

Cod. Acesso: 124094
Dig: 14050673
Nota: 07/05/2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA / EPIDEMIOLOGIA

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
NO ESTADO DO CEARÁ FRENTE AO MODELO DE
DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

MARIA DE LOURDES PEREIRA RODRIGUES

D 614.098131

R 614 a

Bo 01

FORTALEZA - CEARÁ

2003

R614a Rodrigues, Maria de Lourdes Pereira

Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica no Estado do Ceará frente no modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde/Maria de Lourdes Pereira Rodrigues. – Fortaleza, 2004.

175f.:il

Orientador: Professor Dra. Lígia Regina S. Kerr Pontes

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina

1. Vigilância epidemiológica 2. Descentralização 3. Saúde – organização e administração 4. Medidas em epidemiologia

I. Pontes, Lígia Regina Sangliolo Kerr (Orientador)

II. Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado do Ceará frente no Modelo de Descentralização do Sistema Único de Saúde. CDD 614.098131

MARIA DE LOURDES PEREIRA RODRIGUES



**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
NO ESTADO DO CEARÁ FRENTE AO MODELO DE
DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública, Área de Concentração em Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública

Orientação:

Prof. Dra. Lígia Regina Sangiolo Kerr Pontes

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Co-orientador)

FORTALEZA - CEARÁ

2003

MARIA DE LOURDES PEREIRA RODRIGUES



**AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
NO ESTADO DO CEARÁ FRENTE AO MODELO DE
DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Mestrado em Saúde Pública / Epidemiologia

Universidade Federal do Ceará

Aprovada em 24/08/2003

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

Prof.^a Dra. Lígia Regina Sangiolo Kerr Pontes

Prof. Dr. José Wellington de Oliveira Lima

Prof. Dr. Paulo César de Almeida

Fortaleza – Ceará

2003

AGRADECIMENTOS

Muitas foram as pessoas que contribuíram para a elaboração deste estudo, no entanto, gostaria de mencionar algumas fundamentais. A todos, os meus sinceros agradecimentos e em especial:

A Deus por ter me dado coragem para a realização deste Mestrado.

À Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP/CE, Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana e Projeto VIGISUS pelo apoio e financiamento à realização deste estudo.

Aos meus filhos, Pedro, Lara e Larissa pela compreensão e segurança que me deram para cursar o Mestrado.

À minha mãe e meu padrasto, pelo amor que me ensinaram a caminhar em busca de meus ideais.

Aos meus irmãos, que sempre me ajudaram a crescer, pelos quais tenho muito carinho.

Aos professores Dra. Lígia Regina Sangiolo Kerr Pontes, Dr. Ricardo José Soares Pontes, Dra. Vera Lúcia de Almeida, Dr. Paulo César de Almeida e Dr. José Wellington de Oliveira, Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior, que me apoiaram, confiando na realização do trabalho.

Aos professores do Mestrado, em especial, Dra. Márcia Machado, Dr. Ursino e Dr. Marcelo, pelos conhecimentos adquiridos durante o curso.

A todos que fazem o Mestrado de Saúde Pública, destacando os colegas de turma, pelo apoio ao longo dos dois anos, especialmente Nélio, Socorro Cavalcante, Socorro Penteado, Alessandra e Mariana, pelas quais tenho muito carinho.

Às colegas da Escola de Saúde Pública, em especial Lucília e Luiza pela contribuição para o desenvolvimento deste estudo.

Aos companheiros da Coordenação do Mestrado: Fernando, Diana, Zenaide, Conceição, Liduina, Dulce e Dominique que contribuíram para este estudo.

Aos Coordenadores da Vigilância Epidemiológica dos municípios que contribuíram com informações para realização da pesquisa.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo.

RESUMO

Este estudo teve como principal objetivo avaliar o Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado do Ceará. O presente trabalho constituiu-se em um estudo transversal realizado com coordenadores da Vigilância Epidemiológica (VE) dos municípios do Estado do Ceará, de janeiro a dezembro de 2002. Foram incluídos na pesquisa, todos os 184 municípios do estado do Ceará, entretanto a amostra constou de 149 municípios, em virtude de 8 não possuírem coordenadores da Vigilância Epidemiológica, 25 não terem respondido o questionário e Fortaleza que foi excluída do estudo. Os resultados apontaram que 54,36% dos municípios estavam habilitados para a Gestão Plena da Atenção Básica, e somente 12,75% para Gestão Plena do Sistema Municipal. Com relação à certificação dos municípios para Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), 62,41% estavam certificados. Ao avaliar o perfil dos coordenadores, esses, eram na maioria mulheres (87,91%), com idade entre 26 e 40 anos (69,79%), em torno de 82,43% dos profissionais atuavam na Vigilância Epidemiológica e em outras atividades relacionadas à saúde, principalmente no PSF; recebiam em média R\$ 1.312,00 (em torno de US\$ 437,00) e não possuíam vínculo empregatício. Em geral a equipe era muito pequena, 1 profissional de nível médio e 1 de nível superior. Analisando a infra-estrutura, observou-se que somente 59,06% dos municípios tinham locais exclusivos para o desenvolvimento das atividades de vigilância, 104 tinham computadores, com 98 deles tendo acesso à linha telefônica, mas somente 69,79% tinham condições de acessar a Internet. Apenas 32,21% responderam contar com disponibilidade de transporte. Somente 19 dos municípios investigados tiveram condições consideradas adequadas em relação às ações de VE. Somente o tipo de gestão ($p=0,018$) e ter na equipe de vigilância pelo menos um profissional de nível médio e um profissional de nível superior ($p=0,029$) estavam associados a um desempenho adequado da VE. Na prática cotidiana das ações de VE, percebeu-se claramente a predominância do modelo tradicional, com ações semelhantes às desenvolvidas anteriores ao Sistema Único de Saúde, e que, mesmo após a descentralização da Epidemiologia e Controle das Doenças, estas atividades não pareceram ser prioridades para os municípios. Portanto, enquanto não houver fortalecimento da VE, o país continua vulnerável a ser surpreendido por surtos e epidemias de doenças emergentes e reemergentes.

ABSTRACT

The aim of this research was to evaluate the Epidemiological Surveillance System (ES) of the State of Ceará – Brazil, in what concerns the decentralisation model. The present work consisted of a transversal study conducted with the Epidemiological Surveillance's Co-ordinators of the municipalities from the State of Ceará, throughout the period of January to December, 2002. There were included in the research, 184 municipalities from the state, but the final sample consisted of 149 municipalities due to 8 of them did not have a The Co-ordinators' Epidemiological Surveillance and 25 did not answer the questionnaire. The results pointed out that 54,36% municipalities were certified for the *Gestão Plena de Atenção Básica*, while only 12,75% of the municipalities were in *Gestão Plena do Sistema Municipal*. In relation to the municipalities' certification for Epidemiology and Disease Control (CDC), 62,41% of them were certified. The Co-ordinators' profile evaluation showed that, 87,91%, were women with a varying age between 26 to 40 years (69,79%); 82,43% worked in the ES and in other activities related to health, receiving a mean wage of R\$ 1.312,00 (around US\$ 437,00) and did not have working bounds. The health teams had a medium of 1,4 professional. Analysing the available infra-structure, only 59,06% of the municipalities had an exclusive location for the development of the surveillance activities, 96,64% had computers, followed by 93,95% with phone access, but only 69,79% had the conditions to access the internet and only 32,21% of them had the availability of transport. Only 19 of the 149 municipalities had a performance considered adequate in relation to the Epidemiological Surveillance's actions. The type of management ($p = 0,018$) and the surveillance team be composed by both a technician and a graduated professional ($P=0,029$) were the only factors significantly associated with an adequate performance by ES. In the quotidian practice of ES actions, it is clearly noticed the predominance of the traditional model and that even after the decentralisation of the CDC, these activities do not seem to be prioritised by the municipalities.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIDS – Aquired Immune Deficiency Syndrome

AIS – Ações Integradas de Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária de Saúde

BPA – Boletim de Produção Ambulatorial

CAT's – Comunicações por Acidentes de Trabalho

CBCD – Centro Brasileiro de Classificação de Doenças

CBVE – Curso Básico de Vigilância Epidemiológica

CDC – Centers for Disease Control

CEINF – Célula de Informação em Saúde

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia

CERES – Células Regionais de Saúde

CESTMA – Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente

CEV – Campanha de Erradicação da Variola

CID – Código Internacional das Doenças

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCS – Departamento de Coordenação em Saúde

DEABS – Departamento de Ações Básicas de Saúde

DEE – Divisão de Epidemiologia e Estatística

DERES – Departamento Regional de Saúde

DN – Declaração de Nascido Vivo

DO – Declaração de Óbito

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECD – Epidemiologia e Controle de Doenças

EUA – Estados Unidos da América

ESP/CE – Escola de Saúde Pública do Ceará

FIBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FSESP – Fundação dos Serviços de Saúde Pública

GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal

GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

MDDA – Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas

MR – Microrregionais

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RC – Registro Civil

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SAHPH – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social

SESA/CE – Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SILOS – Sistema Locais de Saúde

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SIS – Sistema de Informação de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SUS – Sistema Único de Saúde

TABWIN – Tabulação para Windows

TFECD – Teto Financeiro para Epidemiologia e Controle das Doenças

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

US - Unidade de Saúde

UVE's – Unidade de Vigilância Epidemiológica

VE – Vigilância Epidemiológica

LISTA DE TABELAS

	DESCRIÇÃO	Pág.
Tabela 1	Distribuição dos municípios segundo tipos de gestão e certificação para Epidemiologia e Controle de Doenças no Estado do Ceará, 2002	60
Tabela 2	Escolaridade dos gestores e coordenadores da Vigilância Epidemiológica municipais do Estado do Ceará, 2002	62
Tabela 3	Formação superior dos gestores municipais e coordenadores da Vigilância Epidemiológica do estado do Ceará, 2002	63
Tabela 4	Perfil do Coordenador da Vigilância Epidemiológica. Ceará – 2002.....	65
Tabela 5	Capacitação profissional do Coordenador da Vigilância Epidemiológica no Estado do Ceará em 2002	67
Tabela 6	Especialização dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica nos municípios do Estado do Ceará, 2002	68
Tabela 7	Número de profissionais por equipe trabalhando na Vigilância Epidemiológica no estado do Ceará, segundo função e nível de escolaridade em 2002	69
Tabela 8	Experiência e permanência do coordenador da vigilância epidemiológica no estado do Ceará, 2002	70
Tabela 9	Infra-estrutura e equipamentos da sede da Vigilância Epidemiológica dos municípios no Ceará, 2002	72
Tabela 10	Disponibilidade dos formulários utilizados pela Vigilância Epidemiológica dos municípios do estado do Ceará, 2002	73
Tabela 11	Principais deficiências na Vigilância Epidemiológica municipal no Ceará, segundo o coordenador em 2002.....	74
Tabela 12	Distribuição das atividades desenvolvidas nos municípios para doenças e agravos de notificação compulsória no Estado do Ceará, 2002	76
Tabela 13	Participação dos Coordenadores da Vigilância Epidemiológica na definição de políticas de saúde de municípios do estado do Ceará, 2002	78

