



**Secretaria
de Vigilância
em Saúde**

**Curso Básico
de Vigilância
Epidemiológica**

**Operacionalização da
Vigilância Epidemiológica**

Módulo IV - Unidade I

Brasília, agosto de 2003

2000. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde

1ª Edição - 2001

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Editor:

Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde-NED/ASCOM/FUNASA

Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, Sala 515

70.058-902 – Brasília/DF

Distribuição e Informação:

Coordenação Geral de Vigilância Epidemiológica - Centro Nacional de Epidemiologia /
Fundação Nacional de Saúde

SAS - Setor de Autarquias Sul, Quadra 4 - Bloco N, 6º andar

Telefone: (0XX - 61) 314-6554 / 226-7075 - FAX: 61 - 226-7075

70058-902 - Brasília/DF.

Tiragem: 1.000

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Curso Básico de Vigilância Epidemiológica - CBVE - Nível Superior. 1 ed.
Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2001.

Sumário

Operacionalização da Vigilância Epidemiológica	7
1. Introdução	7
2. Estudo de Caso - Construção da Vigilância Epidemiológica no Município de Floresta Negra	9
3. Planejamento em Saúde na Operacionalização da Vigilância Epidemiológica	11
3.1. Análise da Situação de Saúde	11
3.2. Estabelecimento de Prioridades	13
3.3. Definição de Objetivo e Desenho de Estratégias	15
3.4. Programação das Atividades de Vigilância Epidemiológica	17
4. Estudo de Caso (Continuação)	21
5. Avaliação	23
Referências Bibliográficas	25
Anexos	29

Operacionalização da Vigilância Epidemiológica

Objetivos

- Introdução sobre o enfoque da Vigilância à Saúde, como um modelo assistencial alternativo que oriente a reorganização da Vigilância Epidemiológica;
- Introdução sobre o enfoque da Epidemiologia e Planejamento como instrumentos para a reorganização da Vigilância Epidemiológica;
- Instrumentalização do treinando para a construção de um Sistema de Vigilância Epidemiológica com base municipal.

Operacionalização da Vigilância Epidemiológica

1. Introdução

O processo de municipalização tem apresentado diversas oportunidades de repensar a construção das práticas no campo da saúde, na direção de um novo modelo assistencial. Um modelo alternativo ao atualmente vigente é o da Vigilância à Saúde, definido como um conjunto de intervenções intersetoriais sobre problemas de saúde que merecem uma atenção continuada, sob a forma de operações voltadas para grupos populacionais no território. Baseada no conceito de risco, envolve uma combinação tecnológica complexa e específica para cada problema privilegiado para atenção contínua.

Mesmo para os estados e municípios que estejam vivenciando outras etapas no desenvolvimento dessas novas práticas, as experiências desse processo podem contribuir para a reorganização da Vigilância Epidemiológica, na tentativa de superar o atual enfoque sobre doentes, doenças e seus modos de transmissão, enquanto objeto prioritário de atuação.

A ampliação do objeto da Vigilância Epidemiológica, nessa perspectiva, pressupõe a utilização de métodos e técnicas do Planejamento e da Epidemiologia, que respaldem a identificação, priorização e explicação dos problemas de saúde, base para a definição das propostas destinadas ao seu controle. Tais propostas devem-se constituir como um conjunto de operações articuladas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, tendo como objetivo o enfrentamento contínuo dos problemas selecionados de grupos populacionais que vivem e trabalham em territórios, entendidos enquanto espaços de expressão das relações sociais, econômicas, políticas e culturais, que determinam e condicionam a ocorrência desses problemas.

O enfoque de planejamento e programação em saúde proposto neste módulo tem o propósito de contribuir para a operacionalização da Vigilância Epidemiológica no âmbito local. Na prática cotidiana dos serviços, é um instrumento que organiza a análise da situação de saúde; dá suporte ao processo de definição de objetivos, metas, estratégias, ações e atividades que serão realizadas para o enfrentamento dos problemas de saúde, com a identificação dos responsáveis, prazos, recursos envolvidos; e, apóia a definição dos mecanismos de acompanhamento e avaliação das intervenções propostas (Teixeira et al, 1998).

2. Estudo de Caso - Construção da Vigilância Epidemiológica no Município de Floresta Negra

O município de Floresta Negra situa-se, aproximadamente, a 400 Km de distância, na direção sudoeste em relação à capital do estado de Patorrá. Localizado em região de relevo bastante acidentado, não apresenta área com vegetação de floresta, em função do desmatamento ocorrido nos últimos 10 anos. A população do município é de, aproximadamente, 300.000 habitantes, com mais da metade na sede do município (Anexo I). As diversas áreas que compõem a zona rural (povoados, vilas ou fazendas) têm características bastante distintas entre si, não só no que diz respeito ao tamanho da população, como também com relação às condições sócio-econômicas. As atividades econômicas mais importantes, como indústria têxtil, comércio e serviços, estão concentradas na sede, enquanto que na zona rural, as atividades predominantes são a criação de gado para corte, a cultura de cana-de-açúcar e de produtos de subsistência.

O município de Floresta Negra foi, recentemente, habilitado na gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS) de 1996. Para tal, todos os procedimentos legais foram cumpridos e, entre outras etapas importantes desse processo, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) constituiu uma equipe com três profissionais para organizar as ações de Vigilância à Saúde. Das atribuições da Vigilância Epidemiológica que competiriam ao município, de acordo com o seu nível de gestão, até então, a SMS desenvolvia a coleta e envio das notificações, bem como as ações relativas à vacinação (humana e animal) e algumas ações educativas, como palestras na comunidade. As demais ações de Vigilância Epidemiológica eram desenvolvidas pela equipe do nível regional de Secretaria Estadual de Saúde, incluindo investigação epidemiológica, busca ativa, coleta e envio de material para sorologia.

Os dados demográficos e socioeconômicos da população de cada área não eram analisados. Os dados de morbidade e mortalidade, até então utilizados, restringiam-se às doenças transmissíveis de notificação compulsória e eram encaminhados pelas unidades de saúde para a Secretaria Municipal de Saúde, digitados através do SINAN e repassados para o nível regional da Secretaria Estadual de Saúde. No encaminhamento das fichas do SINAN pelas unidades de saúde à SMS, os atrasos eram freqüentes, por razões diversas, entre elas, o difícil acesso a algumas áreas do município. As unidades da rede privada, mesmo aquelas contratadas pelo SUS, não procediam a notificação, a exceção do hospital da rede contratada, que já digitava os dados no SINAN e encaminhava o disquete diretamente à Regional de Saúde. As ações de vacinação humana e canina eram desenvolvidas, principalmente, nas campanhas, enquanto que a vacinação de rotina que era realizada pelas unidades, apresentava, de uma maneira geral, baixas coberturas.

