%	37	47,4%	26	33,3%
Minas Gerais	102	12,0%	472	55,3%	279	32,7%
Pará	107	74,8%	32	22,4%	4	2,8%
Paraíba	31	13,9%	128	57,4%	64	28,7%
Paraná	18	4,5%	188	47,1%	193	48,4%
Pernambuco	7	3,8%	104	56,2%	74	40,0%
Piauí	56	25,1%	149	66,8%	18	8,1%
Rio de Janeiro	0	0,0%	32	34,8%	60	65,2%
Rio Grande do Norte	53	31,7%	101	60,5%	13	7,8%
Rio Grande do Sul	12	2,4%	192	38,7%	292	58,9%
Rondônia	45	86,5%	7	13,5%	0	0,0%
Roraima	12	80,0%	3	20,0%	0	0,0%
Santa Catarina	29	9,9%	168	57,3%	96	32,8%
São Paulo	29	4,5%	365	56,6%	251	38,9%
Sergipe	18	24,0%	55	73,3%	2	2,7%
Tocantins	62	44,6%	70	50,4%	7	5,0%

FONTE: CGIAE/DASIS/SVS/MS

Proporção de óbitos por causas mal definidas

O percentual de óbitos por causas mal definidas no Brasil vem apresentando uma tendência de queda expressiva, especialmente a partir de 2005, com a implementação de projeto para sua redução através do Departamento de Análise de Situação de Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde de todos os estados da região Nordeste e 3 da região Norte, que apresentavam os percentuais mais altos de óbitos com causa mal definida.

Figura 53 PERCENTUAL DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS INFORMADAS AO SIM. BRASIL E REGIÕES, 1997 A 2007

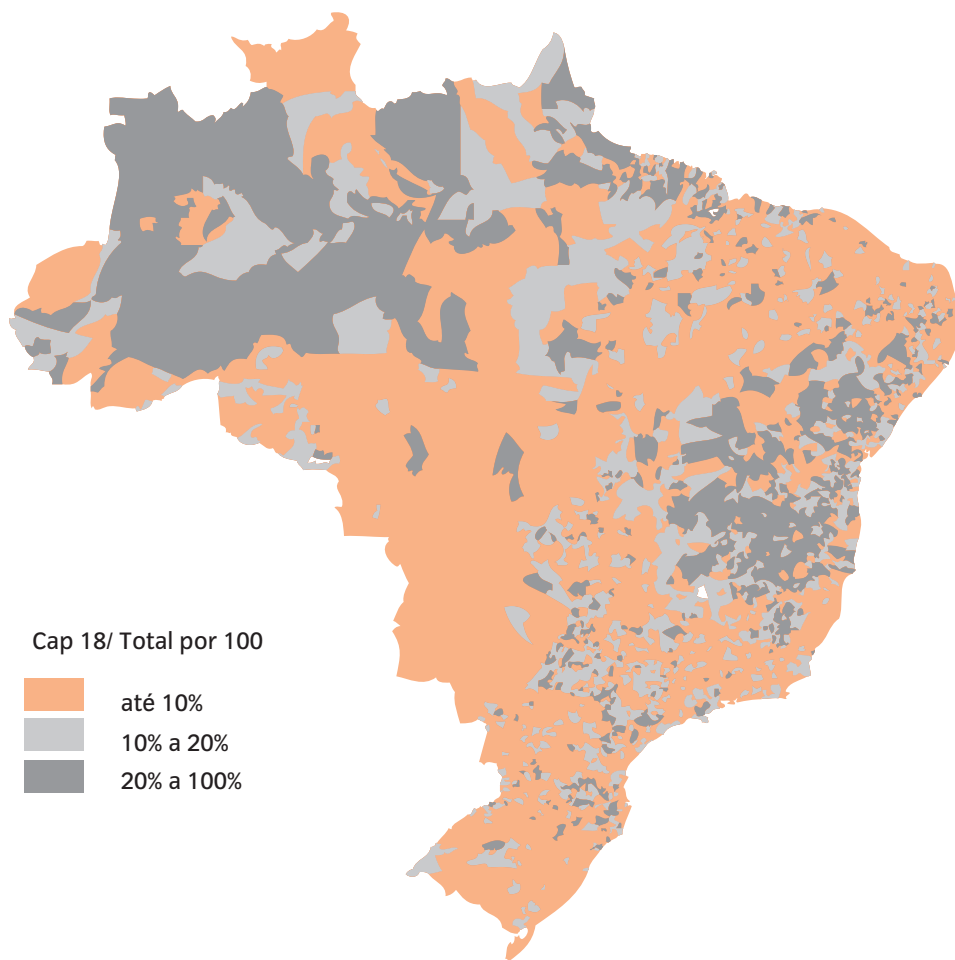


FONTE: 1997 a 2006: Indicadores e Dados Básicos (IDB) BRASIL, 2008. 2007: Ministério da Saúde/SVS/SIM

A implantação de processo de investigação da causa dos óbitos, a partir de 2005, levou a uma importante redução, especialmente na região Nordeste, conforme pode ser observado na figura 53. Em 2007 foram observados no país, segundo dados do SIM disponibilizados através da página Web do Datasus, somente 7,7% de óbitos por causas mal definidas. Esse percentual foi de 12,8% na região Norte, 8,1% na Nordeste, 8,0% na Sudeste, 5,5% no Sul e 4,3% no Centro-Oeste.

Na figura 54 podemos observar que a maior parte dos municípios com maiores percentuais de óbitos por causa mal definidas ainda estão concentrados na região Norte do país e em parte das regiões Nordeste e Sudeste.

Figura 54: PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS SEGUNDO MUNICÍPIO. BRASIL, 2007



Fonte: SVS/Ministério da Saúde

8.2.2 Avaliação da regularidade da alimentação do SIM

A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, conforme definição da Portaria GM/MS n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), está condicionada à alimentação regular de alguns sistemas de informação, dentre os quais o SIM.

“As secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão garantir a transferência dos dados das declarações de óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito no quantitativo esperado, por meio eletrônico, conforme definição da Portaria SVS/MS n. 116, de 11 de fevereiro de 2009, e ato normativo específico a ser publicado anualmente.”

A Portaria SVS/MS n. 116, de 11 de fevereiro de 2009 (BRASIL, 2009), além de definir as diversas competências que envolvem a emissão das declarações de óbitos e de nascidos vivos, o SIM e o Sinasc, estabelece em seu artigo 34 que “as Secretarias Estaduais de Saúde garantirão a transferência dos dados para o módulo nacional do Sistema, no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do nascimento ou óbito, no volume esperado, por meio eletrônico, via aplicativo, de modo contínuo, regular e automático, para alcançar as seguintes metas e prazos:”

a. Os parâmetros adotados para estipular o volume de eventos esperados serão definidos com base nas coberturas (razão entre coletados e esperados) alcançadas por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme os seguintes estratos:

a.1 Para as UFs com cobertura superior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, o número de registros informados pela UF por meio do próprio Sistema de Informação nos últimos 5 (cinco) anos.

a.2 Para as UFs com cobertura igual ou inferior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês valor calculado a partir das estimativas adotadas pelo gestor nacional do sistema para o ano corrente, e na sua ausência, para o ano anterior.

b. O parâmetro adotado para monitorar o volume de eventos a serem transferidos no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência será definido com base em um percentual pactuado anualmente, que deverá ser aplicado sobre a cobertura alcançada por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado.

8.2.3 Investigação de óbitos maternos

A Portaria GM/MS n. 3252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), estabelece que é “atribuição do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, estado e município;” e dos estados apoiarem os “municípios na investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme disciplina federal e estadual”.

A Vigilância Epidemiológica da Morte Materna já estava regulamentada desde junho de 2008, através da Portaria GM/MS n. 1.119 (BRASIL, 2008) que estabelece fluxos e prazos para agilizar a disponibilidade de informações pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade.

Segundo a citada portaria, “a vigilância de óbitos maternos para todos os eventos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência, deve ser realizada por

profissionais de saúde, designados pelas autoridades de vigilância em saúde das esferas federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, uma vez que os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são considerados eventos de investigação obrigatória, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência”.

Para fins de investigação, é considerado óbito materno “a morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais”.

As declarações de óbito materno e de mulheres em idade fértil deverão seguir fluxo especial, observando os seguintes prazos:

I. contados a partir da ocorrência:

I.1 quarenta e oito horas, para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito, com o envio da 1ª via da DO;

I.2 trinta dias, para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde; e

I.3 cento e vinte dias, para a equipe de vigilância de óbito materno responsável por concluir o levantamento dos dados que compõem a investigação, enviar o material ao Comitê de Morte Materna de referência e remeter a ficha-síntese da investigação epidemiológica (Anexo III) ao gestor do SIM.

II. sete dias, a contar do recebimento dos dados da ficha-síntese da investigação epidemiológica, para o gestor do SIM providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos maternos; e

III. trinta dias após a conclusão da investigação, para atualizar o SIM com os dados oriundos da ficha-síntese da investigação epidemiológica, incluindo alterações da causa do óbito, com adequação da codificação e da seleção, quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde.

8.2.4 Investigação de óbitos infantis e fetais

A investigação de óbitos infantis e fetais é regulamentada pela Portaria GM/MS n. 72, de 11 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010), que 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)” e que a “vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das unidades de vigilância epidemiológica das secretarias estaduais, municipais e do Distrito Federal e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica”

devendo “a busca ativa, a investigação, a análise e o monitoramento de óbitos infantis e fetais ser realizados por profissionais da saúde designados pelas secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal”.

Segundo essa portaria, as declarações de óbito com informação sobre óbito infantil e fetal deverão em seu fluxo obedecer aos seguintes prazos:

- » Para o serviço ou profissional de saúde informar o óbito com o envio da 1ª via da DO é de, no máximo, 48 horas a contar da data da ocorrência.
- » Para a Secretaria Estadual de Saúde disponibilizar o registro via SIM para o Ministério da Saúde é de, no máximo, 30 dias a contar da data da ocorrência.
- » Para a conclusão do levantamento dos dados que compõem a investigação, realização da discussão, análise e a conclusão do caso pelos responsáveis pela vigilância de óbitos e envio da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal à Secretaria Municipal de Saúde é de, no máximo, 120 dias a contar da data da ocorrência.
- » Para os responsáveis pela vigilância de óbitos ou a Secretaria Municipal de Saúde, conforme definição local, providenciar a alimentação do módulo de investigação de óbitos infantis e fetais do SIM com os dados da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, é de, no máximo, 7 dias a contar do seu recebimento.
- » O prazo para atualizar o SIM, com os dados oriundos da Ficha de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, incluindo alterações da causa do óbito devidamente recodificada e resselecionada quando cabível, bem como a transferência do registro alterado e a sua disponibilização para o Ministério da Saúde, é de 30 dias após a conclusão da investigação.

Os serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS deverão realizar busca ativa, diariamente, de óbitos infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências e garantir os fluxos e os prazos estabelecidos.

8.3 Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

8.3.1 Aspectos gerais

O Sinasc é o sistema responsável pelo registro de nascidos vivos. Tem como instrumento padronizado de coleta de dados a Declaração de Nascido Vivo (DN), cuja emissão, a exemplo da DO, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde. Tanto a emissão da DN como o seu registro em cartório serão realizados no município de ocorrência do nascimento. Deve ser preenchida nos hospitais e outras instituições de saúde que realizam partos, e nos cartórios de registro civil, na presença de duas testemunhas, quando o

nascimento ocorre em domicílio sem assistência de profissional de saúde.

O número de nascidos vivos é o denominador que possibilita a constituição de indicadores voltados para a avaliação de riscos à saúde do segmento materno-infantil, a exemplo dos coeficientes de mortalidade infantil e materna, que constitui relevante informação para o campo da saúde pública.