Tabela 14	Utilização dos bancos de dados voltados para a área da saúde pelos Coordenadores da Vigilância Epidemiológica municipal do estado do Ceará, 2002	80
Tabela 15	Utilização dos indicadores de saúde ambiental pela Coordenação da Vigilância Epidemiológica municipal do estado do Ceará, 2002	81
Tabela 16	Atividades de controle que o município executa, com relação às doenças transmitidas por vetores e/ou zoonoses. (Ceará, 2002)	83
Tabela 17	Relação entre o desenvolvimento de uma vigilância adequada e variáveis relacionadas à infra-estrutura, perfil profissional do coordenador da VE e secretário de saúde tipo de gestão e certificação para ECD, Ceará, 2002	85
Tabela 18	Relação entre a população dos municípios e variáveis relacionadas à infra-estrutura, perfil profissional do coordenador da VE e secretário da saúde tipo de gestão e certificação para ECD, Ceará, 2002	86

LISTA DE QUADROS

	DESCRIÇÃO	Pág.
Quadro 1	Eras na evolução da epidemiologia moderna	17
Quadro 2	Episódios de Doenças Emergentes e Reemergentes no Brasil	24
Quadro 3	Principais características dos Sistemas de Informações em Saúde	33

SUMÁRIO

PARTE I – DISSERTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Evolução da Vigilância Epidemiológica	15
1.2 O processo de desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica no Brasil	25
1.3 A Vigilância Epidemiológica no Brasil e sua inserção no processo de construção das políticas de saúde	39
1.4 A Vigilância Epidemiológica no Ceará: do nascimento da saúde pública ao processo de descentralização dos serviços de saúde	49
2 OBJETIVOS	56
2.1 Objetivo Geral	56
2.2 Objetivos Específicos	56
3 METODOLOGIA	57
3.1 Tipo de estudo	57
3.2 População	57
3.3 Técnica de coleta de dados	57
3.4 Análise dos dados	58
4 RESULTADOS	60
5 DISCUSSÃO	87
8 REFERÊNCIAS	97
9 ANEXOS	108

- 1 Portaria n.º 1.943, de 18 de Outubro de 2001 (Listagem das Doenças de Notificação Compulsória).
- 2 Declaração de Óbitos - DO
- 3 Declaração de Nascidos Vivos - DN
- 4 Ficha do Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN.
- 5 Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.
- 6 Portaria n.º 1399, 15/12/99 – Epidemiologia e Controle de Doenças.
- 7 Portaria n.º 950 de 23/12/1999 – Ministério da Saúde.
- 8 Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS

- 9 Mapas das Células e Macros Regionais de Saúde do Estado do Ceará.
- 10 Mapa das SER do município de Fortaleza
- 11 Questionário aplicado aos Coordenadores da VE nos municípios Cearenses.

PARTE II – ARTIGO CIENTÍFICO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Evolução, conceito e propósito da Vigilância Epidemiológica

As epidemias marcaram a história da humanidade desde os tempos antigos. Por muitos séculos, as populações de vários países eram atingidas por doenças transmissíveis, que as levavam à morte. Nessa época, os povos já tinham interesse em estabelecer ligações entre fatores ambientais e saúde, com intuito de tentar prevenir as doenças e a disseminação das mesmas (CARVALHO & WERNECK, 1998). Inicialmente, baseavam-se esse acontecimento na teoria miasmática, pois imaginavam que a movimentação do ar carregaria gases pestilenciais, originados da matéria orgânica apodrecida, contaminando o meio ambiente e causando doenças (BARBOSA, 1994).

Embora não tendo conhecimento da existência dos microorganismos, nem de suas formas de transmissão, os povos se organizavam na tentativa de controlar as doenças. A preocupação com a saúde da população e a adoção de medidas sanitárias existem desde a antiguidade (PAIM, 2003). Eram adotadas medidas empíricas, tais como: isolamento social e confinamento em instituições; limpeza de ruas e casas; aterro de águas paradas; controle de instalações de cemitérios e de estabelecimentos comerciais de alimentos e proibições de entrada de indivíduos contaminados pela peste. Tais medidas se baseavam na observação de que a disseminação da doença se associava a deslocamentos humanos e/ou a situações ambientais específicas, como regiões pantanosas, inundações e desmatamento (CARVALHO & WERNECK, 1998).

Existem fatos conhecidos da história sobre como as populações antigas agiam na tentativa de conter e prevenir as doenças. Nos tempos de Maomé, a tradição Islâmica ensinava que, quando um país fosse acometido por uma epidemia, as pessoas eram aconselhadas a não viajar para o mesmo. Em contrapartida, se a epidemia acontecesse no local em que a pessoa estava, essa deveria permanecer sem deslocamento para outro

lugar. Na antiga Grécia, toda vez que havia uma peste ou uma epidemia, os médicos saíam para matar as cobras pois acreditavam que essas (seres demoníacos) eram as causadoras das doenças (DELUMEAU, 2001).

É sabido que, quando a Europa foi atingida pela Grande Peste no século XIV, foram estabelecidas medidas para tentar conter a propagação desta doença.

“... as precauções, quando se aspergia com vinagre cartas e moedas, quando se acendiam fogueiras purificadoras nas encruzilhadas de uma cidade contaminada, quando se desinfetava indivíduos, roupas velhas e casas, por meio de perfumes violentos e de enxofre, quando se saía para rua em período de contágio com uma máscara...” (DELUMEAU, 2001).

No fim do século XVII, quando se declarava peste em uma cidade, a quarentena se dava sob um regulamento que impunha medo. As cidades eram fechadas com proibição de sair sob pena de morte. Os bairros eram vigiados por um intendente. As ruas ficavam sob a responsabilidade de um síndico, que era encarregado de fechar por fora as portas de cada casa. Havia um sistema de registro permanente. Diariamente o síndico fazia a chamada das pessoas para investigar se alguém escondia mortos ou doentes, era a “revista dos mortos ou dos vivos” (FOUCAULT, 1999). O pânico provocado durante essas epidemias esteve relacionado à atitude de rejeição, permanecendo a construção do conceito de transmissão condicionado ao medo, orientando-se por valores como controle, proteção, ordem e segurança (CZERESNIA, 1997).

Após a descoberta dos microorganismos, ocorrida no final do século XIX, a epidemiologia das populações, das exposições ambientais e da dinâmica social das doenças tributárias da teoria dos miasmas que predominou entre os sanitaristas na maior parte do século, foi substituída pela ênfase ao controle dos agentes infecciosos (Quadro 1). A partir de então, foi iniciada uma nova era na epidemiologia, a das doenças infecciosas, com seu paradigma a teoria dos germes que após a II Guerra Mundial foi

assinalada o início da era das doenças crônicas e do paradigma da caixa preta (SUSSER & SUSSER, 1998).

Com o conhecimento sobre agente infeccioso e seus modos de transmissão e o desenvolvimento de métodos de combate como a vacina, iniciou-se uma prática científica do controle das doenças, dando-se maior importância ao indivíduo portador e ao microrganismo (CZERESNIA, 1989).

QUADRO 1 – Eras na evolução da epidemiologia moderna

<i>Era</i>	<i>Paradigma</i>	<i>Abordagem analítica</i>	<i>Abordagem preventiva</i>
Estatísticas sanitárias primeira metade do século XIX.	Miasma: envenenamento por emanção ruim originária do solo, ar e água.	Demonstrar grupos de morbidez e mortalidade.	Drenagem Esgoto Saneamento
Doença infecciosa final do século XIX até à primeira metade do século XX.	Teoria dos germes: agentes simples relacionados um a um em doenças específicas	Isolamento do laboratório, culturas originárias dos locais das doenças, transmissão experimental no local das lesões	Interromper a transmissão. Vacina, Isolamento antibiótico
Epidemiologia da doença crônica, metade final do século XX.	Caixa preta: exposição relacionada ao resultado, sem necessidade de fatores patogênicos intermediários	Taxa de risco de exposição a resultados no nível individual nas populações.	Controle dos fatores de risco, mudança de estilo de vida ou agente ou ambiente

Fonte. SUSSER & SUSSER, 1998

A primeira metade do século XX foi marcada pelo grave acometimento de grandes parcelas populacionais por doenças transmissíveis. Diante desse quadro, surgiu a necessidade de analisar as manifestações dessas doenças, o que propiciou, especialmente nos Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra, o desenvolvimento da ciência epidemiológica que permitiu o estudo da distribuição dos determinantes da frequência das doenças no ser humano (SUSSER & SUSSER, 1998). A partir de então foi possível conhecer melhor as condições e fatores que favoreciam o desenvolvimento das

moléstias, tais como: faixa etária, sexo, lugar, ocupação, dentre outras (CZERESNIA, 1989).

Conhecendo esse quadro começaram as indagações: Como saber quais os tipos de enfermidades transmissíveis estavam surgindo? Quantos eram os casos? Que doenças poderiam ser controladas com os procedimentos adotados? Para que as informações importantes à adoção de medidas direcionadas ao controle e a prevenção pudessem ser atualizadas constantemente, surgiram então os serviços de Vigilância Epidemiológica, com objetivo de desenvolver atividades de coleta e análise de dados com a finalidade de determinar as medidas a serem aplicadas ao ambiente, aos doentes ou às pessoas em risco de adoecer (CARVALHO & WERNECK, 1998).