A rede de assistência do município é constituída de dois hospitais de médio porte, sendo um da rede pública e um da rede contratada; quatro Centros de Saúde na sede do município e cinco na zona rural. Nas demais áreas da zona rural, o

3. Planejamento em Saúde na Operacionalização da Vigilância Epidemiológica

3.1. Análise da Situação de Saúde

Na reunião com o Secretário de Saúde, o ponto principal da discussão foi o Plano Municipal de Saúde. Construído no curso do processo de habilitação do município, o Plano foi viabilizado a partir dos esforços conjuntos da equipe da Vigilância à Saúde, do Secretário de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde.

Na fase de elaboração, foram promovidos várias reuniões, seminários, consultas, visando construir, inicialmente, uma análise da situação de saúde. Utilizando-se dos Sistemas de Informações em Saúde acessíveis à equipe do município (SIM, SINAN, SIH, SINASC), de informações produzidas nos serviços que não são sistematicamente coletadas (morbidade ambulatorial, dados laboratoriais), bem como do diagnóstico de saúde construído em reuniões com a comunidade, foi realizada uma análise do perfil da morbidade e da mortalidade da população do município.

Os dados demográficos, socioeconômicos e ambientais foram também discutidos com a população, buscando-se verificar as possíveis inter-relações com os eventos de saúde e a forma que eram percebidas pela população. Como as realidades socioeconômicas, entre as diversas áreas do município, compõem um quadro bastante heterogêneo, procurou-se, sempre que as informações permitiam, verificar as possíveis diferenças nas condições de saúde entre os grupos populacionais de cada área.

Algumas análises sobre a situação de saúde e condições socioeconômicas também foram feitas, utilizando-se estratificações por grupos etários, sexo, nível de escolaridade e renda. O objetivo dessas análises era identificar quais os grupos populacionais mais vulneráveis aos determinados eventos de saúde.

Por fim, as análises realizadas sobre os indicadores de serviços e ações de saúde revelaram o conjunto de ações e serviços que são ofertados à população, sua distribuição entre as diversas áreas do município, sua adequação às necessidades de saúde, culminando com uma avaliação da sua qualidade a partir da percepção da população.

Questão 2

Você considera que os dados apresentados até esse momento são suficientes para o planejamento e programação das ações de Vigilância Epidemiológica no município?

Com base nas análises e discussões realizadas, a equipe de saúde procurou, junto ao Secretário de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde, identificar algumas dificuldades que deveriam ser superadas para a operacionalização da Vigilância Epidemiológica no município.

Entre os membros da equipe da Vigilância à Saúde, um cursou a especialização em Saúde Pública, mas nunca havia trabalhado com ações de Vigilância Epidemiológica, enquanto que os outros dois (um deles com nível universitário) trabalhavam, até recentemente, nos Centros de Saúde da sede, coordenando as atividades de vacinação. O Secretário de Saúde, por sua vez, não tinha nenhuma experiência prévia com gestão de serviços de saúde, mas apoiava a execução do trabalho desenvolvido pela equipe da Vigilância à Saúde, demonstrando interesse pelos resultados alcançados e sempre se reunia com a equipe para acompanhar o seu desenvolvimento e discutir estratégias de viabilização.

A arrecadação municipal era pequena em função da crise no setor têxtil que, em passado recente, foi uma grande fonte de captação de recursos para o município. As outras atividades econômicas eram insuficientes para assegurar uma boa arrecadação, considerando-se o tamanho da população e o grande contingente de habitantes vivendo em condições precárias de vida.

As três viaturas disponíveis no município eram insuficientes. Conseqüentemente, o cronograma existente para a distribuição de vacinas, medicamentos e outros insumos às unidades locais deixava, freqüentemente, de ser cumprido e, muitas vezes, era necessário suspender a supervisão às unidades de saúde por falta de transporte. Com exceção do hospital, nenhuma outra unidade local dispunha de transporte próprio. As unidades da sede dispunham de refrigeradores, mas somente duas unidades da zona rural possuíam esse equipamento. Esporadicamente, faltava algum tipo de vacina ou medicamento por atraso na entrega pelos demais níveis do SUS.

Embora o hospital e os quatro centros de saúde da sede dispusessem de laboratório e de, pelo menos, um bioquímico no seu quadro de pessoal, nos Centros de Saúde eram realizados apenas exames clínicos de rotina (fezes, hemograma, urina). Ainda que esses laboratórios dispusessem de equipamentos para realizar outros exames, não recebiam material de consumo e seus técnicos, embora tivessem sido treinados para realização de exames de interesse para a vigilância epidemiológica, necessitavam reciclagem (todos os técnicos já haviam realizado cursos e estágios em grandes laboratórios de referência, mas nunca haviam tido oportunidade de colocar em prática os seus conhecimentos).

Questão 3

Com estas informações, o que é necessário para a equipe de Vigilância à Saúde organizar o seu trabalho?

3.2. Estabelecimento de Prioridades

Na discussão do Plano Municipal de Saúde, foram selecionados quais os problemas de saúde¹ mais importantes, quais as dificuldades para o seu enfrentamento, procurando-se estabelecer as ações que deveriam ser desenvolvidas para a resolução desses problemas. A definição de prioridades é uma etapa fundamental para a operacionalização das ações de Vigilância Epidemiológica. A análise da situação de saúde, o que abrange a identificação, priorização e análise do problema de saúde a ser abordado, possibilita a identificação de grupos populacionais mais vulneráveis, o que pode significar um avanço na execução das ações de Vigilância Epidemiológica.

Evidentemente que essa não é uma tarefa isenta de desvios, uma vez que estão em jogo interesses de grupos que podem não ser favorecidos pelas ações de saúde. Nesse momento, serão considerados os mecanismos de poder entre todos os participantes do processo: Prefeito, Secretário de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, outras representações da comunidade, trabalhadores do setor de saúde, prestadores de serviços de saúde, grupos políticos de atuação no município, etc.

No que diz respeito ao padrão de morbidade e mortalidade da população do município, os critérios que podem ser utilizados para definir prioridades são (Teixeira et al., 1998):

- **Magnitude** (incidência, prevalência, mortalidade, anos potenciais de vida perdidos)
- **Potencial de disseminação** (risco de disseminação para indivíduos ou coletividade)
- **Transcendência** (severidade, relevância social, relevância econômica)
- **Vulnerabilidade** (existência de medidas de controle viáveis e efetivas)
- **Compromissos internacionais** (doenças alvo de esforços conjuntos entre países).

Historicamente, as ações de Vigilância Epidemiológica têm utilizado como objeto prioritário as doenças transmissíveis (com ênfase nas doenças imunopreveníveis), o que tem gerado, nas últimas décadas, toda uma organização dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica voltada quase que exclusivamente para conhecer e atuar sobre esse grupo de doenças.