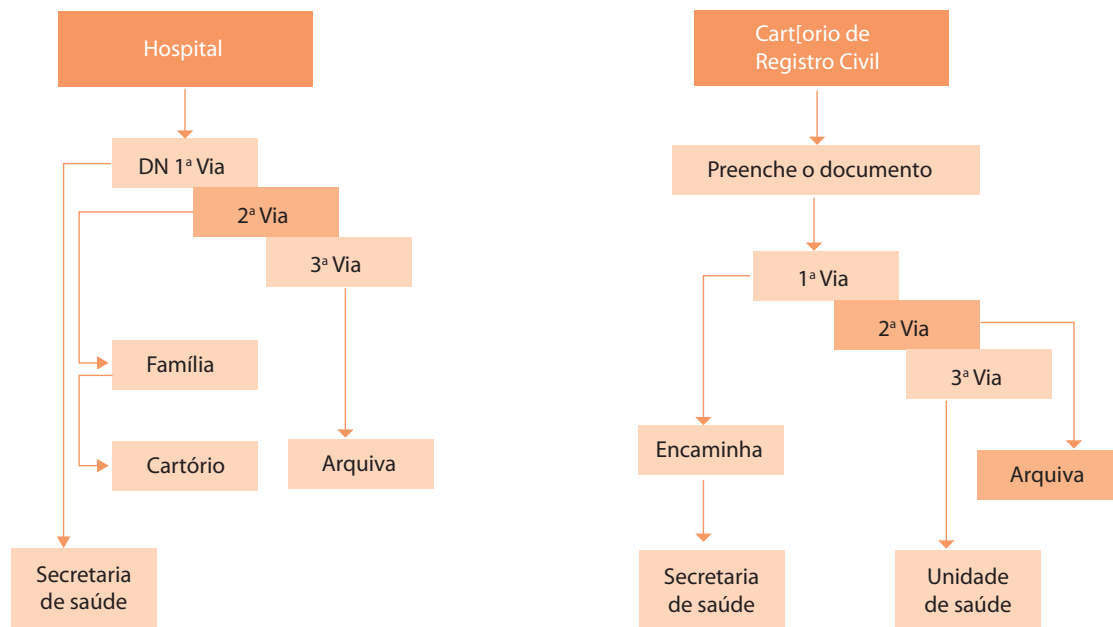
Antes da implantação do Sinasc, em 1990, essa informação só era conhecida no Brasil por estimativas realizadas a partir da informação censitária. Atualmente, são disponibilizados no endereço eletrônico www.datasus.gov.br, dados do Sinasc a partir do ano de 1994. O uso do Sinasc como denominador para o cálculo de alguns indicadores só é possível em regiões onde sua cobertura é ampla, substituindo, desse modo, as estimativas censitárias. Desde 1992 sua implantação ocorre de forma gradual. Atualmente, vem apresentando em muitos municípios um volume maior de registros do que o publicado nos anuários do IBGE, com base nos dados dos cartórios de registro civil.

A obrigatoriedade do registro da Declaração de Nascidos Vivos é dada pela Lei n. 6.015/73. A DN deve ser preenchida para todos os nascidos vivos no país, segundo conceito definido pela OMS. No caso de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DN para cada criança nascida viva.

Igualmente à DO, os formulários de Declaração de Nascido Vivo são pré-numerados, impressos em três vias coloridas e distribuídos às SES pela SVS/MS. É preconizado que as SMS devem assumir a distribuição aos estabelecimentos de saúde e cartórios. O fluxo recomendado pelo Ministério da Saúde para a DN está apresentado abaixo e segue a mesma lógica que orienta o da DO.

A Portaria GM/MS n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009, também estabelece como obrigatória a alimentação regular do Sinasc, sem estabelecer, porém, parâmetro específico para esse sistema.

Figura 55 – FLUXO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS



FONTE: SVS/Ministério da Saúde

As críticas visam detectar possíveis erros de preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos ou da digitação de dados e são de responsabilidade de todas as esferas, sobretudo da municipal, que está mais próxima do evento.

A utilização dos dados desse sistema para o planejamento e tomadas de decisão nas três esferas de governo ainda é incipiente. São utilizados apenas como denominadores para o cálculo de taxas como as de mortalidade infantil e materna, por exemplo. Apesar disso, alguns indicadores vêm sendo propostos – a grande maioria voltada à avaliação de risco da mortalidade infantil e a qualidade da Rede de Atenção à Gravidez e ao Parto.

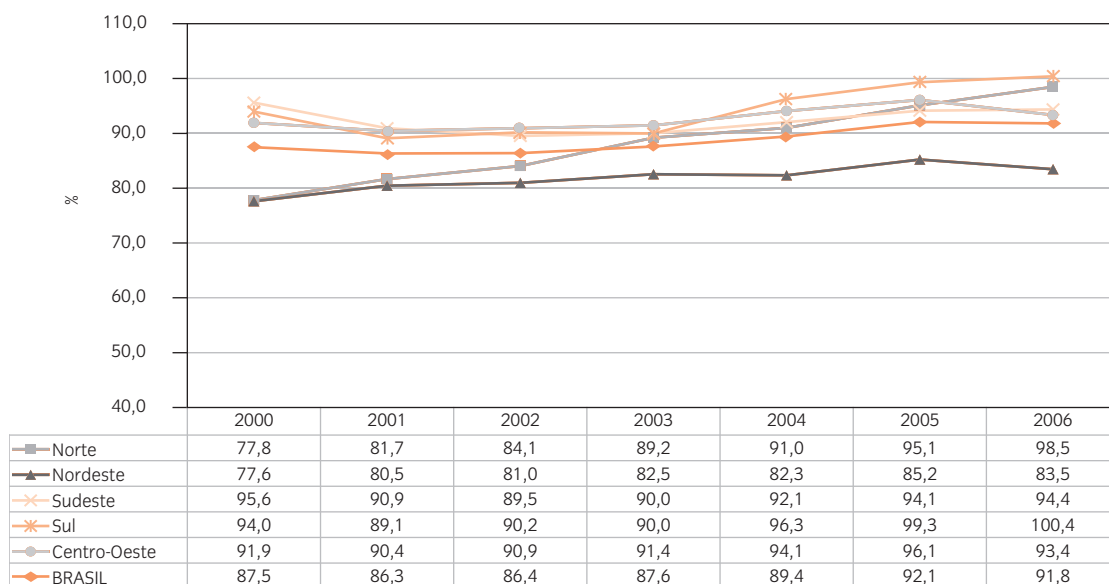
Entre os indicadores de interesse para a atenção à saúde materno-infantil, são imprescindíveis as informações contidas na DN: proporção de nascidos vivos de baixo peso, proporção de nascimentos prematuros, proporção de partos hospitalares, proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe, valores 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.

8.3.2 Evolução da cobertura do Sinasc por região

As coberturas do Sinasc são estimativas realizadas pela SVS usando técnicas demográficas. Em 2006, a cobertura do Sinasc no Brasil foi de 91,8% (Figura 56). Percebe-se o

significativo aumento da cobertura do sistema na região Norte, que em 2003 ultrapassa a cobertura média nacional e em 2006 apresenta a segunda maior cobertura do país, inferior somente à da região Sul. Na região Nordeste esse aumento é mais discreto, com valores ainda abaixo da média nacional. Cabe destacar que esse indicador compara os números efetivamente registrados no Sinasc com as estimativas de nascimentos do IBGE, podendo existir a influência de diversos fatores, considerando especialmente a diminuição das taxas de fertilidade.

figura 56 COBERTURA DO SINASC. BRASIL E REGIÕES, 2000 A 2006



FONTE: Indicadores e Dados Básicos (IDB) BRASIL, 2008

8.4 Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

8.4.1 Aspectos gerais

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS n. 05, de 21 de fevereiro de 2006), mas é facultado a estados e municípios incluírem outros problemas de saúde regionalmente importantes. Tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de

investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

A utilização efetiva dos seus dados permite 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 Sinan pode ser operacionalizado em nível administrativo mais periférico, ou seja, nas Unidades de Saúde, seguindo a orientação de descentralização do SUS. Caso o município não disponha de computadores em suas unidades, o Sinan pode ser acessado nas Secretarias Municipais, Regionais de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde. No Sinan, a entrada de dados ocorre pela utilização de alguns formulários padronizados:

- » Ficha Individual de Notificação (FIN) que 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 semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das SES com a SVS deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano. Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as Unidades precisam preencher o Formulário de Notificação Negativa, que tem os mesmos prazos de entrega. Essa é uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o Sistema de Vigilância da área estão alertas para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação.
- » Ficha Individual de Investigação (FII) – na maioria das vezes, configura-se como roteiro de investigação, distinto para cada tipo de agravo, devendo ser utilizado, preferencialmente, pelos Serviços Municipais de Vigilância ou Unidades de Saúde capacitadas para a realização da investigação epidemiológica. Permite a obtenção de dados que possibilitam a identificação da fonte de infecção e mecanismos de transmissão da doença. Os dados, gerados nas áreas de abrangência dos respectivos estados e municípios, devem ser consolidados e analisados considerando aspectos relativos à organização, sensibilidade e cobertura do próprio sistema de notificação, bem como os das atividades de Vigilância Epidemiológica.

Além dessas fichas, o sistema também possui planilha e boletim de acompanhamento de surtos, reproduzidos pelos municípios, e os boletins de acompanhamento de hanseníase e tuberculose, emitidos pelo próprio sistema.

A impressão, distribuição e numeração desses formulários são de responsabilidade do estado ou município.

As Fichas Individuais de Notificação devem ser preenchidas pelos profissionais de saúde nas unidades assistenciais, as quais devem manter uma segunda via arquivada, pois a original é remetida para o serviço de vigilância epidemiológica responsável pelo desencadeamento das medidas de controle necessárias.

Preconiza-se que em todas as instâncias os dados aportados pelo Sinan sejam consolidados e analisados e que haja uma retroalimentação às esferas que os precederam. Na esfera federal, os dados do Sinan são processados, analisados juntamente com aqueles que chegam por outras vias e divulgados pelos instrumentos de análise de situação de saúde e informes epidemiológicos eletrônicos, disponibilizados no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs.

A análise dos dados é fundamental para garantir uma base de dados com qualidade. A partir da alimentação do banco de dados do Sinan, pode-se calcular a incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, bem como realizar análises de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar, particularmente para as doenças transmissíveis de notificação obrigatória, além de outros indicadores epidemiológicos e operacionais utilizados para as avaliações local, municipal, estadual e nacional.

As informações da ficha de investigação possibilitam maior conhecimento acerca da situação epidemiológica do agravo investigado, fontes de infecção, modo de transmissão e identificação de áreas de risco, dentre outros importantes dados para o desencadeamento das atividades de controle. A manutenção periódica da atualização da base de dados do Sinan é fundamental para o acompanhamento da situação epidemiológica dos agravos incluídos no sistema.

O Manual de Normas e Rotinas do Sinan está disponível no endereço eletrônico www.saude.gov.br/svs.

Percentual de casos notificados encerrados oportunamente

Avaliando como se deu o cumprimento das metas pactuadas no Pacto de Gestão em 2008 em relação ao encerramento oportuno dos casos notificados no Sinan. Observa-se que nesse ano, 76,1% dos casos notificados foram notificados oportunamente no País, que atingiu a meta nacional.

Na distribuição da proporção de notificações encerradas oportunamente por município com casos residentes observou-se que 45,5% atingiram ou ultrapassaram a respectiva meta estadual pactuada para o ano de 2008. Cabe ressaltar que 33,5% (1724 de 5.149) dos municípios com casos residentes apresentaram resultados abaixo da meta mínima de 60 %.

Entre as regiões do país, as que apresentaram melhores resultados foram a região Sul (55,4%), seguida da Sudeste (50,9%), refletindo a qualidade da Vigilância. Os referidos resultados indicam a necessidade de se aprimorar não só o sistema de informação, mas principalmente a Vigilância Epidemiológica. Cabe destacar que problemas operacionais do sistema (erro na rotina do fluxo de retorno do Sinan NET), impossibilitaram o encerramento de casos notificados fora do município de residência, o que pode ter contribuído na redução dos resultados desse indicador, a partir de 2007, principalmente para os agravos e municípios com pequeno número de notificações anual.