A princípio, a Vigilância Epidemiológica significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Essas ações eram influenciadas pelo conceito de polícia médica vigente. Portanto, ficava restrita à vigilância de pessoas, através de medidas de isolamento ou quarentena, aplicadas individualmente e não de forma coletiva (BRASIL, 2002; GAZE & PEREZ, 2003).

“O isolamento e a quarentena determinavam a separação de indivíduos de seus contatos habituais, assumindo caráter compulsório, típico da polícia médica, visando defender as pessoas sadias, separando-as dos doentes ou daquelas que potencialmente poderiam vir a apresentar essa condição” (WALDMAN, 1998).

Posteriormente, foram incluídas ações de âmbito coletivo, como a vacinação, o controle de vetores e o saneamento ambiental, a exemplo das campanhas de erradicação de doenças, como a malária e a varíola. A partir de então, a vigilância começou a atuar,

buscando casos de doença alvo, com o propósito de desencadear medidas para impedir a transmissão (BRASIL, 2002; GAZE & PEREZ, 2003).

A partir de 1950, um novo conceito acerca de vigilância aplicado em saúde pública foi definido como “acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde da comunidade, com o propósito de aprimorar as medidas de controle”. Foi incluída a coleta sistemática dos dados relevantes relativos a específicos eventos adversos à saúde, sua contínua avaliação e disseminação das informações (LANGMUIR, 1971).

Em 1951, foi criado o Serviço de Inteligência por epidemias, ligado ao Centro de Doenças Transmissíveis Centers for Disease Control (CDC) nos Estados Unidos da América, dirigido por epidemiologistas (WALDMAN, 1998).

Inicialmente, a designação adotada para o instrumento de vigilância foi a de inteligência epidemiológica. Para evitar o estigma do caráter militar, o termo *inteligência* foi substituído por *vigilância*, e sua aplicação ocorreu pela 1ª vez em 1955, quando em algumas regiões dos Estados Unidos da América houve uma epidemia de poliomielite (WALDMAN, 1998).

Com o crescimento do intercâmbio comercial internacional, o conhecimento da microbiologia e do mecanismo de transmissão das doenças infecciosas, surge então o conceito de vigilância, com a finalidade de observar contatos de pacientes atingidos por moléstias como a cólera, varíola e a peste. Neste contexto, vigilância passou a ser entendida como a *“observação dos comunicantes durante o período máximo de incubação da doença, a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que o comunicante abandonou o local em que se encontrou a fonte primária da infecção”* (WALDMAN, 1998). Esse conceito envolvia vigília para que fossem tomadas as medidas indicadas no momento oportuno.

A partir dos anos 60 do século XX, o uso da vigilância foi significativamente ampliado, quando sua utilização disseminou-se por todos os continentes, propiciando sua consolidação como um importante instrumento da epidemiologia nos serviços de saúde (HAMMANN & LAGUARDIA, 2000).

Em 1963, Alexandre Langmuir, definiu vigilância como:

“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” (WALDMAN, 1998).

O termo Vigilância Epidemiológica em saúde pública é utilizado pela primeira vez em 1964, por Karol Raska e foi consagrado internacionalmente com a criação, no ano seguinte, da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde. O uso deste termo para qualificar vigilância, no entanto, não é consenso. Mais recentemente, autores como Thacker e Berkelman, acreditam que a utilização desse qualificativo tem induzido confusões na aplicação da epidemiologia, portanto, propuseram a adoção da denominação **vigilância em saúde pública** (WALDMAN, 1998).

Em 1965 é criada a Unidade de Vigilância Epidemiológica da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, em 1970, é recomendado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que todos os países membros estabeleçam a manutenção dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica (SVE) (OPAS, 1968; CARVALHO & WERNECK, 1998). As informações obtidas como resultado da vigilância podem ser usadas para identificar questões a serem pesquisadas, como é o caso de testar uma hipótese

elaborada a partir de dados obtidos numa investigação de um surto ou avaliar a necessidade de defender determinada estratégia de controle de uma doença (WALDMAN, 1998).

No final dos anos 60, a Organização Mundial de Saúde incorporou, como objeto da vigilância, outros problemas de saúde pública não circunscritos às doenças infecciosas (ROMERO & TRONCOSO; 1981). No Brasil, embora o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica não restrinja sua atuação às doenças transmissíveis, ao longo das últimas décadas vem priorizando essas enfermidades (BRASIL, 1998; TEIXEIRA et al, 1998).

Toda essa evolução se deu em um quadro sanitário no qual as doenças transmissíveis eram os principais problemas de saúde. Portanto, as ações de vigilância eram dirigidas para o controle de transmissão do agente infeccioso, centradas no isolamento do hospedeiro e no extermínio do agente do ambiente. Essas medidas com pensamento puramente biologicista melhoraram a assistência da população, mas ainda relacionava-se a uma visão restrita da epidemiologia, deixando uma grande lacuna entre as relações da doença e as condições sociais (COSTA, 1985). Assim, tais medidas, diminuíram o número de casos das doenças transmissíveis, chegando a erradicar algumas delas como a poliomielite, no Brasil, e a varíola, no mundo (BRASIL, 2002). No entanto, importantes mudanças sociais, geradas pelo processo de industrialização, êxodo rural e crescimento das cidades, ocorreram nas últimas décadas. Começaram, então, a aumentar o número de casos de doenças não transmissíveis e de indivíduos acometidos por agravos, diretamente influenciados por fatores externos relacionados a um estilo de vida pouco saudável, tais como excesso de trabalho, dieta inadequada, sedentarismo, abuso de drogas e de bebidas alcoólicas, estresse, violência urbana e de

trânsito, dentre outras. A violência, devido à sua magnitude, torna-se, atualmente, um grave problema de saúde pública para a sociedade (AGUDELO, 1997).

Essa situação foi influenciada também pela ocorrência da transição demográfica, que é representada pela queda da mortalidade e natalidade e aumento da expectativa de vida das populações humanas. Concomitante à essa transição, ocorreram mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade das populações denominado de transição epidemiológica (BARRETO & CARMO, 2000; LUNA, 2002; VERMELHO & MONTEIRO, 2003). A transição epidemiológica tem, portanto, apresentado uma série de problemas que precisam ser enfrentados (GOULART, 1999; GÓMEZ, 2001). Além das doenças infecciosas e parasitárias, as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e a violência se tornaram mais prevalentes. O aumento da ocorrência dessas disfunções e agravos passou a despertar a atenção das autoridades sanitárias pelo impacto promovido na população economicamente ativa. Iniciou-se então a discussão e valorização dos determinantes sociais como potenciais causadores de doenças não-transmissíveis e agravos, influenciando diretamente a reformulação do conceito de epidemiologia, que passa a incorporar a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença, redirecionando as ações relacionadas à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis, assim como das doenças não-transmissíveis e agravos (MENDES, 1998).

O conceito da transição epidemiológica descrito por OMRAN (1979) refere-se à mudanças seculares dos padrões de saúde e doença relacionando-os a fatores sociais, econômicos e demográficos. É entendido que, à medida que os países atingem melhores níveis de desenvolvimento, as mudanças nas condições sociais, econômicas e de saúde causam a transição de um baixo padrão de expectativa de vida, para um aumento de

sobrevida em direção às idades mais avançadas e aumento das mortes por doenças não transmissíveis (VERMELHO & MONTEIRO, 2003).

A transição epidemiológica não ocorreu de forma homogênea ou simultânea em todo o mundo. Alguns modelos foram ou estão sendo vivenciados. Na primeira metade do século XX, em países como Reino Unido, Suécia e EUA, as doenças infecciosas foram substituídas pelas degenerativas, como principais causas de mortalidade, representando o modelo clássico ou ocidental da transição epidemiológica. O modelo de transição acelerada foi vivenciado pelo Japão, e o contemporâneo/atrasado é representado pelos países nos quais essa transição é mais atual ou ainda não se completou (LUNA, 2002).

O autor afirma ainda, que, ao tentar analisar a situação da América Latina, observa-se um quadro de significativas diferenças entre os países e dentro de cada país. Alguns, como Cuba, Costa Rica e Chile, estariam em uma etapa mais avançada da transição, similar ao modelo atrasado de Omran; outros como Haiti, Bolívia e Peru, estariam apenas iniciando o processo e países como o México e o Brasil ainda apresentariam um processo tão diferente que representariam um novo modelo de transição, com características bem claras: doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas com mesma importância; ressurgimento de doenças como a malária, cólera e dengue, com grande importância na morbidade e sem grande interferência na mortalidade; e uma transição prolongada, devido à exacerbação das desigualdades dentro dos países.

No Brasil, a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias esteve relacionada principalmente à redução das doenças imunopreveníveis e diarreicas, persistindo grandes desigualdades regionais e sociais, com aglomerações populacionais nos quais os perfis de mortalidades pouco mudaram nas últimas décadas. Constata-se que à

exceção das doenças imunopreveníveis, as demais doenças vêm permanecendo quase que constante desde os anos de 1980, representando em torno de 10% das causas de internações hospitalares pelo SUS. Reconhece-se que grande parte das condições e fatores relacionados à emergência e reemergência das doenças infecciosas e parasitárias estão presentes no nosso país e que seu processo de emergência e reemergência continua a ocorrer (Quadro 2). Boa parte das doenças infecciosas no Brasil, não é de notificação compulsória, e as que são, têm uma grande parcela de subnotificação (ROUQUAYROL, 2003).