Contudo, ainda que as doenças transmissíveis constituam importante problema de saúde de vários grupos populacionais, outros agravos também apresentam expressão no quadro de morbidade e mortalidade no país. Por exemplo, as doenças cardiovasculares estão situadas entre as principais causas de internações e óbitos,

¹ "Entende-se por problema de saúde qualquer acontecimento considerado fora dos padrões de normalidade para quem está analisando uma determinada situação. Assim, pode ser uma doença, um agravo, uma insuficiência de recursos ... , ou até fatos que na verdade explicam uma doença (por exemplo, falta de saneamento básico, fome,etc.)" (Teixeira e tal, 1998).

Questão 4

Baseando-se nos critérios definidos acima e nos dados disponíveis nos Anexos I e III, quais as doenças ou agravos que você considera que deveriam ser apontados como prioridade para os trabalhos da Vigilância à Saúde de Floresta Negra? Liste as áreas do município e os grupos populacionais prioritários.

Questão 5

Na sua opinião, por que é importante, na análise sobre a situação de saúde, a estratificação por áreas do município, para efeito do planejamento das ações?

Questão 6

A partir da sua experiência, cite um exemplo de definição de prioridades e quais os critérios que foram utilizados para tal.

mas, na maioria dos serviços, não existe oferta organizada de ações voltadas para seu controle. Na verdade, no momento atual, esse tem sido um dos grandes desafios da organização da Vigilância à Saúde, ou seja, ampliar o campo de ação das práticas de saúde, incluindo outros agravos de importância epidemiológica. práticas de saúde, incluindo outros agravos de importância epidemiológica.

A organização das ações de saúde pode ter como prioridade a atuação sobre problemas de saúde, para os quais será dirigido um conjunto de medidas integradas, em lugar de atuar sobre doenças ou agravos específicos. Algumas medidas como, por exemplo, a melhoria ou a implantação de notificação de casos de doenças ou agravos, têm um amplo leque de abrangência, podendo não se restringir às doenças infecciosas.

3.3. Definição de Objetivos e Desenho de Estratégias

Estabelecidas as prioridades, o passo seguinte é materializar essa definição em objetivos claramente explicitados.

Na definição dos objetivos, deve-se levar em conta a análise da situação de saúde efetuada, podendo-se considerar, em linhas gerais, um objetivo como a imagem invertida dos problemas identificados. Nessa perspectiva, podem ser de três tipos (Teixeira, 1996):

- a) Objetivos relativos aos resultados que se pretenda alcançar em termos de situação epidemiológica e social da população. Por exemplo:
 - Se um problema prioritário é "a alta prevalência de desnutrição em menores de 5 anos na área X", o objetivo pode ser "reduzir a prevalência de desnutrição em menores de 5 anos na área X".
- b) Objetivos relativos aos produtos que se pretende oferecer à população no âmbito do município, isto é, as ações e serviços que serão prestados para intervir sobre os problemas existentes. Por exemplo:
 - O objetivo no caso anterior, poderia ser definido como "garantir o acesso à cesta básica de alimentos às famílias de crianças desnutridas da área X".
- c) Os objetivos podem também ter como referência o processo de prestação de ações e serviços que serão ofertados para intervir sobre os problemas existentes. Nesse caso, quando identificada como problema de saúde a inexistência ou insuficiência de ações de saúde, o objetivo a ser identificado pode ser a implantação, implementação ou reorganização dessas ações e/ou serviços.
 - O objetivo em tal situação pode ser definido como "implantar a vigilância nutricional sobre menores de 5 anos na área X".

Estratégias, por seu turno, significam os caminhos a serem percorridos para o alcance dos objetivos. O desenho das estratégias de ação para o enfrentamento de um determinado problema depende, de um lado, da própria natureza do problema a ser enfrentado e, de outro lado, das concepções, políticas e práticas vigentes em um determinado município e no próprio sistema de saúde como um todo (Teixeira, 1996).

Na seleção de uma estratégia, é fundamental considerar:

Viabilidade financeira: diz respeito não apenas ao dinheiro propriamente dito, mas o que pode ser obtido a partir dele, isto é, a realização de investimentos em recursos físicos, aquisição de material permanente e de consumo, contratação e pagamento de pessoal, etc.

Viabilidade político-institucional: diz respeito à vontade política por parte dos diferentes setores da comunidade e instituições envolvidas nas ações.

Viabilidade técnico-operacional: diz respeito à disponibilidade de recursos técnicos, isto, é de conhecimentos e habilidades técnicas para execução das ações propostas, bem como de recursos administrativos, ou seja, a capacidade de organização e gerenciamento para a execução eficiente e efetiva das ações.

O desenho de estratégias exige, portanto, a identificação e a superação de dificuldades, com uma discussão clara de quais os grupos que terão seus interesses favorecidos ou prejudicados, em função das estratégias que serão selecionadas. Ao eleger as doenças de veiculação hídrica como eventos prioritários, por exemplo, a definição sobre como atuar visando à melhoria das condições de saneamento em áreas do município em condições mais desfavoráveis nesse aspecto, em lugar de privilegiar práticas assistenciais que visem unicamente a recuperação dos pacientes já acometidos por estas doenças, significa seleção de estratégias que mobilizam interesses de grupos.

Questão 7

Com base nos problemas de saúde prioritários, na análise da situação de saúde de Floresta Negra, discuta quais os objetivos e estratégias para potencializar os recursos necessários para o desenvolvimento das ações que podem ser traçadas.

Questão 8

Considerando a realidade do seu município, discuta os objetivos e as estratégias utilizadas para o enfrentamento dos problemas de saúde considerados prioritários.

3.4. Programação das Atividades da Vigilância Epidemiológica

3.4.1. Definição de Metas

A definição de metas, ou seja, a quantificação dos objetivos, decorre da necessidade de se trabalhar um determinado contingente da população-alvo em um período de tempo definido, como também em função dos recursos envolvidos, de forma a contribuir para o controle da doença/agravo em questão. É também um importante instrumento para a avaliação das ações, não só no que diz respeito ao seu desempenho, mas aos resultados finais alcançados.

Para as doenças imunopreveníveis, como exemplo, para se conseguir um impacto epidemiológico satisfatório, além de outras medidas de controle indicadas para cada doença, é importante obter coberturas vacinais adequadas. O percentual de cobertura necessário para a interrupção da cadeia de transmissão depende do grau de eficácia da vacina e das características epidemiológicas dessas doenças, sendo de 90% dos suscetíveis para a vacina DPT, 95% dos suscetíveis para a vacina contra sarampo, 90% dos suscetíveis para a vacina contra poliomielite, e outros (MS/FNS/DEOPE/PNI, 1994).

Considerando-se o grupo etário de menores de um ano, a meta básica para as ações de vacinação é vacinar 100% desse grupo, com todas as vacinas do primeiro ano de vida. No caso das vacinas com esquema básico com mais de uma dose, considera-se a meta alcançada quando 100% das crianças menores de um ano receberem as doses preconizadas (Exemplo: DPT- três doses básicas).