8.4.2 Avaliação da regularidade da alimentação do Sinan:

A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, segundo a Portaria GM/MS n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), também está condicionada à alimentação regular do Sinan.

A portaria estabelece que as secretarias municipais de saúde deverão notificar semanalmente agravos de notificação compulsória ou notificação negativa no Sinan, conforme a Portaria SVS/MS n. 5, de 21 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006) – que define as doenças de notificação compulsória, e a Instrução Normativa SVS/MS n. 2, de 22 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005) – que 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 Sinan.

O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde para estados e municípios dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos.

8.5 Sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI)

8.5.1 Aspectos gerais

Implantado em todos os municípios brasileiros, fornece dados relativos à cobertura vacinal de rotina e, em campanhas, taxa de abandono e controle do envio de boletins de imunização. Além do módulo de avaliação do PNI, esse sistema dispõe de um subsistema de estoque e distribuição de imunobiológicos para fins gerenciais. O objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica.

Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunobiológicos necessá-

rio aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição.

O SI-PNI é formado por um conjunto de sistemas:

- » Avaliação do Programa de Imunizações (API). Registra, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal, por Unidade Básica, município, regional da Secretaria Estadual de Saúde, estado e país. Fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio de boletins de imunização. Pode ser utilizado nos âmbitos federal, estadual, regional e municipal.
- » Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI). Gerencia o estoque e a distribuição dos imunobiológicos. Contempla os âmbitos federal, estadual, regional e municipal.
- » Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV). Permite o acompanhamento de casos de reações adversas ocorridas pós-vacinação e a rápida identificação e localização de lotes de vacinas. Para as gestões federal, estadual, regional e municipal.
- » Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão (Pais). Sistema utilizado pelos supervisores e assessores técnicos do PNI para padronização do perfil de avaliação, capaz de dar agilidade à tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão dos estados.
- » Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV). Sistema utilizado pelos coordenadores estaduais de imunizações para padronização do perfil de avaliação, capaz de dar agilidade à tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão das salas de vacina.
- » Apuração dos Imunobiológicos Utilizados (AIU). Permite realizar o gerenciamento das doses utilizadas e das perdas físicas para calcular as perdas técnicas a partir das doses aplicadas. Desenvolvido para as gestões federal, estadual, regional e municipal.
- » Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais – Sicrie. Registra os atendimentos nos Cries e informa a utilização dos imunobiológicos especiais e eventos adversos.

8.6 Sistema de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep – Malária)

8.6.1 Aspectos gerais

O Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep-Malária) é a ferramenta utilizada pelo Programa Nacional de Controle da Malária para Vigilância dos casos da doença. Foi implantado em 2003, na região Amazônica, visando melhorar

o fluxo, a qualidade e a oportunidade de informações entre os municípios, estados e o nível nacional.

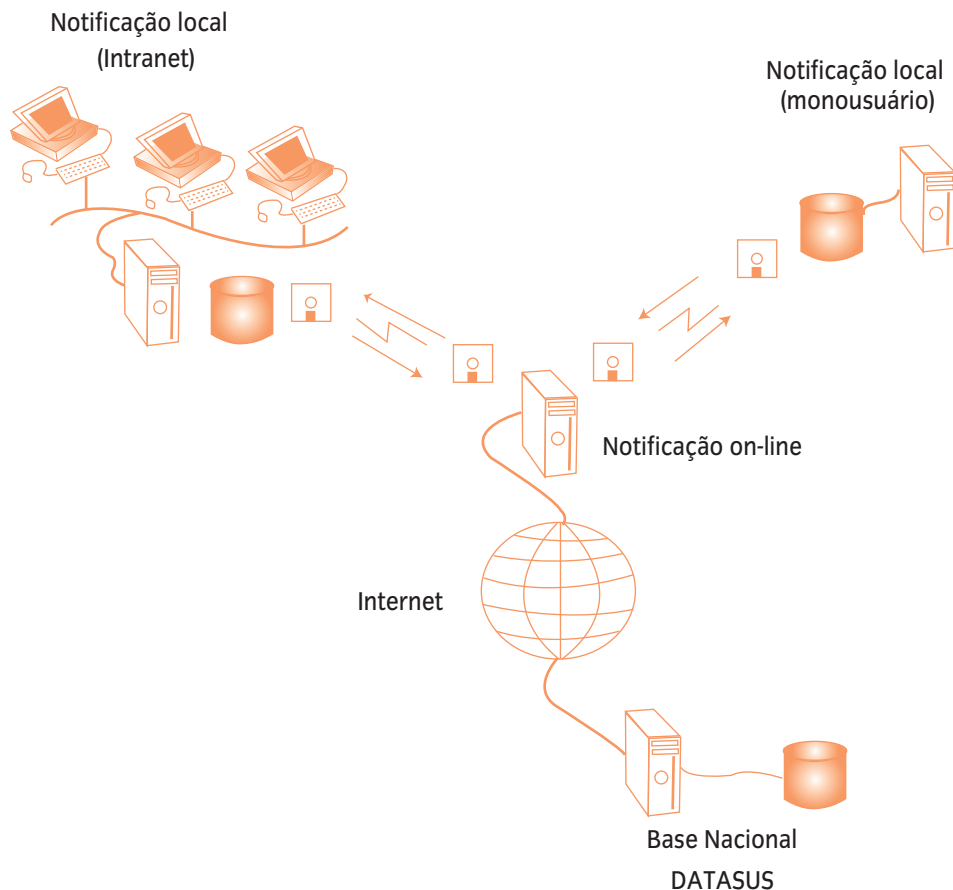
Esse sistema foi concebido com moderna tecnologia de informação e foi desenvolvido em duas versões: Sivep-Malária-Local, para atender aos usuários que não dispõem de conexão com a Internet; e o Sivep-Malária-WEB, para aqueles que estão conectados na rede mundial de computadores. Nas duas versões, os dados das notificações são centralizados em uma base de dados nacional, que permite aos usuários verificar a situação da doença em todo o país.

O sistema permite a notificação de casos, simultaneamente, por vários usuários com computadores, interligados em rede interna do Serviço (intranet), mesmo sem conexão com a Internet.

A utilização da internet para a transmissão de dados dá agilidade ao sistema e permite a retroalimentação instantânea das informações para todos os usuários.

O Sivep-Malária é utilizado em todos os estados da Amazônia Legal (RO, AC, AM, RR, PA, AP, TO, MA e MT), onde se concentram mais de 99% dos casos de malária do Brasil.

Figura 57 FLUXO DA NOTIFICAÇÃO DE CASOS



FONTE: SVS/MS

O Sivep-Malária é composto por um módulo principal de notificação de casos e outros quatro módulos auxiliares para cadastro de localidades, laboratórios, unidades notificantes e agentes notificantes.

O módulo de notificação é alimentado pela Ficha de Notificação de Caso de Malária. Nela são coletados os dados de identificação da Unidade e agente notificante; identificação do paciente; local provável onde ocorreu a infecção; resultado do exame laboratorial; esquema de tratamento utilizado; data da internação ou do óbito.

As localidades são classificadas por categorias como: bairro, fazenda, aldeia, garimpo, assentamento, entre outras. Registra-se também a quantidade de prédios existentes; a população e as coordenadas geográficas: longitude e latitude.

Os cadastros de unidades notificantes e laboratórios permitem identificar a localiza-

ção e respectivos vínculos. Com relação ao cadastro de agentes notificantes, registra-se a esfera de governo a que pertence o servidor, municipal, estadual ou federal, e se o mesmo participa do Programa de Saúde da Família ou de Agente Comunitário de Saúde (PSF/Pacs). Permitindo avaliar, em parte, o grau de inserção das atividades de Controle da Malária nas Ações Básicas de Saúde.

O Sivep-Malária disponibiliza, atualmente, 14 relatórios que permitem aos usuários analisar o comportamento da doença. Todos os relatórios podem ser agregados por níveis, de acordo com a necessidade de avaliação, podendo iniciar com a unidade notificante, progredindo para níveis de maior agregação como localidade, município, região malárica (Amazônia e Extra-Amazônia), entre outros, até o nível nacional. Existem duas opções para apresentação dos dados de cada relatório: distribuição mensal e distribuição por local (localidade, município, UF).

Uma das análises viabilizadas pelos relatórios do Sivep-Malária refere-se ao resumo epidemiológico, pelo qual se pode avaliar a distribuição dos exames de sangue realizados e os casos detectados por buscas ativa e passiva.

Alguns indicadores disponibilizados pelo Sivep-Malária:

- » Indicadores Epidemiológicos – Índice Parasitário Anual (IPA).
 - › Índice de Exames de Sangue (Iaes).
 - › Índice de Lâminas Positivas (IPA).
 - › Índice de *P. falciparum* (IFA).
- » Indicadores de oportunidade e qualidade:
 - › Oportunidade do envio das informações.
 - › Subnotificação de casos.
 - › Origem dos casos notificados.
 - › Duplicidade de casos.

8.7 Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue (FAD)

8.7.1 Aspectos gerais

O Sisfad é um sistema que permite a informatização dos dados referentes às atividades de Controle do Vetor da Dengue do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Está implantado desde 1997 e encontra-se descentralizado em todas as Unidades Federadas, exceto nos estados de Minas Gerais e São Paulo que possuem sistemas próprios compatíveis com o Sistema Nacional.

Está em sua 14ª versão. A forma de organização da base de dados possibilita a sua tabulação por meio do TABWIN, permitindo, dessa forma, o cruzamento e análise de dados

de forma pareada junto a outros Sistemas de Informação do SUS como o Sinan, SIH e SIM. Todas as SES já foram capacitadas na sua utilização.

O Sisfad fornece informações para subsidiar os gestores das três esferas de governo quanto ao monitoramento das ações de Controle e Tomadas de Decisão.

Dentre as características da atual versão do sistema destacamos:

- » Entrada de dados por meio de resumos semanais.
- » Utilização do sistema Sisloc, que sofreu ajustes (para viabilizar a disponibilidade de informações como número de terreno baldio, número de quarteirões, número de pontos estratégicos, número de armadilhas e a classificação da localidade em urbana e rural) que está sendo atualizado com vistas à organização da base de dados para migração para o SisPNCD (novo sistema que substituirá o Sisfad – mais informações ao final deste capítulo)
- » Manutenção de cadastro relacionado a inseticidas sob responsabilidade da Gerência Nacional.
- » Emissão de relatórios de indicadores entomológicos (Índice de Infestação Predial – IIP, Índice de Breteau – IB, Índice de Tipo de Recipientes – ITR, Pendência, Cobertura, entre outros).

O fluxo atual de encaminhamento das informações desse sistema dos municípios para as demais esferas é:

- » Digitação semanal dos trabalhos pelas SMS – em casos excepcionais, a digitação é realizada pelas Regionais de Saúde/SES.
- » Encaminhamento por parte das SMS, mensalmente até o 5º dia útil, às SES, dos consolidados mensais em meio magnético.
- » Encaminhamento por parte das SES, mensalmente até o 10º dia útil, à CGPNCD/SVS/MS, dos consolidados mensais em meio magnético.

Para o acompanhamento do uso desse sistema, uma série de indicadores está proposta. Esse acompanhamento permite a qualificação da informação gerada e, por conseguinte, sua utilização como ferramenta fundamental para gerenciamento do programa de Controle da Dengue.

Principais indicadores:

- » Alimentação do sistema:
 - › Percentual de municípios com envio regular das informações – envio até o 5º dia útil.
 - › Percentual de municípios com digitação regular dos trabalhos – até uma semana de atraso.