QUADRO 2 – Episódios de Doenças Emergentes e Reemergentes no Brasil

<i>Ano</i>	<i>Doença/Ocorrência</i>	<i>Local</i>
1970-73	Epidemia de encefalite-Vírus Rocio	Vale do Ribeira/SP
1975	1º detecção de Rotavírus	Belém/PA
1982	1º epidemia de dengue	Boa Vista/RR
1983	1º casos de AIDS	São Paulo/SP
1985	1º surto de febre purpúrica brasileira	Promissão/SP
1986	Dengue	Rio de Janeiro/RJ
1990	Vírus Sabiá	São Paulo/SP
1991	Cólera	Vale dos Solimões/AM
1991	Isolado <i>Coccidioides immitis</i>	Região central do Piauí
1993	1º casos de hantavirose (SPH)	Juquitiba/SP
1995	Doença pelo vírus Ilhéus	Estado de São Paulo
1997	Calazar em zonas urbanas	Estados do Nordeste
1997	1º casos de <i>Enterococcus</i> resistentes	São Paulo/SP
1998	Nefrite epidêmica pós infecção por <i>Streptococcus zooepidemicus</i>	Nova Serrana/MG
1998	Surto de parvovirose B 19	Joaçaba – Herbal d'Oeste/SC
1998	óbitos p/ sínd febril hemorrágica –	Fortaleza/CE
1998	Surto de febre maculosa	Estado do Rio de Janeiro
1998	Surtos de hantavíroses	Oeste de SP, T. Mineiro, RS
1998	Surtos de febre amarela	Mucajá – Alto Alegre/RR, Ilha de Marajó/PA
1998	Epidemia de gripe – vírus influenza B	Belém/PA
1999	Surtos de toxoplasmose aguda (alimentar)	Taquarituba, Itapeva/SP
1999	Aglomerados de óbitos por síndrome febril	Natal/RN, Santos/SP,

	hemorrágica – etiologia não esclarecida	Recife/PE
1999	Surto de toxoplasmose agudacampus universitário	São Carlos/SP
1999	Surto de vaccínia (Orthopoxvirus)	Cambuci/RJ
2000	Surto de febre amarela	TO, GO, BA, MG, SP
2000	Aglomerados de óbitos por síndrome febril hemorrágica – etiologia não esclarecida	Pancas/ES, Japerí/RJ
2000	Calazar	Araçatuba/SP
2001	Surto de febre amarela	Oeste de Minas Gerais

Fontes: adaptação de Gattás, 2000, Momen, 1998 apud LUNA, 2002

1.2 Processo de desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica no Brasil

A Vigilância Epidemiológica constitui-se um importante instrumento para o planejamento, a organização dos serviços de saúde, bem como para a normatização de atividades técnicas correlatas. Sua finalidade é fornecer orientação técnica permanente para decisão e execução de ações de controle de doenças e agravos (BRASIL, 2002).

Para que a Vigilância Epidemiológica possa propor ações de prevenção e controle a partir do estudo do comportamento das doenças e agravos à população, é importante seguir as seguintes etapas: 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; e avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes (GAZE & PEREZ, 2003).

Para cumprir suas funções a Vigilância Epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para desencadear o processo “informação para a ação” (BRASIL, 2002; TEIXEIRA et al, 1998). A qualidade e a disponibilidade dos dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário é essencial para uma informação coerente. A Vigilância Epidemiológica funciona através de dados e esta, acontece em todos os níveis de atuação do sistema de saúde (FISCHMAN, 1994).

Podem ser considerados como objetivos da vigilância: Identificar tendências, grupos e fatores de risco com vistas a elaborar estratégias de controle de específicos eventos adversos à saúde; descrever o padrão de ocorrência de doenças de relevância em saúde pública; detectar epidemias; documentar a disseminação de doenças; estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos; recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde; avaliar o impacto de medidas de intervenção; avaliar a adequação de táticas e estratégias de aplicação de medidas de intervenção (WALDMAN, 1998).

As ações de vigilância dependem dos objetivos pretendidos, colaborando para o controle e prevenção de determinada doença ou agravo. Dentre as medidas mais freqüentemente recomendadas, destacam-se: investigação epidemiológica, busca de casos e visita domiciliar, apoio a procedimentos diagnósticos, vacinação de bloqueio, intensificação de vacina, indicação de restrição de circulação e quimioprofilaxia (BRASIL, 2002). A parte operativa da vigilância se dá através de freqüente observação e investigação da doença e/ou agravo inusitado, para tanto são importantes os seguintes aspectos: sistema adequado de registros, gestores sensibilizados, envolvimento profissional, interação entre as vigilâncias ambiental e sanitária e em outros setores (FOSSAERT, 1974; COLIMON, 1990).

A coleta de informação pode ser de forma ativa, passiva ou especializada, dependendo das características do agravo, dos objetivos do sistema, dos recursos disponíveis, da fonte ou das fontes de informação a serem utilizadas (COLIMON, 1990). A vigilância passiva tem como fonte de informação a notificação espontânea, é a mais antiga forma, apresenta baixo custo e é mais simples, porém é mais vulnerável à sub-notificação, apresentando maior dificuldade na padronização da definição do caso.

Exemplo é a coleta feita em prontuários arquivados. Em contrapartida, a vigilância ativa, caracteriza-se pela coleta em contato direto, a intervalos regulares, entre a equipe de vigilância e as fontes de informação. Os sistemas ativos de vigilância permitem um melhor conhecimento do comportamento dos agravos à saúde na comunidade. No entanto, requerem maior custo que os sistemas passivos necessitando de uma melhor infra-estrutura dos serviços da saúde (WALDMAN, 1998).

Na prática, é comum o uso de sistemas mistos, ou seja, passivos, “parcialmente ativados” (WALDMAN, 1998).

Para alimentar o sistema de Vigilância Epidemiológica são vários os dados e as informações, dentre eles: dados demográficos, socioeconômicos e ambientais; dados de morbidade; notificação de surtos e epidemias (BRASIL, 2002).

A notificação compulsória de doenças vem sendo a principal fonte de dados da Vigilância Epidemiológica no Brasil. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), é o principal instrumento de coleta de dados de notificação compulsória. As informações são provenientes de: Sistemas articulados de laboratório; bases de dados dos Sistemas Nacionais de Informação; investigação epidemiológica de campo; imprensa e população; além de outras fontes especiais de dados que são: estudos epidemiológicos e sistemas sentinelas através de redes de profissionais sentinelas, unidade saúde sentinela (PEREIRA, 1998).

“Notificação é 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 das medidas de intervenção pertinentes” (BRASIL, 2002).

A compulsoriedade da notificação significa que a lei obriga aos profissionais de saúde a comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica. Além do que todo cidadão tem o dever de comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica (BRASIL, 2002). A notificação obrigatória das doenças é uma das principais atividades do sistema de vigilância epidemiológica (TEIXEIRA & RISI JÚNIOR, 1999; BRASIL, 2002).

A finalidade da Notificação Compulsória é a rapidez do conhecimento, da ocorrência de um determinado agravo, a fim de que se tomem as medidas adequadas para redução dos danos e impedir a disseminação das mesmas (HAMMANN & LAGUARDIA, 2000).

Embora a visão do processo saúde-doença do século XIV fosse diferente dos tempos atuais, acredita-se que a composição da primeira lista de doenças de notificação compulsória date do ano de 1377 na cidade de Veneza, objetivando o estabelecimento de quarentena para suspeito de enfermidades. Em 1851, também na cidade de Veneza, aconteceu a primeira Conferência Sanitária Internacional, momento esse em que ficaram estabelecidos princípios de máxima proteção contra a propagação internacional de enfermidades. Em 1951 surgiu o 1º Regulamento Sanitário Internacional onde foram definidas seis enfermidades quarentenáveis: peste, cólera, febre amarela, varíola, tífus e febre recorrente. Ocorreu uma revisão no código em 1969, onde foram retirados do rol de doenças com obrigatoriedade internacional, tífus e febre recorrente. Em 1981 a varíola foi excluída após sua erradicação (TEIXEIRA et al., 1998).

As “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde” instituídas no Brasil em 1961, através do Decreto Nº 49.974-A, relacionavam 45 doenças, viroses humanas e infortúnios de trabalho, como de notificação compulsória (BRASIL, 1961). Porém,

somente em 1969, após a Campanha de Erradicação da Variola (CEV), sensibilizados com os resultados da mesma e seus ensinamentos quanto ao valor prático da Vigilância Epidemiológica, foi dado início à notificação sistemática de algumas doenças transmissíveis (RISI JÚNIOR, 1992).

As notificações são úteis em, pelo menos, três situações: 1) Como ponto de partida para investigações que venham a beneficiar o paciente e toda a comunidade, em face das evidências encontradas no local e das medidas de controle implementares; 2) Para averiguar, quando da investigação dos casos, as folhas das medidas de controle adotadas; 3) Para fornecer, junto com os dados de outras fontes, elementos que permitem compor indicadores que refletem o quadro epidemiológica da doença na coletividade e o impacto das medidas de controle (PEREIRA, 1998). Não é necessário aguardar confirmação de uma doença para que se notifique, pois isso pode implicar na perda da oportunidade de se adotar as medidas de prevenção e controle indicados (BRASIL, 2002).

A listagem das doenças de notificação compulsória nacional é definida pelo Ministério da Saúde entre as doenças de maior interesse sanitário para todo o país (Anexo 1). Porém, visando fortalecer os sistemas locais de vigilância epidemiológica, na direção da autonomia técnico-gerencial os Estados e Municípios podem elaborar suas listas complementares, justificando sua necessidade, levando em conta os agravos de relevância regional e local. Estes por sua vez, não podem excluir doenças da listagem oficial (BRASIL, 2002; TEIXEIRA & COSTA, 1990).

Os seguintes critérios são recomendados para a inclusão de doenças e agravos na lista de notificação compulsória: magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, compromissos internacionais, ocorrência de epidemias, surtos, agravos

inusitados à saúde e regulamento sanitário internacional (BRASIL, 2002; TEIXEIRA et al, 1998).

Para cumprir a etapa de processamento de dados, os sistemas de vigilância constituem uma valiosa fonte de informação sobre o estado de saúde da população. A implementação do sistema de informação em saúde por meio de instrumentos padronizados de coleta de dados é algo relativamente recente (BRASIL, 1998). São funções do Sistema de Informações em Saúde (SIS) o planejamento, a coordenação e a supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações (BRASIL, 2002).

Os bancos de dados representam fontes importantes que podem ser utilizadas rotineiramente na pesquisa científica no campo da saúde pública (MOTA & CARVALHO, 2003). A criação dos SIS veio contribuir para a descentralização da produção de informação. Historicamente, os SIS existiam centralizados e verticalizados tendo na organização e disponibilidade de banco de dados grande acúmulo de dados com subutilização. A tradição da informação centralizada em nível nacional, tornou-o conhecido como detentor de dados e informações dos diferentes níveis do sistema de saúde, restringindo a utilidade da notificação somente para fins estatísticos (BRASIL, 2002). A implantação do SUS requer que o SIS seja diferente: os indicadores escolhidos devem refletir a concepção de saúde que norteia o sistema único e devem subsidiar as análises necessárias ao seu desenvolvimento (MOTA & CARVALHO, 1999).