É importante destacar que as metas podem - e devem - ser continuamente adaptadas às mudanças no padrão de ocorrência das doenças ou em função dos diferentes estágios no seu controle. As deficiências da vacinação de rotina e o aumento da população suscetível nos grandes centros urbanos provocaram a elevação no número de casos de sarampo no país, em 1997, o que gerou recomendações pelo Ministério da Saúde, entre outras medidas, de redução da idade mínima, objeto da vacinação, para seis meses (MS.FNS,1997).

3.4.2. Seleção de Tecnologias

Uma vez estabelecidos os objetivos e metas a serem alcançados, é importante que se defina que tipo de ações e serviços deverão ser desenvolvidos. Nesse momento, é necessário ir em busca do conhecimento disponível e da experiência acumulada quanto ao enfrentamento de determinados problemas.

Os conhecimentos e tecnologias utilizados no campo de prática da vigilância epidemiológica variam de uma doença, ou agravo, para outra. Para as doenças transmissíveis, por exemplo, dependem de:

- fatores inerentes ao processo saúde-doença - modo de transmissão, período de transmissibilidade, infectividade, período de incubação, período de latência, incidência, mortalidade, letalidade, situação socioeconômica dos grupos populacionais.
- objetivos fixados - controle, eliminação, erradicação.²

Para outros agravos, contudo, é necessária a adoção de outras tecnologias, em função das características particulares na sua produção, que as diferenciam do modelo apresentado para as doenças transmissíveis. Por exemplo, para as causas externas, doenças cardiovasculares e diabetes, os procedimentos que serão adotados para o conhecimento de casos, esclarecimento dos mecanismos de produção e a execução das medidas de controle, precisam ser definidos para o âmbito de atuação da vigilância epidemiológica.

3.4.3. Programação Operativa

O processo de programação das ações e serviços propriamente ditos implica a organização lógica e temporal das atividades a serem desenvolvidas, com a definição dos responsáveis, recursos envolvidos e prazos de execução (Teixeira, 1996).

A sistematização deste processo de programação pode ser feita utilizando-se uma matriz (ANEXO V) onde se reproduzem os problemas a serem enfrentados, os objetivos definidos (resultados/produtos/processos esperados), as metas (quantificação dos objetivos), as atividades (as ações e serviços que serão desenvolvidos, decorrentes da seleção das tecnologias de intervenção), os responsáveis (dirigentes e/ou grupos de trabalho que conduzirão e executarão as atividades), os recursos necessários (pessoal, material e outros) e os prazos definidos para a execução de cada atividade.

A seguir, serão feitas algumas considerações a respeito de algumas ações presentes na prática da Vigilância Epidemiológica, que poderão constar como atividades previstas na programação operativa:

² **Controle** - a manutenção de uma determinada doença ou agravo em níveis reduzidos de casos, aplicando-se as medidas existentes.

Eliminação - levar a zero o número de casos de uma determinada doença e manter sem ocorrência de novos casos, usando-se a medida de controle mais eficaz para esta doença. Na eliminação não se pode retirar a medida de controle, porque a doença pode ressurgir. O sarampo, o tétano-neonatal e a sífilis congênita são exemplos de doenças cujo o objetivo é obter eliminação até o ano 2003.

Erradicação - cortar pela raiz, fazer desaparecer uma doença do mundo. Dessa forma, tão logo seja confirmada a erradicação é possível retirar completamente as medidas de controle. A única doença globalmente erradicada foi a varíola. A poliometite está em vias de ser erradicada globalmente e espera-se conseguir este objetivo até o ano 2005. Nas Américas, o objetivo alcançado foi a erradicação da doença no continente a partir de 1990, sendo certificada em 94, atualmente encontrando-se em fase de manutenção da erradicação para a região.

a) Conhecimento de Casos e Óbitos

A notificação obrigatória das doenças é uma das principais atividades do Sistema de Vigilância Epidemiológica. Sua regularidade e fidedignidade pode ser otimizada com treinamento ou reciclagem dos profissionais, utilização de mecanismos mais ágeis para o envio das notificações pelo nível local (através de recursos de informática e a utilização do SINAN) e retroalimentação, que mantenha informadas as fontes de notificação sobre o uso que se faz dos dados enviados.

Outras alternativas também podem ser utilizadas para o acompanhamento do número de casos, tais como: unidades sentinela, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e a própria busca ativa de casos realizada pelos serviços de saúde.

Deve-se pensar também na mobilização de outros agentes que possam contribuir para ampliar as fontes de informações, como os agentes comunitários de saúde, os integrantes da equipe do Programa de Saúde da Família, lideranças comunitárias, etc.

b) Investigação Epidemiológica

Devem ser pensadas várias estratégias para implantação ou melhor utilização dessa atividade. A capacitação dos profissionais de saúde sempre é um passo importante, principalmente para municípios em que a realização da investigação não venha sendo realizada pelo nível local.

Quais os agentes que participarão dessas ações, a forma em que poderá ser desenvolvida, os instrumentos de coleta de informações que serão utilizados (como, por exemplo, as fichas de investigação do SINAN, ou questionários desenhados para outras investigações), o local onde será desenvolvida a investigação (em unidade de saúde, na comunidade), serão definidos para cada situação particular.

c) Medidas de Controle

As medidas de controle serão adotadas em função do agravo selecionado e segundo os critérios estabelecidos para a definição de tecnologias. Para cada situação de saúde é possível uma série de intervenções que podem ser feitas na tentativa de resolver os problemas detectados. Sempre que for selecionada uma medida, deve-se ter em consideração se ela já foi testada anteriormente para aquele problema de saúde, em condições semelhantes. Dito de outra forma, qual o impacto esperado na utilização de uma medida de controle sobre um problema de saúde específico e se tal impacto pode ser esperado para a atual realidade no município do treinando.

Deve-se, também, procurar a otimização das medidas de controle, de forma que possam apresentar algum impacto sobre um conjunto maior de agravos. Ações sobre o meio, como nas condições de saneamento de uma área, tendem a apresentar um efeito sobre um grande número de agravos, para os quais a água é um componente importante na transmissão.

Tomando-se as ações de vacinação como um bom exemplo de medidas de controle de reconhecido impacto sobre o perfil epidemiológico de uma população (Exemplo: a erradicação do poliovírus selvagem, a drástica redução dos casos de sarampo), é importante discutir algumas modalidades para a sua programação.