» Qualidade dos dados:

- › Percentual de municípios com cumprimento da meta de visita casa/casa no período mensal e bimestral (ciclo).
- › Percentual de municípios com pendência <10% no período mensal e bimestral (ciclo).
- › Percentual de municípios com índices de infestação predial (IIP) = ao Breteau.

A notificação dos casos de dengue deve ser feita por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), utilizando a Ficha de Notificação e investigação padronizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), aos moldes dos demais agravos de notificação compulsória.

Visando dar agilidade ao processo de notificação em caso de ocorrência de epidemias, os casos de dengue clássicos poderão ser notificados somente através da Ficha de Notificação, não sendo, portanto, necessário o preenchimento da Ficha de Investigação.

Segundo as orientações determinadas na Nota Técnica n. 014/2006 CGPNCD/Diges/SVS/MS, todos os casos suspeitos de febre hemorrágica da dengue e casos de dengue com complicação deverão ser investigados, com preenchimento da Ficha de Investigação Epidemiológica e digitação no Sinan, independentemente da ocorrência de epidemias.

8.7.2 A proposta de substituição do Sisfad pelo SisPNCD

O Sisfad está em processo de aperfeiçoamento, vem sendo reestruturado na plataforma Windows (nos moldes do sistema atualmente em uso para malária) e sua denominação será substituída para SisPNCD – Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue. A nova versão terá informações complementares, dentre elas:

- » Cadastro de Pontos Estratégicos, veículos (UBV), armadilhas, áreas e microáreas,
- » Cadastro de recursos humanos, com informações apenas dos quantitativos de agentes, supervisores, motoristas, laboratorista, entre outros,
- » Relatórios de consumo de inseticida nas atividades de rotina (visita casa a casa) e emergenciais,
- » Utilização do Sisloc com vistas à organização e atualização na base de localidades.
- » Programação dos ciclos de atividades de aplicação de Ultrabaixo Volume (UBV).

O SisPNCD apresentará o módulo local ou municipal e módulo *web*. O módulo local terá três níveis de acesso: administrador, digitador e gerente. O módulo *web* apresentará níveis de acesso municipal, estadual e federal.

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.

8.8 Análise de situação de saúde

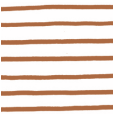
A prática constante de análise de dados secundários é um fator fundamental para o contínuo processo de aperfeiçoamento, gerência e controle da qualidade dos dados, aprimoramento das fontes de informações e a construção de propostas de análise de situação de saúde, estimulando uma prática de gestão da saúde pública baseada em evidências.

Atualmente, um dos grandes problemas para a análise de informações é a confiabilidade dos indicadores gerados pelos dados obtidos por meio dos sistemas de informações. A análise da qualidade dos dados deve ser realizada por todas as esferas de gestão do SUS, a partir da análise periódica dos indicadores de produção e de qualidade de base de dados.


Os diversos sistemas de informação do SUS fornecem, além de relatórios com dados epidemiológicos, relatórios ou aplicativos (comandos SQL e PGM) que geram informações sobre grau de completude e consistência das variáveis essenciais para a construção dos indicadores de análise de situação de saúde, segundo unidade de notificação (unidade de saúde, município ou estado).


Para o bom gerenciamento dos sistemas e garantia de sua qualidade, os gestores devem estimular a prática das análises de completude e consistência e é necessário que os relatórios gerados dessas análises sejam trabalhados pelas unidades notificadoras para a correção de falhas e aperfeiçoamento dos dados produzidos.

A análise de situação de saúde deve ocorrer nos seus diversos níveis, de forma sistemática, com periodicidade previamente definida, de modo a permitir a utilização das informações quando da tomada de decisão e nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação dos programas desenvolvidos. Adicionalmente, a divulgação das informações geradas pelos sistemas assume valor inestimável como instrumento de suporte ao controle social, prática que deve ser estimulada e apoiada em todos os níveis e que deve definir os instrumentos de informação, tanto para os profissionais de saúde como para a comunidade.



9 SISTEMA NACIONAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA – REDE DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA: ABRANGÊNCIA, LABORATÓRIOS

- 9.1 **Conceituação**
 - 9.2 **Atribuições, Responsabilidades e Financiamento da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública**
 - 9.3 **Laboratórios de Referência**
 - 9.4 **Rede de Laboratórios de Fronteiras**
 - 9.5 **Rede de Laboratórios com Área de Nível de Biossegurança 3 – NB3**
 - 9.6 **Rede de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental**
- 



9 SISTEMA NACIONAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA – REDE DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA: ABRANGÊNCIA, LABORATÓRIOS

9.1 Conceituação

A qualidade das ações de Vigilância Epidemiológica é, em grande parte, dependente de um oportuno e correto diagnóstico laboratorial. Para atender a essa necessidade, o Brasil vem, desde 1976, estruturando uma Rede de Laboratórios de Saúde Pública.

A magnitude da Rede de Serviços de Saúde Pública no Brasil, o processo de descentralização das ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças aliado ao crescente aumento da demanda analítica em decorrência da emergência e reemergência de doenças transmissíveis têm exigido, cada vez mais, respostas oportunas, maior efetividade no controle de qualidade das análises e implantação de mecanismos que possam promover a modernização e possibilitar melhores condições de biossegurança das estruturas laboratoriais.

O Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), organizado por meio da Portaria GM/MS n. 2.031, de 23 de setembro de 2004, é um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizados 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. O Sislab é constituído por quatro redes nacionais de laboratórios: Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica, Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental, Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária e Rede Nacional de Laboratórios de Assistência Médica de Alta Complexidade.

A Secretaria de Vigilância em Saúde é a gestora das Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância em Saúde Ambiental. As unidades integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica executam principalmente as seguintes atividades: diagnóstico de doenças de notificação compulsória; Vigilância de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis; monitoramento de resistência antimicrobiana e a definição da padronização dos kits diagnósticos a serem utilizados na Rede.

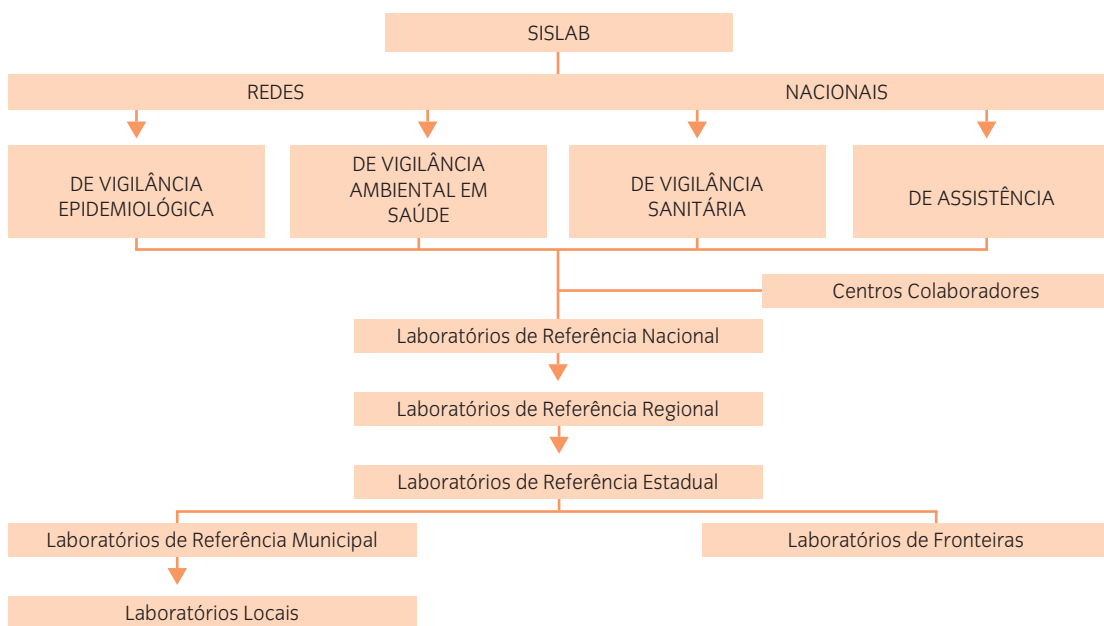
As unidades integrantes da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental apoiam a Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano; Vigilância da Qualidade do Ar; Vigilância da Qualidade do Solo; e Vigilância de Fatores Ambientais Físicos e Químicos.

O Sislab é organizado de forma hierarquizada e tem suas ações executadas nas esferas federal, estadual e municipal, em consonância com os princípios do SUS (Figura 58).

As sub-redes são estruturadas, sendo observadas as suas especificidades, de acordo com a seguinte classificação de unidades laboratoriais:

- I. Centros colaboradores.
- II. Laboratórios de Referência Nacional.
- III. Laboratórios de Referência Regional.
- IV. Laboratórios de Referência Estadual.
- V. Laboratórios de Referência Municipal.
- VI. Laboratórios locais.
- VII. Laboratórios de fronteira.

Figura 58 FLUXOGRAMA DO SISTEMA NACIONAL DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA



9.2 Atribuições, responsabilidades e financiamento da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública

Os gestores estaduais das redes são as secretarias estaduais de saúde que têm como atribuições coordenar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública, avaliar as atividades desenvolvidas pelas unidades partícipes da Rede e participar e controlar a execução das ações prioritárias de vigilância em saúde.

A base desse sistema é apoiada nos Laboratórios Estaduais de Saúde Pública (Lacen).

Até 2005, os Lacen vinham passando por um processo de financiamento inadequado, muito baseado na produção de exames da área de patologia clínica em detrimento da execução de serviços estratégicos para as ações de vigilância e controle de doenças, com graves consequências para as ações de vigilância em saúde.

Para corrigir essa distorção, a SVS/MS instituiu, através da Portaria GM/MS n. 2.606, de 28 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), uma nova forma de financiamento para os Laboratórios de Saúde Pública, o Finlacen, compatível com a execução de atividades que atendam à necessidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em cada estado e que não dependa da produção de serviços.

Nessa nova forma os estados foram classificados em 5 portes (1 a 5) a partir da análise dos dados relativos à população e à extensão territorial de cada estado.

Por outro lado, considerando-se o elevado grau de heterogeneidade existente em nível de estruturação, capacidade instalada e desempenho, foi necessária a introdução de um mecanismo que contemplasse essa heterogeneidade e estimulasse o aperfeiçoamento dos mesmos, visando atingir o grau de desempenho desejado para um adequado funcionamento do Sistema de Vigilância Epidemiológica e Ambiental no estado. Para tanto, foram criados cinco níveis em cada porte.

O primeiro nível (A) correspondia ao grau mínimo de desempenho observado entre os laboratórios de saúde pública que compõem o respectivo porte e o último nível (E) ao grau desejado para os laboratórios daquele porte.

A Portaria GM/MS n. 2.606 foi modificada em janeiro de 2007, com a publicação da Portaria GM/MS n. 34 (BRASIL, 2007), que extinguiu o pagamento por produção de exames para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), exceto daqueles financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, propondo a incorporação dos recursos financeiros referentes aos procedimentos realizados pelos Lacen (incluídos até então no limite financeiro da MAC – Média e Alta Complexidade), no Finlacen, através do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, a partir de janeiro de 2007. A Portaria GM/MS n. 34, de 2007, definiu também que a primeira classificação dos Lacen nos respectivos níveis dos portes correspondentes entraria em vigor na competência julho de 2007.

A partir da análise de relatórios de avaliação realizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde por meio da Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública, os 27 Lacen foram reclassificados através da Portaria GM/MS n. 1419, de 10 de julho de 2008 (BRASIL, 2008), que também definiu os valores repassados a cada laboratório com base nessa classificação, além dos valores adicionais destinados àqueles que fazem parte da Rede Nacional de Laboratórios de Referência e que possuem área de biossegurança – NB3.

Na tabela 31 apresentamos a classificação dos Lacen estaduais segundo porte e nível.