Com a descentralização das ações de saúde, um aspecto fundamental do SIS na definição do SUS é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local. O município é a instância responsável para o desenvolvimento das ações de saúde, estando o serviço local, incumbido de controlar suas ocorrências. A instância municipal além da

alimentação do SIS, tem a responsabilidade com sua organização e gestão. É nesse nível que se dispõe de um maior número de variáveis para as análises epidemiológicas (ALMEIDA, 1998; BRASIL, 2002).

O Piso de Atenção Básica (PAB), calculado baseando-se na população dos municípios, garante que os mesmos recebam seus recursos diretamente do governo federal para executarem suas necessidades para a atenção básica. Essa modalidade de transferência, regular e automática, permite que os gestores municipais desempenhem e assumam as responsabilidades que lhes competem. Entre as responsabilidades dos municípios habilitados pela Norma Operacional Básica (NOB/96) na Gestão da Atenção Básica, consta a alimentação mensal dos sistemas de informação da saúde. Caso o município deixe de alimentar os mesmos por dois meses consecutivos ou três alternados, terão seus recursos bloqueados (BRASIL, 1997).

Em nível nacional, uma maneira eficaz de expandir o sistema de vigilância para atingir detecção rápida, acompanhamento e avaliação de infecções emergentes, com fontes nos níveis estadual, regional e municipal, seria a inclusão efetiva na prática da VE no PSF e Programa de Agente Comunitário de Saúde (HAMMANN & LAGUARDIA, 2000). Para tanto, o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE), elaborado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) tem como objetivo geral instrumentalizar os profissionais da saúde para a execução das ações de VE (VILLA et al., 2002).

Visando atingir os objetivos do SIS, é imprescindível que todos os profissionais de saúde tenham acesso às informações de saúde e que estas sejam divulgadas para a comunidade. A análise das informações pela equipe permite que as mesmas sejam utilizadas como ferramenta de diagnóstico e avaliação; direciona os profissionais para a

reorganização do serviço, e subsidia o sistema de saúde para a busca de idéias criativas e inovadoras (ALMEIDA, 1998).

As informações do município quando reunidas de forma sistematizadas passam a compor os bancos estaduais, que irão alimentar os bancos de dados nacionais de modo a permitir análises mais globalizadas, que orientam o planejamento e a adoção de medidas de controle coletivas em situações correntes ou emergenciais. As informações possibilitam acompanhar a situação de saúde de determinados locais, identificar as características de diferentes fenômenos, e descrever sua distribuição e tendências (BRASIL, 2002).

É necessário que essas informações utilizadas sejam fidedignas e completas, estejam atualizadas e padronizadas. Os instrumentos de coleta de dados são documentos cujo preenchimento oferece dados importantes para o conhecimento e a atuação sobre determinado evento ou situação. Os instrumentos devem ter todos os campos preenchidos de maneira correta e bem legível. Cada dado implicará em um tipo de informação, e esta tem sua importância para o fim que se propõe (BRASIL, 1998).

Para que as funções do SIS sejam atingidas, disparidades ou erros detectados nos sistemas de informação devem ser comunicados e corrigidos, para que as ações não sejam prejudicadas. É de grande importância a revisão do dado antes e depois da digitação. Essa crítica garante informações sem erro e, em consequência, um sistema confiável (BRASIL, 2002).

De acordo com o novo modelo assistencial de saúde, segundo informação do Ministério da Saúde, é cada vez maior a utilização das principais bases de dados dos diferentes sistemas pelos profissionais da área. Essa prática é requisito fundamental para o desenvolvimento de uma política de informação e informática para o SUS (BRASIL, 2002).

No Brasil existem vários sistemas de informação de interesse para a Vigilância Epidemiológica (Quadro 3), dentre os quais por sua relevância destacam-se:

QUADRO 3 - Principais características dos Sistemas de Informações em Saúde

	SIM	SINASC	SINAN	SIH/SUS	SIA/SUS
Referência	Óbitos	Nascidos vivos	Agravos Notificáveis	Internações Hospitalares pagas pelo SUS	Atendimentos Ambulatoriais pagos pelo SUS
Alimentação	Declaração de Óbito	Declaração de Nascidos Vivos	Fichas de Notificação e Investigação	AIH- Autorização de Internação Hospitalar	BPA – Boletim de Produção de Serviços Ambulatoriais
Utilização					
Vigilância	X	X	X	X	
Planejamento	X	X	X	X	X
Avaliação	X	X	X	X	X
Controle				X	X
Auditoria				X	X

Fonte: Guia de Vigilância Epidemiológica, 1998

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

O SIM foi o primeiro instrumento a ser implantado, em 1975, mesmo ano de criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. O SIM reúne todos os dados relativos a óbitos ocorridos, utiliza um instrumento padronizado de coleta de dados, a Declaração de Óbitos (DO) (Anexo 2), possibilita o conhecimento da distribuição dos óbitos por faixa etária, sexo, causa e outras informações (BRASIL, 2001; MOTA & CARVALHO, 2003). Foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde e recebe apoio do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD). Além de estipular um modelo único de DO e declaração de Óbito Fetal, o Ministério definiu os fluxos e a periodicidade dos dados a serem computados. Foi informatizado na década de 90, sendo utilizado em quase todas as unidades federadas, com série histórica em CD-ROM e via internet a partir de 1979 (BRASIL, 1998).

As informações do SIM permitem a obtenção regular de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável para construção dos principais indicadores

de saúde, tanto para estudo epidemiológico como para sócio-demográfico (MOTA & CARVALHO, 1999). O sistema também oferece aos gestores de saúde, pesquisadores e entidades da sociedade, informações da maior importância para a definição de prioridades nos programas de prevenção e controle de doenças.

Os formulários de DO, são impressos em três vias, numeradas seqüencialmente, pelo Ministério da Saúde, através do CENEPI da Fundação Nacional de Saúde e distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde, devendo ser preenchidos para todos óbitos do país.

A obrigatoriedade do registro de óbitos, inclusive óbitos fetais é dada conforme a Lei nº 6.015/73, alterada pela Lei 6.216/1975, sem que, não deverá ocorrer nenhum sepultamento sem a certidão correspondente (BRASIL, 2001; SANCHES et al., 2003).

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O SINASC permite conhecer quantas crianças nascem por ano e por região, bem como as características ligadas à saúde da mãe e do recém-nascido. Foi implantado oficialmente em 1990 e semelhante ao SIM, é alimentado pelo documento básico padronizado em todo o Brasil, a Declaração de Nascidos Vivos (DN) (Anexo 3). É um sistema de grande importância para os serviços de Saúde que usam a epidemiologia como ferramenta de trabalho, pois contribui para a vigilância sobre recém-nascidos de risco, condições de gestação e parto, cálculo do coeficiente de mortalidade infantil, dentre outras informações de grande valor (BRASIL, 2001; SANCHES et al, 2003).

Os formulários de Declarações de Nascidos Vivos são impressos em três vias pela Fundação Nacional de Saúde/MS e distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde, devendo ser preenchidos para todos os nascidos vivos no país (BRASIL, 2001).

A alimentação dos sistemas SIM e SINASC vem acontecendo trimestralmente por disquete ou via internet, a partir da instância municipal e/ou Microrregional, que

digitam a primeira via da DO e DNV. Os dados são consolidados na base de dados estaduais e enviados à instância federal. Os dados consolidados estão disponíveis à população e acessível no site www.funasa.gov.br/sis/sis.htm. No nível ministerial, o CENEPI é o gestor nacional dos sistemas SIM e SINASC. A obrigatoriedade do registro de nascidos vivos é dada pela lei nº 6.015/73 (BRASIL, 2001).

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Em 1975, através da lei 6.259, que criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, surgiu a obrigatoriedade da notificação compulsória de algumas doenças, que era realizado pelas unidades de saúde através do Boletim Semanal de Doenças enviados às Secretarias Estaduais de Saúde que consolidavam e remetiam ao Ministério através de um instrumento denominado aerograma. Porém este sistema supria limitadamente as informações sobre a situação de morbidade do país (BRASIL, 1998).

Para tentar sanar os problemas do Sistema Nacional de Controle de Doenças, foi desenvolvido o SINAN entre 1990 e 1993 e tem como objetivo coletar e processar dados sobre agravos de notificações em todo o território nacional, desde o nível local, fornecendo informações para a análise do perfil de mortalidade e contribuindo para a tomada de decisões nos três níveis do sistema. Foi concebido e desenvolvido pelo CENEPI com o apoio do DATASUS (SANCHES et al., 2003).

É o SIS mais importante para a VE. Reúne todas as informações relativas aos agravos de notificação, e é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos (Anexo 4), que fazem parte da lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2002).

Para conseguir que o objetivo seja alcançado, são dois os formulários padronizados de entrada de dados no SINAN. O primeiro, denominado Ficha Individual

de Notificação (FIN), é encaminhado aos serviços responsáveis pela vigilância epidemiológica, pelas unidades assistenciais, a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum dos agravos notificáveis. O segundo documento, a ficha Individual de Investigação (FII), configura-se na maioria das vezes como um roteiro de investigação para cada tipo de agravo, sendo utilizado de preferência pelos serviços municipais de vigilância (BRASIL, 2002; SANCHES et al., 2003).

O SINAN atualmente é adaptado à descentralização dos serviços de VE o que permite a coleta e o trabalho com informações desde as unidades de saúde. Congrega doenças de diferentes naturezas: crônicas transmissíveis (AIDS, esquistossomose, hanseníase e tuberculose), e não transmissíveis (desnutrição grave e pneumoconiose), agudas transmissíveis (cólera, dengue, doenças imunopreveníveis) e não transmissíveis (acidentes por animais peçonhentos e intoxicação por agrotóxicos) (MOTA & CARVALHO, 2003).

Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS)

Implantado em 1984 com o nome de Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAHPHS), em 1990 passou a ser denominado de Sistema de Informações Hospitalares do SUS. O SIH/SUS reúne informações sobre a assistência prestada pelos hospitais. Não foi idealizado sob a lógica epidemiológica. Porém por reunir quase 70% dos internamentos hospitalares do país, tornou-se uma grande fonte de informações, o que possibilita a sua utilização como dado epidemiológico (BRASIL, 2002; SANCHES et al., 2003).

O SIH/SUS tem como instrumento de coleta a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O formulário da AIH é emitido pelos estados a partir de série numérica única sendo disponível em versão informatizada (BRASIL, 2002).