- **Vacinação de Rotina:** o atendimento à demanda espontânea é realizada rotineiramente na unidade de saúde. Requer menor mobilização de recursos e deve ser melhor organizada, objetivando-se com isso a manutenção de taxas de cobertura vacinal elevadas. A intensificação da rotina é uma técnica que visa ao aumento das coberturas de vacinação, através de um trabalho mais dinâmico da equipe de saúde, facilitando o acesso às atividades de vacinação pela população.
- **Vacinação apazada em locais afastados:** mais utilizada do que a vacinação casa a casa, pois além de envolver menos recursos, a comunidade tem papel mais ativo. Envolve o deslocamento de equipe de vacinação para as localidades afastadas, em datas previamente acertadas, reunindo a população para vacinar.
- **Vacinação de Bloqueio:** a vacinação de bloqueio é realizada em situações especiais, quando há uma alteração no comportamento epidemiológico da doença, com o aparecimento de casos ou com a ocorrência de epidemia para a qual existe vacina eficaz. Esse tipo de medida visa, sobretudo, interromper a cadeia de transmissão da doença, protegendo os suscetíveis. A definição da área a ser vacinada está em função da situação epidemiológica da doença, da transmissibilidade (taxa de ataque secundário), do modo de transmissão, dos recursos disponíveis, etc. Pode-se limitar ao domicílio onde ocorreu o caso ou às residências vizinhas, ou estender-se a um ou mais quarteirões ou mesmo a todo um bairro, vila ou município.
- **Campanha:** busca a redução do número de suscetíveis para determinada (s) doença (s), ou mesmo a diminuição de patógenos específicos em circulação no meio ambiente: é uma ação temporal com um fim determinado e específico e visa, sobretudo, à vacinação em massa da população, com uma ou mais vacinas. Pode estar localizada em espaços sociais fechados, como fábricas, escolas, presídios. Essa atividade requer um aporte muito maior de recursos.
- **Atividades extramuro:** a vacinação é aplicada no domicílio, sendo visitados todos os domicílios de cada rua, quarteirão, bairro ou mesmo todos os domicílios de uma vila ou município. Visa garantir a vacinação de todos os indivíduos do grupo-alvo (altas taxas de cobertura) e requer grande mobilização de recursos humanos e materiais.

Alguns parâmetros para a programação das atividades de vacinação são apresentados no Anexo VI, sendo necessários para a definição dos recursos que serão empregados e o estabelecimento do cronograma de execução.

Para a organização das ações de controle de outras doenças e agravos, pode ser também utilizada uma série de intervenções, de acordo com a ocorrência do evento na população, sua epidemiologia e a organização dos serviços de saúde, capacidade operacional e a factibilidade da realização das medidas de controle. Seguem-se, a título de exemplo, algumas modalidades utilizadas para AIDS:

- Práticas educativas: têm o objetivo de difundir e divulgar conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção de AIDS. Essa ação se faz de forma persistente junto à população, na tentativa de modificação de comportamentos de risco (uso indiscriminado de drogas injetáveis, relação sexual sem proteção), nas escolas, universidades, sindicatos, instituições militares. Pode ser programada com ampla utilização de campanhas intensivas e periódicas nos meios de comunicação (tv, rádio, jornal). Visa, também, à superação de preconceitos e fortalecer os mecanismos de solidariedade.
- Participação ativa e envolvimento de pessoas em comportamentos de risco, HIV positivas e doentes de AIDS em todas as atividades programadas. Deve-se sempre buscar a participação de organizações não governamentais nesse processo. Exemplos de ação que têm sido adotadas com esse objetivo: a troca de seringas para os viciados em drogas injetáveis e a distribuição de preservativos.

Questão 9

No seu município, a equipe de Vigilância à Saúde tem tido experiências com programação das ações de Vigilância Epidemiológica? Quais?

4. Estudo de Caso (continuação)

A equipe de Vigilância à Saúde de Floresta Negra, após as discussões com o Secretário Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, utilizando como referência o Plano Municipal de Saúde e as análises complementares sobre a situação de saúde no município, identificou alguns problemas prioritários que mereceriam atuação em curto prazo.

Como já referido, as ações de Vigilância Epidemiológica, até então desenvolvidas pelas unidades da Secretaria Municipal de Saúde, eram bastante insuficientes. Um dos problemas que deveria ser enfrentado era a notificação de casos. Além de ser restrita às doenças transmissíveis, após a análise dos dados de mortalidade e morbidade hospitalar, chegou-se à conclusão de que muitos casos não haviam sido notificados.

- Organização da assistência aos pacientes: organização da distribuição do coquetel de drogas, dos mecanismos de cadastramento de clientes, do segmento ambulatorial, monitoramento laboratorial da evolução, disseminação dos kits de diagnósticos.

Como visto, a organização das práticas envolve uma estreita articulação entre ações educativo-preventivas, assistenciais e de interação com a população. Requer ações ao interior do setor saúde e fora dele, ações intra e intersetoriais.

Procedeu-se um levantamento das notificações encaminhadas por cada unidade de saúde, distribuídas por semana epidemiológica, e constatou-se que, em muitas unidades da rede pública, inclusive da sede, não havia registro de casos notificados durante 1/3 das semanas. Com exceção das unidades de Floresta Negra (centro), Pirinema (sede), Cará Grande e Pindorama, onde os profissionais de saúde tinham alguma preocupação com aspectos relacionados à saúde pública, todas as demais funcionavam principalmente voltadas para o atendimento médico das pessoas que procuravam a unidade. Conseqüentemente, a subnotificação nessas unidades era maior.

Como as demais atividades de Vigilância Epidemiológica, relativas ao conhecimento do caso e do processo de transmissão (investigação epidemiológica, busca ativa, coleta, envio e análise de material para sorologia), eram desenvolvidas pela Regional até aquele momento, muitos casos de doenças transmissíveis, mesmo quando notificados, demoravam para ser investigados, retardando a execução de medidas de controle.

Em Rio Grande, onde a relação dos profissionais de saúde da unidade com o diretor da unidade era bastante conflituosa, os dados referentes à produção de serviços e notificação de doenças transmissíveis não eram sequer encaminhados à SMS.

As áreas de Jaguará, Mato Alto e Serra dos Cabritos tinham população muito dispersa pela área rural, fato que dificultava o trabalho e que se traduzia pela baixa cobertura de qualquer atividade. Nessas áreas, bem como em Guarani e Itapiranga, que também não dispõem de unidade de saúde, qualquer atividade de rotina era desenvolvida no dia da semana agendado para a visita da equipe móvel. Quando havia necessidade de alguma ação imediata, contava-se com o apoio da Regional ou utilizava-se de um dos veículos da SMS.

Questão 10

Considerando os problemas prioritários para o município de Floresta Negra, elabore uma programação operativa para o seu enfrentamento. Utilize como exemplo a matriz do Anexo V.

Como observado no Anexo IV, as coberturas vacinais eram bastante reduzidas, particularmente na vacinação de rotina. Na área de Rio Grande, a unidade não dispunha de refrigerador e o técnico habilitado para vacinação havia sido afastado pelo diretor da unidade. Nas áreas de Governador Danilo Soares, Cará Grande e Alto dos Mendonças, não se fazia vacinação BCG por falta de pessoal treinado para aplicação da vacina.