Tabela 31 CLASSIFICAÇÃO DOS LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA ESTADUAIS (LACEN) CONFORME PORTE E NÍVEL, BRASIL, 2008

ESTADO	PORTE	CLASSIFICAÇÃO DOS LACEN CONFORME AVALIAÇÃO “IN LOCO”
Acre	Porte I	Nível A
Alagoas	Porte II	Nível E
Amapá	Porte I	Nível B
Amazonas	Porte III	Nível E
Bahia	Porte V	Nível E
Ceará	Porte IV	Nível E
Distrito Federal	Porte II	Nível A
Espírito Santo	Porte III	Nível A
Goiás	Porte III	Nível C
Maranhão	Porte III	Nível A
Mato Grosso	Porte III	Nível A
Mato Grosso do Sul	Porte II	Nível D
Minas Gerais	Porte V	Nível E
Pará	Porte III	Nível A
Paraíba	Porte III	Nível A
Paraná	Porte IV	Nível D
Pernambuco	Porte IV	Nível E
Piauí	Porte II	Nível A
Rio de Janeiro	Porte V	Nível C
Rio Grande do Norte	Porte II	Nível A
Rio Grande do Sul	Porte IV	Nível A
Rondônia	Porte II	Nível A
Roraima	Porte I	Nível A
Santa Catarina	Porte III	Nível A
São Paulo	Porte V	Nível E
Sergipe	Porte II	Nível A
Tocantins	Porte II	Nível A

FONTE: Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.419, de 10 de julho de 2009

A partir da publicação da Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009), os repasses financeiros referentes ao Finlacen foram incorporados ao Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Financiamento de Vigilância e Promoção da Saúde, portanto, as secretarias estaduais de saúde devem viabilizar mecanismos administrativos que proporcionem a transferência desses recursos para os respectivos Laboratórios Centrais de Saúde Pública.

É importante destacar a necessidade de adequação dos laboratórios de saúde pública, de forma a dispor de pessoal qualificado e infraestrutura, visando a uma maior resolutividade e oportunidade no suporte laboratorial para as ações de vigilância em saúde, o que, muitas vezes, também implicará na reorganização das Redes de Laboratórios de Patologia Clínica e apoio diagnóstico do Sistema Estadual de Saúde. Essa reorganização deverá ocorrer principalmente nos estados em que os laboratórios de saúde pública ainda executam uma proporção significativa de exames de patologia clínica e apoio diagnóstico.

Com vistas a essa reorganização das redes de laboratório de saúde pública e também de patologia clínica, as secretarias estaduais de saúde devem viabilizar discussões técnicas com os municípios envolvidos, observando as diretrizes estabelecidas no Pacto de Gestão, que apresenta como um dos seus principais eixos a regionalização e a adequação do processo de planejamento, como forma de racionalizar recursos e garantir o acesso da população aos serviços de saúde, de forma integral.

9.3 Laboratórios de Referência

Desde a sua criação, em 1977, que a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública trabalha com unidades de referência, localizadas em diversos órgãos públicos, identificados pela especialização e experiência com o diagnóstico laboratorial de determinados agravos. Para melhor organizar esse sistema, em 23 de dezembro de 2004, foi publicada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, a Portaria GM/MS n. 70 (república no DOU de 24/2/2005), que estabelece os critérios e a sistemática para habilitação de Laboratórios de Referência Nacional e Regional, para as Redes Nacionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde.

Dentre os critérios estabelecidos destacam-se a implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade e Biossegurança, a comprovação de experiência na área de conhecimento, a comprovação de participação em programas nacionais ou internacionais de avaliação externa da qualidade e a comprovação da existência de profissionais em quantidade e com qualificação compatível com as atividades a serem desenvolvidas.

A sistemática de habilitação prevê que após a avaliação dos laboratórios, hoje considerados como referência, quanto ao cumprimento dos critérios estabelecidos, será publicado um edital para seleção de novos laboratórios.

Os Laboratórios de Referência Nacional possuem as seguintes atribuições:

- » Realizar procedimentos diagnósticos de alta complexidade.
- » Participar na elaboração de manuais e normas técnicas.
- » Controlar a qualidade das análises nas sub-redes de laboratórios.
- » Capacitar recursos humanos.
- » Desenvolver estudos diagnósticos e pesquisas.
- » Participar de cooperações internacionais.
- » Disponibilizar ao Ministério da Saúde relatórios técnicos periódicos.

Aos laboratórios de Referência Regional compete:

- » Realizar procedimentos diagnósticos de maior complexidade.
- » Controlar a qualidade das análises realizadas pelos Lacen de sua região.
- » Encaminhar ao Laboratório de Referência Nacional amostras inconclusivas e as de complementação de diagnóstico.
- » Assessorar, acompanhar e avaliar as atividades dos Lacen de sua região.
- » Disponibilizar relatórios técnicos periódicos.

9.4 Rede de Laboratórios de Fronteiras

Historicamente, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, desenvolvidas nos municípios fronteiriços, se caracterizaram por terem respostas demoradas, principalmente pela falta de capacidade técnica laboratorial instalada, determinando dependência de cidades-polos ou das capitais e, com isso, dificultando a execução de ações oportunas, principalmente quando da ocorrência de surtos ou epidemias, bem como no controle de produtos. Para melhorar a capacidade de resposta do país, a Secretaria de Vigilância em Saúde vem implantando uma Rede de Laboratórios em 12 municípios de fronteira. O objetivo principal dessas unidades de saúde é o diagnóstico das principais doenças transmissíveis e, para isso, devem ter capacidade técnica instalada para executar análises, efetuar a coleta, o armazenamento e envio de amostras, com qualidade e segurança, aos laboratórios de referência.

As secretarias estaduais e municipais de Saúde participam dessa implantação constituindo e treinando as equipes de profissionais.

No momento, dentre os 12 Laboratórios de Fronteira propostos, somente 1 não iniciou suas atividades (Pacaraima – RR).

Figura 59 LOCALIZAÇÃO DOS LABORATÓRIOS DE FRONTEIRA



FONTE: SVS/MS

9.5 Rede de Laboratórios com área de Nível de Biossegurança 3 (NB3)

O diversificado comportamento das doenças infecciosas emergentes e reemergentes, como também o rápido desenvolvimento das tecnologias de manipulação genética de microrganismos, têm suscitado discussões quanto às condições de biossegurança na Rede de Laboratórios de Saúde Pública.

Nesse sentido, o Brasil vem colocando em prática uma política de biossegurança com a implantação na Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, áreas de Nível de Biossegurança 3 (NB-3). Esses laboratórios, por possuírem arquitetura e instalações especiais, bem como equipamentos de última geração, aliados a normas e procedimentos rígidos, permitem o manejo seguro de amostras biológicas que possam representar alto risco de contaminação humana e ambiental.

Esse fato fortalece a vigilância epidemiológica em todo o país, em particular no controle de doenças transmitidas por agentes de classe de risco 3 e de transmissão respiratória, tal como a hantavirose e o antraz, que necessitam, para o diagnóstico, a sua reprodução ou aumento de concentração.

Com isso, o Brasil estará apto a tornar-se referência para a Organização Mundial da Saúde (OMS) na América Latina.

Das 12 áreas NB-3 planejadas pela SVS, 10 já estão em funcionamento: LACEN (SES RS), Instituto Adolfo Lutz (SES SP), Instituto Pasteur (SES SP), Depto. de Virologia (IOC – Fiocruz – RJ), Centro de Referência Professor Hélio Fraga (Fiocruz – RJ), Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz Fraga (Fiocruz – BA), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães Fraga (Fiocruz – PE), Lacen (SES CE), Instituto Evandro Chagas (SVS/MS – PA), Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (SES AM). Até o final de 2010 deve entrar em funcionamento a área NB-3 do Instituto Otávio Magalhães (Funed – SES MG).

Estão vinculadas a Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), pertencentes às secretarias estaduais de saúde, e instituições de referência nacional do Ministério da Saúde. Para a distribuição dessas unidades laboratoriais foram utilizados critérios epidemiológicos, de capacidade técnica instalada e região geográfica, possibilitando uma cobertura de todo o território nacional. O processo de treinamento das equipes contou com a colaboração de profissionais do Centro para Prevenção e Controle de Doenças (CDC), de Atlanta, Estados Unidos, uma das mais importantes instituições em epidemiologia no mundo.

Destacam-se como principais características de biocontenção as seguintes: acesso controlado eletronicamente; sistema de condicionamento e tratamento de ar, com exaustão de 100% do ar, que promove pressão negativa em relação às áreas adjacentes, bem como é provido de filtros de alta eficiência (Hepa), sendo todas as operações monitoradas e gerenciadas por sistema automatizado, possuindo ainda cabines de segurança biológica conectadas ao sistema de ar, barreiras com autoclave de dupla porta, sistema próprio de energia de emergência e de tratamento de efluentes por processo térmico, com materiais de aço de alta resistência.

Além disso, todos os profissionais utilizam Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), tais como macacões, máscaras, respiradores e luvas, apropriados para o manejo de agentes altamente infecciosos.

9.6 Rede de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental

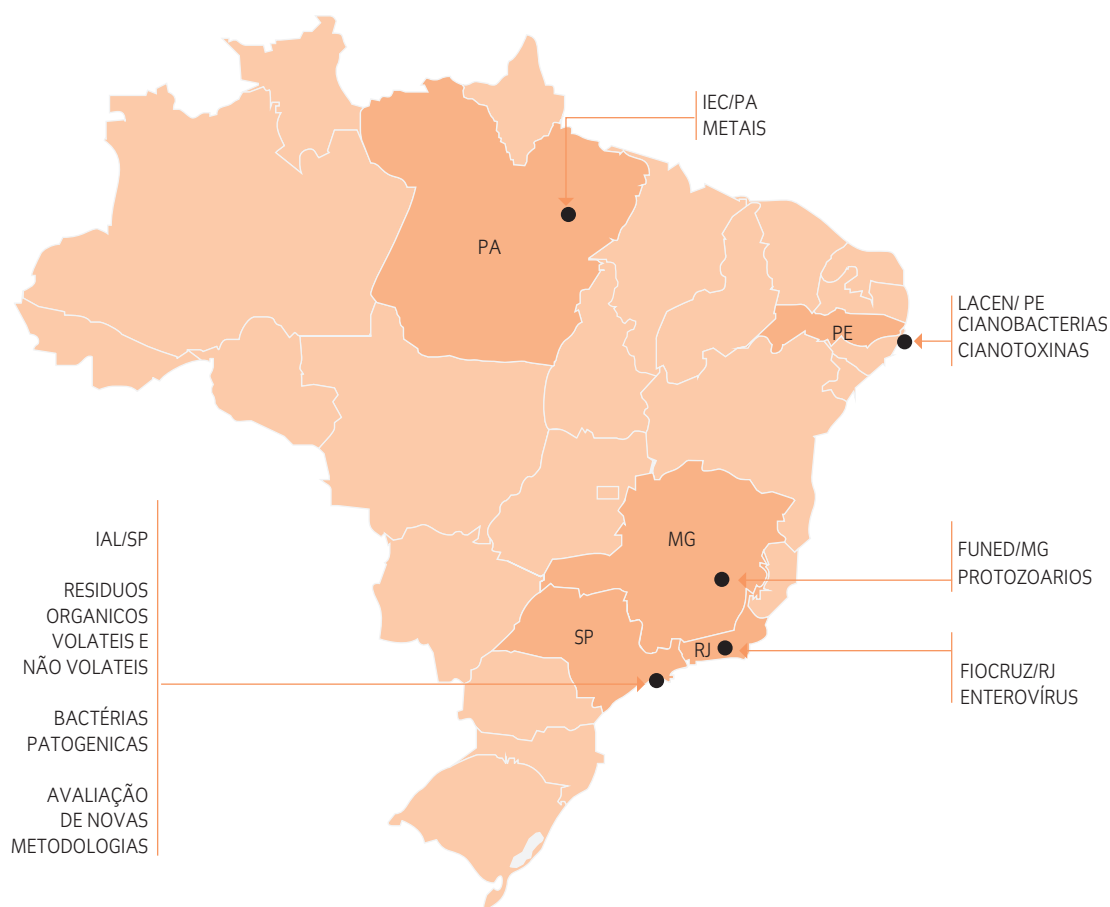
Para apoiar as atividades de vigilância em saúde ambiental (VSA) é necessário uma

rede de laboratórios capacitada e especializada em análises bastante específicas.