Sistema de informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS)

O SIA/SUS, implantado em 1991, reúne as informações obtidas com os atendimentos ambulatoriais, proveniente de unidades de saúde ou de hospitais. Por se caracterizar por uma lógica de pagamento por procedimento, não registra a Classificação Internacional das Doenças (CID) do diagnóstico dos pacientes, o que impede sua aplicação direta na identificação dos perfis de morbidade populacional (MOTA & CARVALHO, 2003).

O SIA/SUS tem como instrumento de coleta o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Com a regulamentação do SUS, através da Lei nº 8.080/90, foram definidas as atribuições e competências dos serviços sob a responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal, provendo inclusive, a participação, de forma complementar, dos serviços privados de saúde (BRASIL, 2002).

Existem outros SIS desenvolvidos pelo CENEPI, de acordo com as necessidades de controle de algumas doenças, como exemplo o Sistema de Informação da Febre Amarela (FAD). Outros SIS também podem ser úteis à VE, no entanto, são restritos a áreas de atuações muito específicas ou não têm abrangência nacional, são: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, além dos descritos em seguida por fazerem parte da nossa pesquisa.

Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Permite conhecer o perfil das condições nutricionais. As informações disponíveis possibilitam constatar a ocorrência de desnutrição e agravos nutricionais, sua distribuição, permitindo a determinação que controlem e previnam sua ocorrência (BRASIL, 2002).

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

Implantado em 1998, este sistema permite conhecer informações acerca de atividades realizadas em nível de atenção básica. É utilizado para medir impacto dessas ações desenvolvidas, auxiliando na determinação das prioridades e avaliação do que já foi feito pelas equipes do PSF e PACS. A consolidação mensal no nível municipal, é resultante da compilação de formulários utilizados na rotina de trabalho das equipes de PACS/PSF. Tratam de dados que permitem o acompanhamento da situação de saúde e avaliação dos indicadores de morbi-mortalidade, capazes de contribuir para o planejamento das Unidades Básicas de Saúde da Família, como também subsidiar avaliação parcial dos serviços ofertados à população (BRASIL, 1998).

O SIAB tem instrumento padronizado de coleta de dados que é dividido em três blocos (Anexo 5): 1) cadastramento familiar; 2) o acompanhamento de grupos de risco; e 3) registro de atividades, procedimentos e notificações. O fluxo da informação dá-se por disquete ou via internet, a partir da instância municipal e/ou Microrregional. Os dados são consolidados na base de dados estaduais e enviados à instância federal, que tem como gestor, neste nível, a Secretaria de Políticas de Saúde (BRASIL, 2002).

Os dados provenientes dos sistemas rotineiros de informações e nas investigações epidemiológicas são consolidados, analisados, interpretados e transformados em informações com a finalidade de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e melhoramento das ações. Portanto, os dados e as informações produzidas se transformam em instrumentos que possibilitam o conhecimento do quadro sanitário existente (TEIXEIRA & RISI JÚNIOR, 1999).

O SIS possibilita a formulação e avaliação das políticas, planos e programas. Preferencialmente, os dados de maior importância para serem coletados são os que irão contribuir para a construção de indicadores. Pois, é através dos indicadores gerados

pelos sistemas, que se obtém um retrato mais real da comunidade o qual foi coletado (BRASIL, 2002).

Com a finalidade de dar credibilidade ao sistema é fundamental que haja devolução da informação aos níveis de menor complexidade. A retroalimentação deve ser baseada nos resultados de investigação e análise de dados e se efetiva através de informes e análises epidemiológicas locais, regionais, estaduais, nacionais (BRASIL, 2002).

1.3 A Vigilância Epidemiológica no Brasil e sua inserção no processo de construção das políticas de saúde

As atividades de vigilância vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde os tempos coloniais, se considerarmos as medidas de desinfecção ambiental, quarentena, afastamento ou confinamento de portadores das doenças pestilenciais (LUZ, 1982). A fiscalização de portos, navios e residências poderiam também ser considerada como atividade fundadora do que hoje se chama de Vigilância Sanitária (TELAROLLI JUNIOR, 1996). Da mesma forma, a atividade de notificação de doenças pestilenciais, que remonta no final do século XIX no nosso país, inicia com a febre amarela, cólera e peste, o processo de constituição de um elenco de enfermidades sob constante vigilância das autoridades sanitárias (TEIXEIRA et al, 1998).

No Brasil, as atividades de vigilância estiveram tradicionalmente ligadas a programas de controle de doenças transmissíveis, coordenados pelo Ministério da Saúde, vinculadas às campanhas verticais de combate a enfermidades específicas, embora já houvesse um elenco mais geral de enfermidades consideradas de notificação compulsória. Os termos utilizados foram vigilância médica e vigilância sanitária (SCHIMID, 1956).

No final desse século XIX, com a finalidade de controle das pestes, são criados serviços de saúde pública em muitos países, inclusive no Brasil. O combate à febre amarela no fim do mesmo século e início do século XX, representou um grande avanço no desenvolvimento de saúde pública em nosso país. A campanha comandada por Oswaldo Cruz em 1903, baseou-se na experiência norte-americana em Cuba, utilizando a estratégia de decretação de vacina obrigatória e permissão para que a polícia sanitária penetrasse nas moradias independente da vontade de seus habitantes. O mesmo modelo autoritário foi seguido nas campanhas sanitárias da peste e da varíola (COSTA, 1985).

Após a Campanha de Erradicação da Varíola ocorrida de 1966 a 1973, a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica foi ampliado a outras doenças evitáveis por imunização. Em 1969, tendo por base as unidades permanentes de Saúde Pública e coordenada pelas Secretarias Estaduais da Saúde, foi criado um sistema de notificação. Com base nas informações que chegavam, o Ministério da Saúde relacionava as notificações mais relevantes em Saúde Pública, e elaborava um boletim de circulação quinzenal. Tal processo contribuiu para que fosse implementado os programas nacionais na área de imunizações (TEIXEIRA et al., 1998).

Em 1975, por ocasião da 5ª Conferência Nacional de Saúde foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). O sistema foi formalizado através da lei 6.259, do mesmo ano e decreto 78.231, que a regulamentou em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis consideradas de maior relevância sanitária no país (BRASIL, 1998). Buscava-se, na ocasião, conciliar a operacionalização de estratégias de intervenção, desenvolvidas para controlar doenças específicas, através de programas nacionais. Seguiu de modo geral, as concepções sistêmicas propugnadas por Langmuir, depois divulgadas e patrocinadas pela OMS/OPS, especialmente para os países latino-americanos (TEIXEIRA et al., 1998).

De uma maneira geral, pode-se afirmar que as práticas vinculadas à vigilância visam ao controle de agravos à saúde no coletivo, procurando prevenir doenças através da monitorização constante dos riscos e da observação, buscando detectar o aparecimento de casos novos de doenças ou de novas doenças ou problemas resultantes do uso de substâncias de consumo humano (LAGUARDIA & PENNA, 1999). Basicamente, este controle do coletivo ocorre por intermédio do controle e da observação do caso, ou seja, da pessoa ou pessoas doentes, e do constante monitoramento e observações dos fatores de risco, sejam químicos, físicos ou biológicos.

O SNVE compreende o conjunto articulado de instituições do setor público e privado, faz parte do SUS, notifica direta ou indiretamente doenças ou agravos, desenvolve trabalho a grupos populacionais como também orienta a conduta a ser implementada para controle dos mesmos (BRASIL, 2002).

As diretrizes e a operacionalização que foram conformando o SNVE tinham as características do modelo assistencial vigente à época, caracterizado pela excessiva centralização normativa, técnica e operacional no nível central do sistema.

A Reforma Sanitária ocorrida no Brasil na década de 80 colocou o país à frente de desafios que contemplassem o direito do cidadão ao acesso universal ao serviço de saúde, tendo sido a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sua maior conquista (ALMEIDA, 1996; MENDES, 1998).

A noção de Saúde como direito de cidadania e dever do Estado respalda-se juridicamente com o SUS, no qual a União, Distrito Federal, Estados e Municípios passam a compartilhar responsabilidades pelas ações de saúde (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). A promulgação da lei 8.080, em 1990, que institui o SUS, teve importante desdobramento na área de Vigilância Epidemiológica. O texto legal manteve

o SNVE, oficializando o conceito de vigilância epidemiológica como um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Dessa forma, a orientação atual para o desenvolvimento do SNVE estabelece, como prioridade, o fortalecimento de sistemas municipais de Vigilância Epidemiológica dotados de autonomia técnico-gerencial.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) atribui ao município a direção municipal do SUS e a execução dos serviços de saúde, ficando a União e os Estados, responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação desses serviços. Com a regulamentação do SUS, através da referida Lei, foram definidas as atribuições e competências dos serviços de saúde sob a responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal, provendo inclusive, a participação, de forma complementar, dos serviços privados de saúde (MENDES, 1994; NORONHA & SOARES, 2001).

As ações de vigilância são hierarquizadas, ou seja, cada nível assume responsabilidades para com o planejamento e execução das medidas e ações a serem empreendidas. O nível central (Governo Federal/Ministério da Saúde) é o grande responsável pela determinação e regulamentação nacional das ações de Vigilância Epidemiológica. Nele, as ações são discutidas e recomendadas a todos os estados da Federação, detendo as bases de dados dos sistemas de informação e reunindo todas as informações da saúde do Brasil. Em níveis centrais estaduais (Secretarias de Estado da Saúde), cabem coordenar as ações de vigilância desenvolvidas pelos municípios, procurando estabelecer prioridades de acordo com as informações obtidas e prestando consultoria. Em níveis locais, (Secretarias Municipais de Saúde), competem executar as

práticas de vigilância, desenvolvendo as ações mais diretamente relacionadas aos indivíduos, por meio de serviços essenciais oferecidos (BRASIL, 1998).

A reorganização das atividades de vigilância epidemiológica no país, na perspectiva de um sistema único de saúde, deve levar em consideração a redefinição das funções próprias de cada um dos três níveis básicos deste sistema o nível local, abrangendo um ou mais municípios; o intermediário ou estadual e o nível nacional.

O papel de cada nível poderá variar de acordo com as características da situação epidemiológica do agravo ou da doença, objeto de vigilância e também de acordo com o grau de desenvolvimento, disponibilidade de recursos e capacidade técnico - operacional das diferentes áreas geográficas (BRASIL, 2002).