5. Avaliação

A avaliação é uma etapa fundamental no processo de organização das ações de Vigilância Epidemiológica, pois permite determinar em que medida os objetivos definidos foram alcançados, ou seja, até que ponto as ações desenvolvidas contribuíram para a mudança de uma dada situação.

Constitui um processo periódico de coleta e análise de dados e seu ordenamento, de maneira que a informação resultante possa ser utilizada para determinar se as ações programadas estão atingindo os objetivos e seus resultados.

Os termos "acompanhamento" e "avaliação", em geral, são empregados indistintamente. Entretanto, em termos administrativos, apresentam entre eles diferenças importantes. O acompanhamento, geralmente, refere-se ao processo de verificação regular da execução das ações, através da comparação da implementação das atividades com o plano de trabalho (plano operativo), observando-se as atividades estão sendo conduzidas dentro do período de tempo especificado (cronograma), se os recursos financeiros estão sendo gastos de acordo com o plano de ação, se existe necessidade de mudanças no manejo ou implementação das atividades e se é necessário modificar a programação.

Por outro lado, a avaliação tem como propósito medir o progresso alcançado no que refere à obtenção dos objetivos e aos seus resultados. O processo de avaliação inclui a medição dos resultados alcançados e a medida em que eles podem ser atribuídos às atividades programadas e executadas.

Apesar da existência de diferenças entre avaliação e acompanhamento, os dois processos funcionam juntos para alcançar um mesmo fim, que é produzir informação para melhorar o gerenciamento das ações programadas e alcançar os objetivos propostos em curto prazo, assim como os resultados de longo prazo.

Alguns parâmetros básicos auxiliam no processo de avaliação, sendo os mais utilizados: indicação, eficiência, efetividade, eficácia e aceitabilidade, já tendo sido apresentados em Módulo anterior.

Deve-se destacar que tais parâmetros não esgotam o conjunto de fatores que devem ser analisados na avaliação, conforme pode ser observado em várias publicações sobre o tema. O que interessa reter nesse momento é a necessidade de comparar os objetivos que foram definidos com os resultados que foram alcançados

pelos práticas dos serviços de saúde, em particular as ações de Vigilância Epidemiológica.

A forma de avaliar ações dessa natureza, em geral, é feita através da utilização de indicadores. Tais indicadores podem ser classificados em indicadores epidemiológicos (morbidade, mortalidade, gravidade, incapacidade, etc) ou operacionais (cobertura, oportunidade, etc). A avaliação também pode ser feita através de métodos qualitativos, por exemplo com uso de questionários, informantes-chave, etc.

Um importante mecanismo operacional de se proceder o acompanhamento e avaliação das ações é a supervisão. A supervisão deve ser considerada como uma contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e não como uma atividade fiscalizadora ou punitiva. A equipe de supervisão deve estar capacitada para colher informações, discutir os resultados obtidos com relação às metas propostas e definir novas estratégias em função dos problemas identificados.

O objetivo último da avaliação é a manutenção de práticas que apresentem resultados satisfatórios, considerados todos os parâmetros relacionados acima e a reorganização de práticas que apresentem resultados insuficientes. Evidente que essa tarefa, mais uma vez, envolve interesses de vários participantes do processo de construção da Vigilância à Saúde - em particular da Vigilância Epidemiológica - e a definição sobre as práticas que devem ser mantidas ou modificadas surgirá do debate com todos os setores. Dessa forma, a avaliação das ações de Vigilância Epidemiológica, quando exercida com o objetivo de controle social, pode ser um instrumento da cidadania.

Questão 11

Descreva uma experiência de avaliação de ações de vigilância epidemiológica no seu município.

Questão 12

Após a avaliação referida acima, houve alguma modificação nas ações de vigilância epidemiológica no seu município?

Referências Bibliográficas

1. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Centro Nacional de Epidemiologia(CENEPI). **Surto de Sarampo gera novas ações de controle**. Brasília; 1997. (CENEPI - Boletim Epidemiológico, ano II, n.6, 1997).
2. TEIXEIRA MG, Penna, GO, Risi JB, Penna ML, Alvim MF, Moraes JC, et al. Seleção das doenças de notificação compulsória : critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Informe Epidemiológico do SUS** 1998; VII(1) : 7 -28.
3. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de procedimentos para vacinação**. 3ª ed. Brasília : Fundação Nacional de Saúde; 1994.
4. TEIXEIRA CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. [Apresentado na **Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 1998; Rio de Janeiro, Brasil].
5. TEIXEIRA CF. **Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde**. Salvador; 1996. [Texto da disciplina ISC 003 - Política - Instituto de Saúde Coletiva/UFBA].

Anexos

Anexo I**População das áreas do Município de Floresta Negra, 1997.**

Áreas	Total/População	Menores de 1 Ano	Total/População
Centro (sede)	63.425	1.649	5.875
Gov. Danilo Soares (sede)	54.328	2.010	5.826
Pirinema (sede)	33.729	1.146	3.560
Areias Claras (sede)	46.303	1.481	4.941
Guarani (z.rural)	8.368	301	1.078
Rio Grande (povoado)	35.836	1.039	3.798
Itapiranga (vila)	12.515	438	1.551
Pindorama (vila)	10.003	380	1.390
Alto dos Mendonças (z.rural)	5.694	222	808
Ponta Branca (z.rural)	3.854	154	562
Cará Grande (vila)	19.817	673	2.298
Jaguará (z.rural)	5.697	193	643
Mato Alto (z.rural)	3.575	139	514
Serra do Cabrito (z.rural)	4.945	178	628
Total	308.084	10.003	33.472

Fonte: Secretaria de Planejamento de Floresta Negra.

Anexo II**Recursos Humanos, Instalações de Saúde e Acesso à Sede,
Segundo Área do Município de Floresta Negra, 1997**

Áreas	C.S.	Hospital	Lab.	Médicos	Enferm.	Bioq.	N.médio	
							C.S.	Lab.
Centro	1	2	3	18	4	2	8	4
Gov. Danilo Soares	1	-	1	3	1	1	2	2
Pirinema	1	-	1	3	1	1	2	1
Areias Claras	1	-	1	7	2	1	3	1
Guarani	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio Grande	1	-	-	2	1	-	2	-
Itapiranga	-	-	-	-	-	-	-	-
Pindorama	1	-	-	1	-	-	1	-
Alto dos Mendonças	1	-	-	1	-	-	1	-
Ponta Branca	1	-	-	1	-	-	1	-
Cará Grande	1	-	-	1	-	-	1	-
Jaguará	-	-	-	-	-	-	-	-
Mato Alto	-	-	-	-	-	-	-	-
Serra do Cabrito	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Secretaria de Saúde de Floresta Negra

Anexo III

**Número de Casos e Coeficiente de Incidência/Prevalência (/100.000 hab.)
para Doenças/Agravos Seleccionados por Área do Município de Floresta
Negra, 1997**