A partir de um diagnóstico situacional das capacidades existentes, foi elaborado um plano para estruturação e capacitação dessa Rede. Os laboratórios foram identificados segundo suas capacidades para realizar as análises necessárias à VSA, sendo que para as análises de maior complexidade buscou-se identificar instituições que pudessem se tornar Laboratórios de Referência ou Centros Colaboradores.

Foram identificados pela SVS cinco laboratórios com potencial para serem Referência Nacional em análises de: resíduos orgânicos voláteis e não voláteis; metais pesados; protozoários; vírus ambientais; cianobactérias e cianotoxinas.

Figura 60 LABORATÓRIOS COM POTENCIAL PARA SEREM LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA NACIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL



FONTE SVS/MS

Quanto ao apoio laboratorial para a VSA, os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) vêm sendo capacitados (conforme as características, capacidade e necessidade local) para as seguintes atividades:

- » Controle da qualidade analítica em laboratórios de análises microbiológicas de água;
- » Análises físico-químicas da água;
- » Identificação e quantificação de cianotoxinas;
- » Análises microbiológicas de solo;
- » Identificação e contagem de cianobacterias;
- » Atualização em análises de resíduos de pesticidas organoclorados em água, solo e sedimento;
- » Análise de metais pesados em água, solo e sedimentos;
- » Coleta de amostras ambientais;
- » Cursos de coleta de amostras de água;
- » Curso de amostras de solo e sedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, N. Epidemiol Saude. 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: MEDSI, p. 289-312.
- ANAIS DO ENCONTRO NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, 16 a 18 de junho de 1999. Organizado por Jandira Maciel da Silva; colaboração de Jacinta de Fátima Senna da Silva et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 195 p.
- ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. (www.mps.gov.br, acessado em outubro de 2006).
- BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M.G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. Estudos Avançados; 2008; 22(64):53-72.
- BARRETO, S. M.; PINHEIRO, A. R. O.; SICHIERI, R.; MONTEIRO, C. A.; BATISTA FILHO, M., et al 2005. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiologia e serviços de saúde 14(1):41-68.
- BONITA, R.; COURTEN, M.; DWYER, T.; JAMROZIK, K., and WINKELMANN, R. Surveillance of risk factors for non-communicable disease: the WHO STEPwise approach. Geneva: World Health Organization, 2001.
- BONITA, R.; STRONG, K.; COURTEN, M. From surveys to surveillance. Pan Am J Public Health: 2001. 0(4):223-5.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988.
- _____. Decreto n. 74.891, de 13 de novembro de 1974. Dispõe sobre a Estrutura Básica do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: < <http://wwwt.senado.gov.br/legbras/> > Acesso em: 2 jul. 2003.
- _____. Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Disponível em: <<http://wwwt.senado.gov.br/legbras/>> Acesso em: 2 jul. 2003.
- _____. Decreto n. 4.726, de 09 de junho de 2003. Cria a nova estrutura do Ministerio da Saúde. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legbras/>> Acesso em: 22 jul. 2003.
- _____. Decreto n. 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências.
- _____. Lei n. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica n. 5 – Saúde do Trabalhador. Brasília, 2001, 66 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. “Dengue: Decifra-me ou Devoro-te” – Texto do Livroto: Organização dos Serviços. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://www.dengue.lcc.ufmg.br/dengue_cd/files/organizacao/textos/livreto_orgservicos.pdf> Acesso em março de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 231-253.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa n. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano. 2004. 43 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_vigiagua.pdf> Acesso em 12 de agosto de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Relatório de gestão do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH: maio de 2007 a dezembro de 2008. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. pp. 3-20.

_____. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. Brasília, 2001a, 580 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.120, de 1º de julho de 1998. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Diário Oficial da União, 14 de julho de 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Instituiu a

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS – Renast.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Trata da ampliação e do fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast no Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.606, de 28 de dezembro de 2005. Classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública e institui seu fator de incentivo.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 399/Anexo III – Pacto de Gestão, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS n. 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 34, de 4 de janeiro de 2007. Altera os Arts. 4º, 5º, 6º, 7º, 13 e 14 da Portaria GM/MS n. 2.606 que classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública e institui seu fator de incentivo.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.419, de 10 de julho de 2008. Classifica os Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Lacen de acordo com a Portaria GM/MS n. 2.606/, de 2005 e o § 1º do art. 7º da Portaria GM/MS n. 34, de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SVS/MS 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.751, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a integração dos prazos e processos de formulação dos instrumentos do Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Pacto pela Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.008, de 1º de dezembro de 2009 (republicada em 4 de dezembro de 2009). Determina a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (Pavs) como um elenco norteador para o alcance de metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Institui as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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).

_____. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SE/SVS/MS 1, de 11 de março de 2010. Define os valores do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 413, de 25 de fevereiro de 2010. Incorpora recursos ao Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 652, de 25 de março de 2010. Aprova os critérios para financiamento das campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, de poliomielite e de raiva animal.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 184, de 24 de junho de 2010. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para as ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.254, de 5 de agosto de 2010. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004. Uma análise da situação de saúde. Série G: Estatística e informação em saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF. 1ª edição. 364 p., 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Dados e indicadores selecionados, 2005. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF. 1ª edição. 2005 [folder].

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2005. Uma análise da situação de saúde. Série G: Estatística e informação em saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF. 1ª edição. 822 p., 2006.

_____. Ministério da Saúde. V Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, DF (mimeo), 1975.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Relatório sobre o impacto financeiro e de gestão no Sistema Único de Saúde decorrente da implantação da proposta de portaria que institui o modelo de atenção integral à saúde de populações expostas a áreas contaminadas por contaminantes químicos. 2010 (mimeo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Manual da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – Renast. Versão preliminar, 2010 (mimeo).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Pré-Expoepi: Rede Cievs debate desafios e propostas. SVS em Rede (Boletim Eletrônico), novembro de 2008. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-especial-expoepe-1/pre-expoepe-rede-cievs-debate-desafios-e-propostas>. Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil cura 81% dos casos novos de hanseníase das coortes de 2008. SVS em Rede (Boletim Eletrônico), junho de 2010. Disponível em: <http://189.28.128.179:8080/svs_informa/edicao-75-junho-de-2010> Acesso em: 11 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS – DST. Ano VI, n. 01, 27ª a 52ª semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2008 e 1ª à 26ª semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BAECBBB9D-25EF-4846-8DFA-44FFFFFC17713%7D/Boletim2010.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. “Política de Incentivo”. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISF64655C6PTBRIE.htm>> Acesso em: 14 jul. 2010.

CARMO, E.H.; PENNA, G.; OLIVEIRA, W.K.. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados*; 2008, 22(64):19-32

CARVALHO, M.T.B.; ROCHA, C.M.V.; PINTO, L.L.S.; BULHÕES, M.M.; SATO, H.K.. “O Programa Nacional de Imunizações nos 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil”, in: BRASIL, Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil. Série G: Estatística e informação em saúde. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF. 1ª edição, p. 63-84, 2009.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Historical Perspectives: History of CDC, *MMWR weekly*, 28 jun.1996/45 (25): 526-30.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for Evaluation Public Health Surveillance Systems. *MMWR Supplements*, 6 May. 1988/37 (S-5): 1-18,14 p. Disponível em: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769Htm. Acesso em: 27 jan. 2004.

COELHO G. Dengue: desafios atuais. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*; 2008; 17(3):231-233.

DUARTE, E. C.; SCHNEIDER, M. C.; SOUSA, R. P.; RAMALHO, W. M.; SARDINHA, L. M. V.; SILVA JUNIOR, J. B.; CASTILLO SALGADO, C., 2002. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil – um estudo exploratório*. 1ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, v. 1. 118 p.

DUARTE H.H.P; FRANÇA E.B.. Qualidade dos dados da vigilância epidemiológica da dengue em Belo Horizonte, MG; 2006; 40(1):134-142.

FOEGE, W. H.; HOGAN, R. C.; NEWTON, L. H., 1976. Surveillance projects for selected diseases. *Int J Epidemiol*, 5:29-37.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz 2004. A Revolta da Vacina. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br>> Acesso em: 14 abr. 2004.

GLOUBERMAN, S.; MILLAR, J. Evolution of the determinants of health, health policy, and health information systems in Canada. *Am J Pub Health*. 3(3):388-392.

GOMES. C.M.; LACAZ, F.A.C. Saúde do Trabalhador: novas-velhas questões. Abrasco: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 10, n. 4, outubro/dezembro de 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). PNAD/2004. Disponível em: www.ibge.com.br. Acesso em: 12 de dezembro de 2006.

INDICADORES E DADOS BÁSICOS (IDB/2005). Brasil, 2003, 2004, 2005. (<http://tabnet.datasus.gov.br>; acessado: em outubro de 2006).

INDICADORES E DADOS BÁSICOS (IDB/2008). Brasil, 2006, 2007, 2008. (<http://tabnet.datasus.gov.br>; acessado em: junho de 2010).

LANGMUIR, A.D. The surveillance of communicable diseases of national importances. *N Engl J Med*: 1963, 268(4):182-192.

LAST, J. M. *A Dictionary of Epidemiology*. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 1988. 141 p.

MEDRONHO R.A. Dengue no Brasil: desafios para o seu controle. *Cadernos de Saúde Pública*; 2008; 24(5):948-949.

MENDES, R. (Org.). *Medicina do Trabalho – Doenças Profissionais*. São Paulo – São Paulo: Ed. Sarvier, 1980, 573 p.

NELSON, K. E.; WILLIAMS, C. M.; GRAHAM, N. M. H., 2001. *Infectious Disease Epidemiology: Theory and Practice*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publication. p. 3.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA F. N.. *Epidemiol Saude*. 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: MEDSI, 2003, 567-586.

POLI DE FIGUEIREDO, L. F.; RASSLAN, S.; BRUSCAGIN, V.; CRUZ, R. & ROCHA, E.; SILVA, M. Increases in fines and driver licence withdrawal have effectively reduced immediate deaths from trauma on Brazilian roads: first-year report on the new traffic code. *Injury*; 2001, 32(2):91-4.

PENNA M.L. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle da dengue. *Cadernos de Saúde Pública*; 2003; 19(1):305-309.

PIMENTA, F. Situação da dengue no Brasil; Apresentação realizada na Reunião extraordinária do CONASS para discussão da situação da dengue no Brasil; Rio de Janeiro, 3 de abril de 2008.

RAMAZZINI, B. *De morbis artificum diatriba*, 1700 (trad. Raimundo Estrela – As doenças dos trabalhadores). São Paulo, FUNDACENTRO, 1971, 43 p.

RANGEL, ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle –propostas inovadoras. *Interface – Comunicação Saúde Educação*; 2008; 12(25):433-441

RASKA, K. National and international surveillance of communicable diseases. *WHO Chron*, 20:315-21.

REZENDE, J. M. *Caminhos da Medicina – O Desafio da Febre Amarela*. Disponível em: <<http://jmr.medstudents.com.br/febreamarela.htm>> Acesso em: 14 abr.2004.

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Editora Unesp – Hucitec – Abrasco: 1994. 423 p.

SIMÕES, C.C.S. A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo, Arbeit Factory Editora e Comunicações, 2006. 140 p.

SIVIERI, L.H. Saúde no Trabalho e mapeamento de riscos. In: Todeschini, R. (org.). Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho. São Paulo: Fundacentro/CUT, 1995. p. 75-111.