As mudanças políticas institucionais decorrentes da implantação do SUS, a partir da Constituição de 1988, vieram provocar profundas alterações nos aspectos conceituais, na coordenação, na gerência, no financiamento e na operacionalização do conjunto de ações de saúde, inclusive a Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 1988).

Hoje no Brasil, vincula-se a Vigilância Epidemiológica ao modelo de vigilância à saúde, que veio contrapor-se ao biologicista vigente, que abrange também as ações na área sanitária e ambiental, incluindo a saúde no ambiente de trabalho. Embora não haja discussões mais amplas sobre o conceito de vigilância à saúde, podemos citar “Conjunto de atividades voltadas para a identificação, equacionamento, monitorização e controle dos problemas de saúde de uma comunidade” (CARVALHO & WERNECK, 1998, p. 22). e, “Conjunto de ações voltadas para o conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento continuado de problemas de saúde, selecionados e relativos aos fatores e condições de risco, atuais e potenciais, e aos acidentes, incapacidades, doenças – incluindo as zoonoses, e outros agravos à saúde de uma população num determinado território” (TEIXEIRA et al, 1998, p. 15).

Portanto é consenso que vigilância à saúde amplia o conceito tradicional de vigilância epidemiológica quando compreendemos o conceito de saúde como sendo o acesso a qualidade de vida incluindo, alimentação, moradia, saneamento básico, lazer, renda, meio ambiente saudável, entre outros previstos na Constituição de 1988 (PAIM, 2002).

Entende-se que no modelo atual de saúde, o de vigilância à saúde, implica em novas diretrizes de trabalho envolvendo as vigilâncias: epidemiológica, sanitária e ambiental. Para dar continuidade à implantação do ideário da Reforma Sanitária, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde desencadeia no país uma nova estrutura de política de saúde na qual a descentralização aparece como alternativa ao modelo hospitalocêntrico vigente no país (SOUZA, 2001).

A descentralização e a organização dos sistemas regionais e locais de saúde, a capacitação técnico-administrativa-gerencial dos estados e municípios para a gestão de seus próprios sistemas de saúde, universalizado e integralizado, passou a se constituir em política oficial do Estado brasileiro, assim como dos diversos governos estaduais e municipais (GERSCHMAN, 2001; ARRETCHE & MARQUES, 2002). O novo modelo assistencial em processo de constituição orientou-se segundo uma doutrina e uma proposta organizativa oposta àquela existente no período histórico que o antecedeu.

Um estudo comparativo realizado pela Organização Mundial de Saúde, mostrou que a descentralização dos serviços de saúde ocorrida no Chile e na Colômbia, melhorou a equidade da distribuição dos recursos na área da saúde (BOSSERT et al., 2003). A grande extensão territorial, as desigualdades sociais, econômicas, culturais e sanitárias justificam a descentralização como estratégia para viabilizar as políticas públicas de saúde no Brasil (MENDES, 1998). O referido autor afirma ainda que como qualquer processo social, a descentralização apresenta vantagens e desvantagens,

fortalezas e debilidades. O mesmo refere ainda que “a descentralização além de servir de instrumento de racionalização, é também forma de democratização do Estado e de construção da cidadania”.

Nesse processo, foram criadas as Normas Operacionais Básicas como instrumento regulador para a operacionalização do sistema de saúde nos diversos planos de gerência, com a finalidade primordial de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público estadual, municipal e do Distrito Federal, da função de gestão da atenção à saúde (Artigo 30, incisos V e VI, e artigo 32, parágrafo 1º, da Constituição Federal).

A partir das normas, ficam definidas não só as ações a serem operacionalizadas, como a quem compete a responsabilidade pela execução de cada uma delas de acordo com os níveis municipal, estadual e federal, bem como a cooperação técnica e financeira dos níveis estadual e federal (CARVALHO, 2001; CORNETTA & PEREIRA & LEVRÉVRE, 2001).

A municipalização da saúde envolve a descentralização da gestão do sistema de serviços, significa, portanto, trazer para a gestão municipal a capacidade de definir, junto com os munícipes o que fazer com a saúde em seu território. É, portanto um processo de co-responsabilidade das três esferas do poder, não significa simplesmente o repasse do recurso financeiro e espaço físico, mas a transferência de todos os instrumentos políticos, administrativos, jurídicos e técnicos para a plena funcionalidade e autonomia do município (MONNERAT, & SENNA & SOUZA, 2001; CORDEIRO, 2001; TEIXEIRA & MOLESINI, 2002).

Após a implantação do SUS, o SNVE vem passando por profundas mudanças, para adequar-se aos princípios da descentralização e da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2002).

A partir da NOB-96, as ações de vigilância foram municipalizadas, no entanto as atividades desenvolvidas pela FUNASA permaneciam centralizadas naquele órgão. Somente após a portaria N° 1.399 de 15 dezembro de 1999 (Anexo 6) é que estas estão de fato sendo descentralizadas e os municípios passam a ser certificados para a Epidemiologia e Controle de Doenças - ECD (BRASIL, 1996).

Após a referida Portaria, em dezembro de 1999, a sistemática de financiamento na área de Epidemiologia e Controle das Doenças foi redefinida, passando a modalidade fundo a fundo, onde a transferência dos recursos financeiros no nível nacional é direcionada para o nível local do sistema de saúde (BRASIL, 2002). A partir de 2000, alguns incentivos foram oferecidos aos municípios com o intuito de acelerar o processo de descentralização, dentre eles, além do repasse fundo a fundo, o estabelecimento de requisitos e atividades mínimas de responsabilidade municipal, a definição dos tetos financeiros, através das Portarias, 1399 e 950 de 23/12/1999, e a transferência dos recursos humanos do nível federal e estadual para o municipal.

De acordo com a Portaria N° 950 de 23 de dezembro de 1999 (anexo 7), é fixado o teto de R\$ 0,48 (quarenta e oito centavos de real) anual per capita e por quilômetro quadrado, relativo ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Para o estado do Ceará, por exemplo, com uma população de 7.106.605 e área de 146.348 quilômetros quadrados foi destinado um total de R\$ R\$ 20.765.572,83 (anexo 7) com a contrapartida de R\$7.253.022,97 (BRASIL, 2000) Considerou-se portanto as diferenças epidemiológicas regionais e operacionais (três diferentes extratos), valores diferenciados de acordo com a extensão territorial do município e acréscimo de um valor fixo per capita para os municípios que assumem a gestão de ações de vigilância e controle das doenças.

As Portarias acima citadas estabelecem: as competências dos níveis de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); as condições para a certificação dos diferentes níveis na gestão das ações de epidemiologia e controle das doenças; estabelecem a Programação Pactuada Integrada (PPI) como forma de negociação das ações, o modo de repasse fundo a fundo, a partir da certificação dos estados e municípios, descentralizam as atividades de controle de endemias, até então de responsabilidades da FUNASA por fim, recomenda a articulação dos serviços de vigilância epidemiológica com o PSF.

A certificação é entendida como uma habilitação para que os municípios assumam atividades que antes eram de competência da FUNASA. Essa competência se refere à municipalização das ações de controle das doenças transmitidas por vetores com hospedeiros intermediários, as chamadas endemias. Além disso, em termos práticos representa um incentivo financeiro para a melhoria da qualidade de vigilância no nível municipal.

Dando continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, fortalecido pela NOB 96, foi criada em 2000, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS nº 01/2000, que atualiza a regulamentação da assistência, estabelecendo que o município poderá pleitear a habilitação à gestão do Sistema Municipal de Saúde em dois níveis (BRASI, 2001-f):

Gestão Plena de Atenção Básica: na qual o município passa a assumir o controle sobre a produção de serviços ambulatoriais (estatais e privados), tais como o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle dos diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, como também as ações de Saúde da Família e a montar as bases de informações necessárias para as ações de vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Gestão Plena do Sistema Municipal; o município assume a responsabilidade sobre o conjunto dos serviços nos diversos níveis de complexidade tecnológica e organizativa. Sugere que os municípios se organizem da seguinte forma: Município-sede do módulo assistencial: município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 – Capítulo I, da NOAS 01/2000 (anexo 8) correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos. Município-pólo: que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

De acordo com a NOB 01/96, além do critério populacional para a definição do volume que caberá a cada município habilitado, foram introduzidos diversos outros estímulos, entre os quais os Programas de Saúde da Família – PSF e as ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

No final do ano 2000, em âmbito nacional, 2.839 municípios haviam aderido ao processo de descentralização das endemias no Brasil (BRASIL, 2001).

Após o processo de descentralização, passou a ser responsabilidade da FUNASA, o gerenciamento do Sistema de Informação para o uso de Epidemiologia, reunindo, organizando, analisando e divulgando informações de interesse do país e da relação com países vizinhos. Ainda elabora e revisa indicadores epidemiológicos para monitoramento do quadro sanitário nacional, além de desenvolver e difundir técnicas e instrumento de análise do sistema de saúde aplicáveis aos diferentes níveis do SUS (<http://www.funasa.gov.br>).

Para fortalecer as ações de VE, o Ministério da saúde criou em junho de 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com a finalidade de integrar a VE com os

programas especiais de controle de doenças transmissíveis e a saúde ambiental desenvolvendo ações em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (PAIM, 2003).

As atividades que eram de responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia, da FUNASA, passa a ser realizadas pela SVS. Fazem parte destas ações os programas nacionais de combate à dengue, à malária e outras doenças transmitidas por vetores, o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle das doenças imunopreveníveis, o controle das zoonoses e a vigilância de doenças emergentes. O SVS também passa a agregar outros programas como tuberculose, hanseníase, hepatites virais, DST e AIDS. O SVS também deve buscar parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como com as instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais (<http://portal.saude.gov.br>).

1.4 A Vigilância Epidemiológica no Estado do Ceará: do nascimento da Saúde Pública ao processo de descentralização dos serviços de saúde.

A vigilância no estado do Ceará, como não poderia deixar de ser, está relacionada com a história da vigilância no Brasil.

O período colonial no Ceará caracterizou-se por apresentar surtos de doenças infecciosas e parasitárias, de caráter epidêmico dos quais podemos citar a varíola, a malária, o sarampo, as febres tíficas e as disenterias. Outras de formas endêmicas como a sífilis, a hanseníase e tuberculose, e, ainda, as doenças carenciais provocadas pela seca, fome e miséria que assolavam a colônia (BARBOSA, 1994).