Áreas	Sarampo ¹		Paralisia Flácida Aguda ¹		Difteria ¹		Intoxicação por Agrotóxico ¹		Doença Hipertensiva ²	
	Nº	Incid.	Nº	Incid.	Nº	Incid.	Nº	Incid.	Nº	Incid.
Centro	31	48,9	-	-	10	15,8	-	-	25	39,4
G.D. Soares	24	44,2	-	-	-	-	-	-	12	22,1
Pirinema	14	41,5	-	-	9	26,7	-	-	8	23,7
Areias Claras	24	51,8	1	2,1	19	41,0	-	-	8	17,3
Guarani	2	23,9	-	-	4	47,8	-	-	2	23,9
Rio Grande	...	...	...	...	...	...	...	...	1	2,8
Itapiranga	6	47,9	-	-	2	16,0	6	47,9	-	-
Pindorama	4	39,9	-	-	1	10,0	-	-	-	-
Alto dos Mendonças	2	35,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Ponta Branca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cará Grande	11	55,5	-	-	1	20,2	13	65,6	2	10,1
Jaguará	2	55,1	-	-	1	17,5	-	-	-	-
Mato Alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serra do Cabrito	1	20,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	111	36,0	1	0,3	49	15,9	19	6,2	58	18,8

Fontes: 1. S.M.S./Vigilância à Saúde/SINAN

2. S.M.S./Vigilância à Saúde/SIH

Anexo IV**Cobertura Vacinal dos Menores de 1 Ano na Rotina e em Campanha,
por Áreas do Município de Floresta Negra, 1997**

Áreas	Rotina				Campanha		
	DPT c/3 Doses	Sabin c/3 Doses	Anti- Sarampo	BCG	Anti- Sarampo	DPT	Anti- Pólio
Centro	25%	11%	40%	15%	54%	44%	94%
Gov. D.S.	16%	13%	39%	-	54%	38%	89%
Pirinema	13%	7%	12%	1%	66%	36%	86%
Areias Claras	8%	6%	22%	12%	62%	44%	89%
Guarani	8%	1%	15%	12%	52%	46%	89%
Rio Grande	...	...	...	...	...	...	...
Itapiranga	24%	8%	16%	24%	46%	46%	103%
Pindorama	15%	16%	19%	25%	69%	52%	96%
Alto dos Mendonças	5%	6%	4%	-	77%	65%	72%
Ponta Branca	23%	16%	20%	16%	-	55%	102%
Cará Grande	7%	4%	9%	-	73%	56%	78%
Jaguará	1%	4%	5%	8%	45%	35%	73%
Mato Alto	2%	3%	5%	3%	40%	30%	95%
Serra do Cabrito	8%	15%	12%	8%	45%	37%	73%

Fonte: Secretaria de Saúde de Floresta Negra. Sistema de Vigilância à Saúde

Anexo V

Matriz: Programação Operativa

Problema	Objetivo	Metas	Atividades	Recursos Necessários	Prazo	Responsável

Anexo VI

Programação de Atividades de Vacinação

No nível municipal, a definição dos recursos necessários para a execução das ações de Vigilância Epidemiológica deve contemplar desde a programação de recursos desenvolvida no nível estadual da Secretaria de Saúde, até a desenvolvida na unidade de saúde. Além dessa interação, a programação deve também considerar os recursos de outros setores externos ao âmbito da Vigilância à Saúde, ou mesmo ao setor saúde. Por exemplo, pode ser necessária a articulação com outros setores da Prefeitura Municipal, com outras esferas de governo, organizações não governamentais, empresários e sindicatos.

A programação das atividades de vacinação, orientadas por um programa de âmbito nacional, o Programa Nacional de Imunizações - PNI/FUNASA/Ministério da Saúde, possui algumas especificidades, que serão abordadas em seguida. Os imunobiológicos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e repassados às Secretarias Estaduais, responsáveis pela definição do cronograma de sua distribuição ao nível local, o que implica uma articulação permanente entre essas duas esferas de governo, a fim de ser estabelecido o esquema que melhor se ajuste à cada realidade, incluindo o tipo de transporte a ser utilizado e as formas de comunicação sobre o envio dos produtos, bem como para a solicitação de novas remessas e remanejamentos, devendo serem previstos, se necessário, recursos financeiros para essas finalidades.

Vacina	Nº de Doses	Percentual de Perda*
BCG	1 dose + 1 reforço	Frascos (20 doses) - 40%
Anti-sarampo	< 1 ano - 1 dose 1 a 4 anos - 1 dose	Frascos (5 doses) - 10% (10 ou 20 doses) - 25%
D.P.T.	3 doses + 1 reforço	10%
Antipólio	3 doses + 1 reforço	Rotina - 25% Campanha - 30%
Toxóide tetânico	Gestantes - 3 doses Sem vacinação prévia	Frascos (5 doses) - 10% (20 doses) - 10%

O cálculo das vacinas a serem utilizadas depende do número de doses por frasco, sendo esperada a perda de algumas doses, devendo essa perda (percentual de perdas) ser incluída no cálculo das quantidades necessárias.

De maneira geral, recomenda-se que os cálculos das doses necessárias sejam feitos baseados na população-alvo do programa. Assim, para cada ano, é calculado o número total de menores de um ano, acrescido do número de crianças de um a

quatro anos que ainda não tenham sido vacinadas. Para esse cálculo, utiliza-se os dados de cobertura vacinal por grupo de idade em anos anteriores, que indicam quantas crianças do grupo menor de um ano já estão vacinadas, e a estimativa da população baseada nos dados do censo demográfico.

As atividades previstas devem ser distribuídas ao longo do ano, estabelecendo-se um cronograma de utilização. A definição das formas de controle do estoque é importante e deve ser feita a partir de um registro minucioso de entrada e saída dos imunobiológicos, contendo o total de doses recebidas, distribuídas, utilizadas, desprezadas, remanejadas e o saldo existente, segundo o tipo, o número de lote e a data do vencimento de cada lote. Com isso, evita-se a falta ou a perda por vencimento, pois é possível redistribuir e usar aqueles produtos cuja data de validade esteja muito próxima.

Anexo VI

Operacionalização da Vigilância Epidemiológica

Instruções para o Monitor

O módulo é estruturado para a leitura de texto baseado em um estudo de caso, que retrata o processo de organização da vigilância epidemiológica no município de Mocotó. O objetivo esperado é o de possibilitar a reflexão sobre a situação de saúde em um município fictício, em paralelo à reflexão sobre o município de origem do treinando. A partir do conhecimento de cada treinando sobre essas duas situações "concretas", buscar-se-á construir conjuntamente uma nova organização da VE. Para tal, são utilizadas questões abertas que serão respondidas pelos grupos. As orientações acerca dessas questões, listadas a seguir, buscam apontar quais os principais aspectos que podem ser explorados em cada tópico. No entanto, outras questões, não relacionadas aqui, podem e devem, também, ser abordadas, quando houver pertinência e relevância para o entendimento do tema.