SILVA JÚNIOR, J.B. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância e Saúde. Campinas, SP. Doutorado [Dissertação em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2004.

SILVA JÚNIOR, J. B.; GOMES, F. B. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA F. A. (Org.). Epidemiologia & Saúde. 6ª edição. Rio de Janeiro: Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 2003, v., pp. 289-312.

SIMÕES, C. C. S., 2006. A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo, SP. Arbeit Factory Editora e Comunicações. 140 p.

TACHKER, S.B. & STROUP, D.F. Public Health Surveillance and Health Services Research. In: SHAPIRO, S.; ARMENIAN, H. K. Epidemiology and Health Services. Oxford University Press, 274 p. 276

TACHKER, S.B. Historical Development. In: TEUTSCH, S. M.; CHURCHILL, R. E. (ed.) Principles and Practice of Public Health Surveillance. Oxford University Press, 2000.. 406 p.

TAUIL P. Aspectos críticos do controle da dengue no Brasil. Cadernos de Saúde Pública; 2002; 18(3):867-871.

TEIXEIRA M.G. Controle da dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. Interface – Comunicação Saúde Educação; 2008; 12(25):442-51.

TOLEDO, L.M. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar ao paciente de febre hemorrágica da dengue. Projeto de pesquisa. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/pos-graduacao/site/projetos-de_pesquisa/detalhes/?site=1&id=1507> Acesso em: março de 2009.

TORRES E.M. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. Revista Panamericana de Salud Publica; 2006; 20(1):60-74.

WORLD HEALTH ORGANIZATION Global Strategy for the prevention and control of non-communicable disease. Report by the Director General. A53/4. Fifty-third World Health Assembly, May 2000. WHO, Geneva.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.. Global Strategy for the prevention and control of non-communicable disease. Report by the Director General. A53/4. Fifty-third

WORLD HEALTH ASSEMBLY, May 2000. WHO, Geneva.

ANEXO I CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

IDADE		DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG-ID ⁽¹⁾ vacina BCG	Dose única	Formas graves da tuberculose (principalmente nas formas miliar meningea)
	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1,2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH) ⁽⁵⁾ vacina rotavírus humano G1P1[8] (atenuada)		Diarréia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
3 meses	Vacina Meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 meses	Tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1,2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Vacina oral de rotavírus humano (VORH) ⁽⁵⁾ vacina rotavírus humano G1P1[8] (atenuada)		Diarréia por rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10- valente (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococo</i>
5 meses	Meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C

(continuação)

IDADE		DOSE	DOENÇAS EVITADAS
6 meses	Hepatite B ⁽²⁾ vacina hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1,2 e 3 (atenuada)		Poliomielite ou paralisia infantil
	Tetravalente (DTP + Hib) ⁽³⁾ vacina adsorvida difteria, tétano, <i>pertussis</i> e <i>Haemophilus influenzae b</i> (conjugada)		Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)		Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo.
9 meses	Febre amarela ⁽⁸⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial	Febre amarela
12 meses	Tríplice viral (SCR) ⁽⁹⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola (atenuada)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
	Vacina pneumocócica 10 (conjugada) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	Reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococo
15 meses	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	1º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Vacina oral poliomielite (VOP) ⁽⁴⁾ vacina poliomielite 1,2 e 3 (atenuada)	Reforço	Poliomielite ou paralisia infantil
	Meningocócica C (conjugada) ⁽⁷⁾ vacina meningocócica C (conjugada)		Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
4 anos	Tríplice bacteriana (DTP) vacina adsorvida difteria, tétano e <i>pertussis</i>	2º reforço	Difteria, tétano, coqueluche
	Tríplice viral (SCR) ⁽⁹⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola	2ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
10 anos	Febre amarela ⁽⁸⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela

NOTA: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n. 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Orientações importantes para a vacinação da criança:

1. **vacina BCG:** Administrar o mais precoce possível, preferencialmente após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas, administrar a vacina após completar 1 (um) mês de vida e atingir 2 kg. Administrar uma dose em crianças menores de cinco

anos de idade (4 anos 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos íntimos de portadores de hanseníase menores de 1 (um) ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 (um) ano de idade, sem cicatriz – administrar uma dose. Contatos comprovadamente vacinados com a primeira dose – administrar outra dose de BCG. Manter o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina. Contatos com duas doses – não administrar nenhuma dose adicional. Na incerteza da existência de cicatriz vacinal ao exame dos contatos íntimos de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade. Para criança HIV positiva a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças que chegam aos serviços ainda não vacinadas, a vacina está contraindicada na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV (positivo) a vacina está contraindicada em qualquer situação.

2. vacina hepatite B (recombinante): Administrar preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento, ou na primeira visita ao serviço de saúde. Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou em recém-nascidos a termo de baixo peso (menor de 2 kg), seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Na prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais – Crie, nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. A vacina e a HBIG, administrar em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.

3. vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis e *Haemophilus influenzae b* (conjugada): Administrar aos 2, 4 e 6 meses de idade. Intervalo entre as doses de 60 dias, e mínimo, de 30 dias. À vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis – DTP – são indicados dois reforços. O primeiro reforço, administrar aos 15 meses de idade; e o segundo reforço, aos 4 (quatro) anos. **Importante:** a idade máxima para administrar essa vacina é aos 6 anos 11 meses e 29 dias.

4. vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada): Administrar três doses (2, 4 e 6 meses). Manter o intervalo entre as doses de 60 dias e, mínimo, de 30 dias. O primeiro reforço, administrar aos 15 meses de idade. Considerar para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose.

5. vacina oral rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada): Administrar duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária:

5.1 primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias.

5.2 segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias.

5.3 O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, **não repetir a dose**.

6. vacina pneumocócica 10 (conjugada): No primeiro semestre de vida, administrar 3 (três) doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias e, mínimo, de 30 dias. Fazer um reforço, preferencialmente, entre 12 e 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de seis meses após a 3ª dose. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 (um) mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses.

7. vacina meningocócica C (conjugada): Administrar duas doses aos 3 e 5 meses de idade, com intervalo entre as doses de 60 dias, e mínimo, de 30 dias. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade.

8. vacina febre amarela (atenuada): Administrar aos 9 (nove) meses de idade. Durante surtos, antecipar a idade para 6 (seis) meses. Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios desses estados, buscar as unidades de saúde dos mesmos. No momento da vacinação, considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde. **Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem.** Administrar reforço, a cada dez anos após a data da última dose.

9. vacina sarampo, caxumba e rubéola: Administrar duas doses. A primeira dose aos 12 meses de idade e a segunda dose deve ser administrada aos 4 (quatro) anos de idade. Em situação de circulação viral, antecipar a administração da vacina para os 6 (seis) meses de idade, porém, deve ser mantido o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considerar o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

ANEXO II CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
11 a 19 anos	Hepatite B ⁽¹⁾ vacina Hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
	Hepatite B ⁽¹⁾ vacina Hepatite B (recombinante)	2ª dose	Hepatite B
	Hepatite B ⁽¹⁾ vacina Hepatite B (recombinante)	3ª dose	Hepatite B
	Dupla tipo adulto (dT) ⁽²⁾ vacina adsorvida difteria e tétano – adulto	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano
	Febre amarela ⁽³⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela
	Tríplice viral (SCR) ⁽⁴⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola	Duas doses	Sarampo, Caxumba e Rubéola

NOTA: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n. 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

Orientações importantes para a vacinação do adolescente

1. vacina hepatite B (recombinante): Administrar em adolescentes não vacinados ou sem comprovante de vacinação anterior, seguindo o esquema de três doses (0, 1 e 6) com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose. Aqueles com esquema incompleto, completar o esquema. A vacina é indicada para gestantes não vacinadas e que apresentem sorologia negativa para o vírus da hepatite B após o primeiro trimestre de gestação.

2. vacina adsorvida difteria e tétano – dT (dupla tipo adulto): Adolescente sem vacinação anteriormente ou sem comprovação de três doses da vacina, seguir o esquema de três doses. O intervalo entre as doses é de 60 dias e no mínimo de 30 (trinta) dias. Os vacinados anteriormente com 3 (três) doses das vacinas DTP, DT ou dT, administrar reforço, a cada dez anos após a data da última dose. Em caso de gravidez e ferimentos graves, antecipar a dose de reforço, sendo a última dose tendo sido administrada há mais de 5 (cinco) anos. A mesma deve ser administrada pelo menos 20 dias antes da data provável do parto.

3. vacina febre amarela (atenuada): Indicada 1 (uma) dose aos residentes ou viajan-

tes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios desses estados, buscar as unidades de saúde dos mesmos. No momento da vacinação, considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde. **Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem.** Administrar dose de reforço, a cada dez anos após a data da última dose.

Precaução: A vacina é contraindicada para gestante e mulheres que estejam amamentando. Nesses casos, buscar orientação médica do risco epidemiológico e da indicação da vacina.

4. **vacina sarampo, caxumba e rubéola – SCR:** considerar vacinado o adolescente que comprovar o esquema de duas doses. Em caso de apresentar comprovação de apenas uma dose, administrar a segunda dose. O intervalo entre as doses é de 30 dias.

ANEXO III CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADULTO E DO IDOSO

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
20 a 59 anos	Hepatite B ⁽¹⁾ (Grupos vulneráveis) vacina Hepatite B (recombinante)	Três doses	Hepatite B
	Dupla tipo adulto (dT) ⁽²⁾ vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Uma dose a cada dez anos	Difteria e tétano
	Febre amarela ⁽³⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela
	Tríplice viral (SCR) ⁽⁴⁾ vacina sarampo, caxumba e rubéola	Dose única	Sarampo, caxumba e rubéola
60 anos e mais	Hepatite B ⁽¹⁾ (Grupos vulneráveis) vacina Hepatite B (recombinante)	Três doses	Hepatite B
	Febre Amarela ⁽³⁾ vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada dez anos	Febre amarela
	Influenza sazonal ⁽⁵⁾ vacina influenza (fracionada, inativada)	Dose anual	Influenza sazonal ou gripe
	Pneumocócica 23-valente (Pn23) ⁽⁶⁾ vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)	Dose única	Infecções causadas pelo <i>Pneumococo</i>

NOTA: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n. 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa

Orientações importantes para a vacinação do adulto e idoso.

1. **vacina hepatite B (recombinante):** Oferecer aos grupos vulneráveis não vacinados ou sem comprovação de vacinação anterior, a saber: gestantes, após o primeiro trimestre de gestação; trabalhadores da saúde; bombeiros, policiais militares, civis e rodoviários; caminhoneiros, carcereiros de delegacia e de penitenciárias; coletores de lixo hospitalar e domiciliar; agentes funerários, comunicantes sexuais de pessoas portadoras de VHB; doadores de sangue; homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (HSH e MSM); lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, (LGBT); pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, dentre outras); manicures, pedicures e podólogos; populações de assentamentos e acampamentos; potenciais receptores de múltiplas transfusões de sangue ou politransfundido; profissionais do sexo/prostitutas; usuários de drogas injetáveis, inaláveis e pipadas; portadores de DST. A vacina está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) para as pessoas imunodeprimidas e portadores de deficiência imunogênica ou adquirida, conforme indicação médica.

2. vacina adsorvida difteria e tétano – dT (Dupla tipo adulto): Adultos não vacinados ou sem comprovação de três doses da vacina, seguir o esquema de três doses. O intervalo entre as doses é de 60 (sessenta) dias e no mínimo de 30 (trinta) dias. Os vacinados anteriormente com 3 (três) doses das vacinas DTP, DT ou dT, administrar reforço, dez anos após a data da última dose. Em caso de gravidez e ferimentos graves, antecipar a dose de reforço, sendo a última dose tendo sido administrada há mais de cinco (5) anos. A mesma deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto.

3. vacina febre amarela (atenuada): Indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação da vacina: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais e alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios desses estados, buscar as Unidades de Saúde dos mesmos. No momento da vacinação, considerar a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, buscar informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde. **Administrar a vacina 10 (dez) dias antes da data da viagem.** Administrar dose de reforço a cada dez anos após a data da última dose.

Precaução: A vacina é contraindicada para gestantes e mulheres que estejam amamentando; nos casos de risco de contrair o vírus, buscar orientação médica. A aplicação da vacina para pessoas a partir de 60 anos depende da avaliação do risco da doença e benefício da vacina.

4. vacina sarampo, caxumba e rubéola – SCR: Administrar 1 (uma) dose em mulheres de 20 (vinte) a 49 (quarenta e nove) anos de idade e em homens de 20 (vinte) a 39 (trinta e nove) anos de idade que não apresentarem comprovação vacinal.

5. vacina influenza sazonal (fracionada, inativada): Oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso.

6. vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica) – Administrar 1 (uma) dose durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos de 60 anos e mais que vivem em instituições fechadas como: casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas 1 (um) reforço 5 (cinco) anos após a dose inicial.

ANEXO IV CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA OS POVOS INDÍGENAS

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG-ID ⁽¹⁾ – vacina BCG	dose única	Formas graves de tuberculose
	Hepatite B ⁽²⁾ – vacina hepatite B (recombinante)	1ª dose	Hepatite B
2 meses	Pentavalente ⁽³⁾ – vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; além de meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio) ⁽⁴⁾ – vacina poliomielite 1,2 e 3 (atenuada)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Pneumocócica 10-valente ⁽⁵⁾ *vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	1ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo
	VORH ⁽⁶⁾ – vacina contra rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada)	1ª dose	Diarreia por Rotavírus
3 meses	vacina meningocócica C (conjugada) ^{(7)*}	1ª dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
4 meses	Pentavalente – vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; além de meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b
	VOP – vacina poliomielite 1,2 e 3 (atenuada)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Pneumocócica 10-valente vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	2ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo
	VORH ⁽⁶⁾ - vacina contra rotavírus humano G1P1 (atenuada)	2ª dose	Diarreia por Rotavírus
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasiva causada por Neisseria meningitidis do sorogrupo C
6 meses	Pentavalente - vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae b (conjugada)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B; além de meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b
	Pneumocócica 10-valente – vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	3ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo
	Influenza Sazonal ⁽⁸⁾ – vacina influenza (fracionada, inativada)	duas doses	Influenza Sazonal ou Gripe
	VOP (vacina oral contra pólio) – vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
9 meses	Febre Amarela ⁽⁹⁾ – vacina febre amarela (atenuada)	dose inicial	Febre amarela

(Continuação)

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
12 meses	SCR (tríplice viral) ⁽¹⁰⁾ – <i>vacina sarampo, caxumba e rubéola – SCR</i>	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
	Varicela ⁽¹¹⁾ – <i>vacina varicela (atenuada)</i>	dose única	Varicela (Catapora)
	Pneumocócica 10-valente – <i>vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)</i>	reforço	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo pneumococo
	VOP (vacina oral contra pólio) – <i>vacina poliomielite 1,2 e 3 (atenuada)</i>	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana) – <i>vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis – DTP</i>	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
15 meses	vacina meningocócica C (conjugada)	3ª dose	Doença invasiva causada por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C
2 anos	Pneumocócica 23-valente ⁽¹²⁾ – <i>vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica)</i>	dose única	Pneumonia e outras infecções causadas pelo pneumococo
4 – 6 anos	DTP (tríplice bacteriana) – <i>vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis – DTP</i>	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SCR (tríplice viral)	2ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola

NOVA nomenclatura em itálico segundo Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n. 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa *Ano de introdução 2010.** A partir dos 7 (sete) anos, os indígenas que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado e considerar as multidoses.

1. **BCG:** Deve ser administrada o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento. Nos prematuros com menos de 36 semanas administra a vacina após a criança atingir 2 kg e ao completar 1 mês de vida. Administrar uma dose em crianças menores de cinco anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal. Contatos íntimos de portadores de hanseníase com menor de 1 ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Contatos com mais de 1 ano de idade, se sem cicatriz – administrar uma dose. Contatos comprovadamente vacinados com a primeira dose – administrar outra dose de BCG. Manter o intervalo mínimo de seis meses entre cicatriz e a dose. Contatos com duas doses – não administrar nenhuma dose adicional. Na incerteza da existência de cicatriz vacinal ao exame dos contatos íntimos de portadores de hanseníase, aplicar uma dose, independentemente da idade. Em crianças HIV positivo deve ser administrada ao nascimento ou mais precocemente possível; a vacina está contraindicada na existência de sintomas ou sinais de imunodeficiência; não se indica a revacinação de rotina. Para adulto HIV positivo a vacina está contraindicada em qualquer situação.

2. vacina Hepatite B (recombinante): Deve ser aplicada preferencialmente nas primeiras 12 horas, ou no primeiro contato com o serviço de saúde. Essa primeira dose deve ser feita com a vacina monovalente. Nas doses subsequentes, deverá ser utilizada a vacina Pentavalente, até 6 anos, 11 meses e 29 dias. Nos prematuros, menores de 36 semanas de gestação ou de baixo peso (< 2 kg) ao nascer, seguir esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida.

- › Na Prevenção da Transmissão Vertical em Recém-Nascido (RN) de mães portadoras de hepatite B administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG) nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. A vacina HBIG, administrar em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais aos RN que tenham recebido a primeira dose da vacina e imunoglobulina.

3. vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae b* (conjugada) e vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis: O esquema de vacinação primária é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis (acelular), hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae b* (conjugada). O intervalo entre as doses é de 60 dias, podendo ser de 30 dias, se necessário.

- › São realizados dois reforços com vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis. O primeiro reforço é dado a partir de 12 meses de idade (6 a 12 meses após a terceira dose da pentavalente) e o segundo reforço, entre 4 e 6 anos.
- › A idade máxima para aplicação da vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis é de 6 anos, 11 meses e 29 dias. Caso a criança chegue na faixa etária de 4 anos de idade sem ter recebido nenhuma dose da vacina TETRAVALENTE ou PENTAVALENTE, administrar uma única dose de Hib, o mais precoce possível. Na falta da Hib monovalente para as crianças de 2 a 4 anos, administrar o reforço da DTP com a Tetravalente.

4. vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada): O intervalo entre as doses é de 60 dias, sendo o mínimo de 30 dias. O reforço pode ser feito a partir de 12 meses de idade (6 a 12 meses após a terceira dose). Manter o intervalo mínimo de 6 meses a partir da última dose.

5. vacina pneumocócica 10-valente (conjugada): De 6 semanas a 6 meses de vida, administrar 3 doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias, sendo o mínimo de 30 dias. Recomenda-se o reforço, preferencialmente, aos 12 meses de idade, podendo administrar até 15 meses. Crianças de 7-11 meses de idade: o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 mês entre as doses.

O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses. Crianças de 12-23 meses de idade: **duas doses, com intervalo de pelo menos 2 meses entre as doses, sem a necessidade de reforço.**

6. vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada): Observar rigorosamente os seguintes limites de faixa etária:

6.1 primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias

6.2 segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias

- › O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.
- › Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira.
- › Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação repetir a dose.

7. Meningocócica C (conjugada): administrar a partir dos 2 meses de vida. O reforço é recomendado entre 12 e 15 meses, preferencialmente aos 12 meses. Crianças a partir de 12 meses administrar dose única.

8. vacina influenza (fracionada e inativada): Está recomendada para toda a população a partir dos seis meses de idade. A primovacinação de crianças com idade inferior a nove anos deve ser feita com duas doses com intervalo mínimo de um mês. A dose para aquelas crianças com idade entre seis e 36 meses é de 0,25ml e, após essa idade, é de 0,5 ml. A partir dos nove anos deverá ser administrada apenas uma dose (0,5 ml) anualmente.

9. vacina febre amarela atenuada: Está recomendada para toda a população, a partir dos 9 meses de idade. Em caso de surtos, antecipar a administração da dose para 6 meses.

10. vacina sarampo, caxumba e rubéola: Está recomendada a partir dos 12 meses de idade. Todas as crianças devem receber ou ter recebido duas doses de SCR, com intervalo mínimo de um mês. Não é necessário aplicar mais de duas doses.

11. vacina varicela (atenuada): Está recomendada uma dose a partir dos 12 meses de idade.

12. vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica): Está recomendada uma dose a partir dos 24 meses de idade para aquelas crianças sem histórico vacinal de pneumocócica 10-valente (conjugada).

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
A partir dos 7 anos (na primeira visita da equipe ou ao serviço de saúde)**	Hepatite B ⁽¹³⁾ – vacina <i>Hepatite B (recombinante)</i>	três doses	Hepatite B
	dT (Dupla tipo adulto) ⁽¹⁴⁾ – vacina <i>adsorvida difteria e tétano adulto – dT</i>	três doses	Difteria e tétano
	Febre Amarela ⁽¹⁵⁾ – vacina <i>febre amarela (atenuada)</i>	dose inicial ou reforço	Febre amarela
	Influenza Sazonal ⁽¹⁶⁾ – vacina <i>influenza (fracionada, inativada)</i>	dose anual	Influenza ou Gripe
	SCR (tríplice viral) ⁽¹⁷⁾ – vacina <i>sarampo, caxumba e rubéola – SCR</i>	duas doses	Sarampo, caxumba e rubéola
	Varicela ⁽¹⁸⁾ – vacina <i>varicela (atenuada)</i>	dose única	Varicela ou catapora
	Pneumocócica 23-valente ⁽¹⁹⁾ – vacina <i>pneumocócica 23-valente (polissacarídica)</i>	dose única	Pneumonia causada pelo pneumococo

Nova nomenclatura em itálico segundo Resolução de Diretoria Colegiada – RDC n. 61, de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. ** A partir dos 7 (sete) anos os indígenas que não tiverem comprovação de vacinação anterior, seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado e considerar as multidoses.

13. vacina hepatite B (recombinante): Utilizar a vacina monovalente no esquema (0-1-6 meses). O intervalo mínimo entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias e entre a segunda e a terceira dose é de 2 meses; A vacina é indicada para gestantes a partir do 3º semestre que apresentem sorologia não reagente para o vírus da hepatite B

14. vacina adsorvida difteria e tétano adulto: É necessário doses de reforço da vacina a cada 10 anos.

- › Em caso de ferimentos graves, a dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos após a última dose.
- › Adolescente grávida, que esteja com a vacina em dia, mas recebeu sua última dose há mais de 5 (cinco) anos, precisa receber uma dose de reforço. A dose deve ser aplicada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto.
- › O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

15. vacina febre amarela (atenuada): Está recomendada para toda a população, com uma dose de reforço a cada 10 anos. Precaução: A vacina é contraindicada para gestantes; nos casos de risco de contrair o vírus, buscar orientação médica. A aplicação da vacina para pessoas a partir de 60 anos depende da avaliação do risco da doença e benefício da vacina.

16. vacina influenza (fracionada, inativada): A partir dos nove anos deverá ser administrada apenas uma dose (0,5 ml) anualmente.

17. **vacina sarampo, caxumba e rubéola:** Todas as pessoas até 49 anos devem receber ou ter recebido duas doses de SCR, com intervalo mínimo de um mês. Não é necessário aplicar mais de duas doses.

18. **vacina varicela (atenuada):** A depender do laboratório produtor, as pessoas a partir de 13 anos deverão receber uma ou duas doses, com intervalo mínimo de 4 semanas.

19. **vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica):** Administrar uma dose, caso não tenha sido vacinado anteriormente. A revacinação não é indicada rotineiramente, entretanto, a revacinação uma vez é recomendada para pessoas com 50 anos ou mais, que foram vacinadas há mais de 5 anos e que vivam em aglomerados humanos.