Questão 1

Pelo menos dois aspectos podem ser abordados neste item. O primeiro deles diz respeito à necessidade de se conhecer a situação de saúde do município para identificar as prioridades de atuação da VE. Outro aspecto diz respeito à possibilidade de apontar algumas propostas para a VE relativas às atividades que são básicas para sua organização. Por exemplo, a investigação epidemiológica constitui uma atividade da VE, compatível com o nível de gestão do município, que possibilita um melhor conhecimento sobre as doenças notificadas e seus fatores determinantes.

Questão 2

Em muitas situações, o Plano Municipal de Saúde, mesmo quando bem elaborado, não contém informações detalhadas sobre a gestão da SMS, estrutura e funcionamento da rede de assistência e da VE, entre outros aspectos.

Questão 3

A análise da situação de saúde possibilita um amplo conhecimento da realidade do município e aponta uma série de problemas a serem enfrentados. No entanto, para esse enfrentamento, é necessário, inicialmente, o estabelecimento de prioridade.

Questão 4a

O objetivo é discutir, para cada um dos agravos do Anexo III, a aplicação dos critérios relacionados no texto. Por exemplo:

Para o sarampo, seriam atendidos, principalmente, os critérios de magnitude, potencial de transmissão, vulnerabilidade, compromisso internacional e, em época mais recente, a transcendência.

Para PFA, apesar de, no momento, não preencher o critério de magnitude, o compromisso internacional e a atual fase de erradicação da poliomielite no país tornam a vigilância da PFA prioritária em qualquer município do território nacional.

Por outro lado, para a doença hipertensiva, em que pese a sua magnitude em algumas áreas e sua transcendência (principalmente severidade), a complexidade dos seus fatores determinantes coloca dificuldades para o seu controle.

Questão 4b

Os critérios utilizados no item anterior devem ser trabalhados, considerando-se as áreas e grupos populacionais do município. Como os itens potencial de disseminação e compromisso internacional não variam entre as áreas ou grupos populacionais, deve-se discutir com base nos demais critérios. Por exemplo, para o sarampo, as áreas de Cará Grande, Jaguará e Areias Claras apresentam os maiores coeficientes de incidência. Neste momento, podem ser analisados também os dados de cobertura vacinal, que mostram baixas coberturas para essas áreas, principalmente na rotina. Por outro lado, algumas áreas apresentam baixas coberturas, mas não registram alta incidência, o que pode estar indicando subnotificação de casos, ou baixa efetividade das ações de vacinação na área (devido, por exemplo, a problemas na rede de frio).

Quanto aos grupos populacionais, só é possível analisar, neste estudo, grupos etários. Ainda que não estejam disponíveis dados sobre incidência por grupo etário, considera-se, em geral, o grupo de menor de um ano como prioritário para vacinação.

Mesmo que não tenha sido apontado, no item 4a, como agravo prioritário, intoxicação por agrotóxico, pode ser considerado como tal, ao menos em Cará Grande. Nesse particular, outros critérios, como transcendência e vulnerabilidade, devem ser, também, considerados.

Questão 5

O propósito desta questão é explorar a noção de desigualdade das condições de saúde de uma população, o que pode gerar riscos diferenciados para cada grupo populacional. Tal desigualdade pode ser visualizada através do recorte por áreas do município, para as quais seriam desenhadas estratégias de ações diferenciadas. Por exemplo, ao estratificar os dados de incidência de sarampo e cobertura vacinal, por

áreas do município, aquelas com maior incidência e menor cobertura deveriam ser priorizadas para o planejamento das ações de vacinação.

Questão 6

Seguir a mesma linha de discussão, enfocando doença/agravo prioritário, com utilização dos critérios e estratificações por áreas e grupos populacionais.

Podem surgir, na discussão, outros grupos populacionais, além do grupo etário, bem como a definição de prioridade de problema de saúde não restrita à doença ou agravo (por exemplo, inexistência ou insuficiência de serviços).

Questão 7

O objetivo das ações está na dependência do tipo de problema de saúde priorizado, como segue:

- a) doença ou agravo: caracterizar o objetivo, se controle, eliminação ou erradicação;
- b) insuficiência ou inexistência de serviço ou ação de saúde: procurar caracterizar o objetivo se implantação, implementação, reorganização, melhoria, etc;
- c) fatores determinantes da doença/agravo: procurar identificar o objetivo se melhoria de variáveis associadas às condições de vida.

Além da discussão sobre os objetivos, é necessário discutir as estratégias necessárias para a consecução desses objetivos, à luz da realidade do município do treinando.

Estratégias - caminhos percorridos para potencializar os recursos existentes ou para obter recursos escassos e inexistentes em um determinado momento.

Questão 8

Mesma discussão aplicada para a realidade do município.

Questão 9

Discutir as experiências de programação de cada município dos treinandos, destacando os passos seguidos para o seu desenvolvimento (definição de problema prioritário, objetivos a serem perseguidos, desenho de estratégias, seleção de tecnologias).

Questão 10

Exemplo de matriz

Problema	Objetivo	Metas	Atividades	Recursos Necessários	Prazo	Responsável
Alta incidência de sarampo	Eliminar o sarampo	Reduzir a incidência para 0	Vacinação de rotina, bloqueio vacinal, campanha, busca ativa, etc.	Imunobiológicos, com - bustível, diárias, cartazes, rede de frios, pessoal capacitado etc.	Jan-dez	Secretarias Estaduais e Municipais, FUNASA. Estabelecer responsáveis por cada atividade

Questão 11

Explorar a concepção que o treinando tem sobre avaliação e se o município realiza alguma análise sobre as ações de controle que são desenvolvidas.

Questão 12

Discutir sobre o propósito da avaliação, tentando verificar se a avaliação é realizada de forma "mecânica" ou se é adotada para analisar continuamente a adequação das medidas de controle.

Coordenação

Vera Lúcia Gattás

Elaboração

Ana Maria Johnson de Assis
Eduardo Hage Carmo
Edwin Antônio Solórzano Castillo
Luiza de Marilac Meireles Barbosa
Márcia Benedita Oliveira
Maria de Fátima Calderaro
Maria Goretti de Godoy Souza
Márcia Caraça Cortáz
Natal Jataí de Camargo

Instituições Participantes

Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
Secretaria de Estado da Saúde do Ceará
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco
Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Centro Nacional de Epidemiologia / Fundação Nacional de Saúde

Revisão de Texto

Regina Coeli Pimenta de Mello
Waldir Rodrigues Pereira

Editoração Gráfica e Diagramação

Edite Damásio da Silva - CENEPI/FUNASA/MS
Marcos Antonio Silva de Almeida - CENEPI/FUNASA/MS

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Reprodução fiel do original)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, novembro de 2003
OS 1400/2003