Com a intenção de conter a epidemia de varíola no Ceará e sob pressão da coroa portuguesa, realiza-se em 1803 e 1804 a primeira campanha de vacina contra esta enfermidade. No entanto, a falta de institucionalização dessa ação e sem outras medidas sanitárias efetivas por todo o século XIX, contribuiu que ocorressem constantes

epidemias de varíola, que culminaram na maior de todas em 1877 a 1878. Este século foi caracterizado também pela ocorrência das epidemias de febre amarela nos anos de 1851/52/53 e a cólera em 1862, que juntamente com a seca e a fome foram responsáveis por grandes mortandades na população da Província. Os doentes das epidemias eram isolados nos lazaretos (TEÓFILO, 1922).

Em 1891, ocorreu a criação da Junta Central de Higiene Pública na qual citamos a vacina contra varíola dentre as atividades desenvolvidas. O processo de vacinação ocorreu nos moldes da campanha de Oswaldo Cruz, altamente repressiva, normatizadora, segregadora e em algumas situações, violentas. Contra essa campanha, foram mobilizados vários setores da sociedade cearense: trabalhadores, parlamentares, intelectuais e jornalistas. A revolta, a exemplo nacional, quase se tornou uma insurreição popular (JUSTA, 1933).

Após a Proclamação da República, as políticas sanitárias passam a ser de responsabilidade dos governos do estado. As Inspetorias de Higiene tinham como responsabilidades as vigilâncias nos portos e proceder a vacinação antivariolítica (IYDA, 1994).

Devido à epidemia da Gripe Espanhola ocorrida no Rio de Janeiro em 1918, foi criado a Diretoria Geral de Higiene. No ano seguinte, através de um convênio entre Estados e União foi implantado os Serviços de Saneamento Rural (COSTA, 1985). A partir de então, foram criados os postos de saúde de Fortaleza e outras cidades como Juazeiro do Norte, Sobral, Quixadá e o dispensário de leprologia Oswaldo Cruz. (PARREIRAS, 1939).

Em 1912, é iniciado um serviço de profilaxia em Fortaleza, para conter as epidemias, segundo modelo adotado por Oswaldo Cruz. Além das epidemias, a tuberculose passa a desempenhar um papel importante no Ceará, nesse mesmo período.

A atenção a essa doença se restringia à desinfecção das casas as quais ocorriam óbitos. No entanto, o maior número de óbito no Ceará ocorreu por pessoas que contraíam malária, que era a endemia mais antiga do estado. O serviço de malária nordestino foi criado em 1939, através do Decreto-lei 1.042, de 11 de janeiro com o objetivo de combater o mosquito *Anophelis gambiae*, que, a partir de 1930, provocou um aumento assustador de malária no Nordeste, mais especificamente no Ceará, em todo o litoral e na bacia do Rio Jaguaribe, que cobre com seus afluentes quase metade do Estado. Um exército de 3.694 homens trabalhara nas regiões infestadas por esse vetor, após mapeamento das mesmas. Foi instalado um Laboratório Central em Aracati, no entanto, as sedes dessas operações foram os municípios de Russas, Quixadá e Icó, posteriormente Cascavel e Jaguaribe (BARBOSA, 1994).

A varíola adquire caráter endêmico após a epidemia de 1978. Preocupado com esta situação, Rodolfo Teófilo inicia por conta própria em janeiro de 1901, o combate à doença. Contrapondo a prática sanitária vigente no país, autoritária e antidemocrática, e, utilizando enfoque educativo, persuasivo e com participação popular, sem usar força ou violência, conseguiu em dois anos controlar por dez anos a varíola no estado. Sem o ímpeto inicial da campanha, ocorreu o reaparecimento da varíola em 1913 (JUSTA, 1933).

Em 1933, surge o primeiro Centro de Saúde de Fortaleza. No combate à Hanseníase, foi implantado em 1934, o Serviço de Assistência de Profilaxia da Lepra e em 1940 o Serviço de profilaxia da Lepra. Como forma de isolar os doentes em Fortaleza foi criado o Leprosário Antonio Diogo, utilizando a prática vigente de exclusão de indivíduos com hanseníase (JUSTA, 1936).

A Vigilância Epidemiológica foi organizada na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará a partir de 1975, após a edição da Lei 6.259. Inicialmente eram 15 doenças de

notificação compulsória, embora somente três fossem objeto de investigação epidemiológica sistemática: meningite, poliomielite e raiva humana (BARBOSA, 2001).

A princípio, a seção de Vigilância Epidemiológica e seção de Estatística, constituíam a diretoria da Epidemiologia da Secretaria da Saúde. Formando mais adiante, até os primeiros anos da década de 80 a Divisão de Epidemiologia e Estatística (DEE), do Departamento de Coordenação em Saúde (DCS). Até setembro de 1981, as ações de vigilância eram supervisionadas pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Sendo toda infra-estrutura financiada por esta fundação (BARBOSA, 2001).

Técnicos do Ministério da Saúde realizaram treinamento de campo com a equipe de nível estadual para implantação do sistema de vigilância do Estado. A equipe era composta por cinco profissionais, sendo quatro de nível superior. Essa equipe de nível central estadual era responsável pela vigilância em todo o estado e encaminhava os resultados das investigações epidemiológicas para o Ministério da Saúde. Os primeiros instrumentos de coleta de dados eram a carta-resposta e o aerograma.

A Secretaria Estadual de Saúde tinha como estrutura organizacional treze Delegacias Regionais de Saúde. Existiam quinze auxiliares de epidemiologia, cujas funções era de coletar diariamente informações dos casos suspeitos das Doenças de Notificação Compulsória, provenientes dos hospitais e dos registros de óbitos nos cartórios. No começo dos anos 80, foram implantadas as Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE's) sobre a responsabilidade da vigilância de nível central (CEARÁ, 19).

A partir de 1985, o serviço de Vigilância Epidemiológica passou a fazer parte do Departamento de Ações Básicas de Saúde (DEABS), tendo como responsabilidade,

consolidação manual das notificações dos Departamentos Regionais de Saúde (DERES). Assumindo posteriormente a responsabilidade para a erradicação da poliomielite. Nesse mesmo período, houve a expansão das doenças transmissíveis no estado do Ceará, tendo sido acrescentado mais doenças de notificação compulsória, como a leptospirose e as doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS. Em 1986, iniciaram-se as Comunicações por Acidentes de Trabalho (CAT's) do INSS, após a criação da Comissão Estadual de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente (CESTMA) Posteriormente (1990) foi implantada a Divisão de Epidemiologia das Doenças não Transmissíveis. Em 1990, é oficializado o Departamento de Epidemiologia constituído de três divisões: Epidemiologia das Doenças Transmissíveis, Epidemiologia das Doenças Não-Transmissíveis e Informação em Epidemiologia. Em 1995, foi implantado o SINAN.

Nos últimos anos, o Ceará esteve em consonância com o Movimento Sanitário, que surgiu no processo de redemocratização do país, em defesa de um Sistema Único de Saúde, consubstanciado na Constituição de 1988. A partir de 1998, iniciou-se o processo de implantação das Microrregiões em Saúde, em que o estado do Ceará foi dividido em 21 Microrregionais e 3 Macrorregionais em Saúde (Anexo 9), através da Portaria nº 05/98 do documento Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único de Saúde do Ceará. Os Sistemas de Microrregionais de Serviços de Saúde foi implantado objetivando promover a cooperação intermunicipal, criando condições para uma gestão integrada e compartilhada dos serviços de saúde nível secundário (CEARÁ, 2000-a). O SUS/Ceará tem o PSF como estratégia da organização para a Atenção Primária à Saúde, e as Macrorregionais para Atenção Terciária. Nesse eixo organizativo o Ceará direciona os serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, promovendo a Vigilância à Saúde, em articulação intersetorial

com as organizações governamentais e não governamentais a fim de permitir economia de escala e disponibilizar o uso mais eficaz e resolutivo dos recursos disponíveis (CEARÁ, 2000).

Após a implantação das Microrregionais e Macrorregionais iniciou-se, portanto, o envolvimento da epidemiologia através de oficinas temáticas sobre Vigilância Epidemiológica e Informação em Saúde. A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), em sua reforma administrativa, no final dos anos 90, iniciou uma preparação institucional para receber as novas funções previstas na Portaria de N° 1.399, para a incorporação das atividades desenvolvidas pela FUNASA. Tão logo a Portaria foi editada, partes dos recursos humanos de nível central da FUNASA foram repassadas para o estado e lotado na SESA, na Célula de Doenças Transmitidas por Vetores e nas microrregionais de saúde. No dia 26/06/2000 foi descentralizado o controle de endemias no Ceará.

Em 2003, essas microrregionais foram denominadas de Células Regionais de Saúde, CERES. Em cada CERES, existe o departamento de Vigilância à Saúde, onde a Vigilância Epidemiológica está inserida.

A exemplo nacional, os municípios cearenses foram envolvidos com o processo de descentralização dos serviços de saúde. A priori, a descentralização indica o alcance de maior autonomia dos municípios, pois o novo modelo assistencial de saúde se estrutura a partir de maior capacidade de resolubilidade dos problemas de saúde pelo nível local (MENDES, 1998).

No entanto, no Estado do Ceará não foram realizados estudos mais abrangentes que mostrassem a descentralização, além da avaliação global da conformação do atual sistema de Vigilância Epidemiológica estadual.

Com a política de descentralização dos municípios, para as ações de Epidemiologia e Controle das Doenças, através da Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999, que institui a PPI-ECD e definiu o repasse de recursos de forma regular e permanente para que estados e municípios assumam essas ações, nos propomos a fazer uma avaliação dos serviços de vigilância epidemiológica dos municípios do Estado do Ceará para conhecer como os mesmos estão desenvolvendo estas atividades de vigilância.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado do Ceará, frente ao modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil, no ano de 2002.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o tipo de gestão e a certificação para a Epidemiologia e Controle das Doenças (ECD) dos municípios do Estado do Ceará, em 2002.

- Analisar o perfil profissional dos gestores (prefeitos e secretários de saúde) e dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica, em 2002.

- Descrever a infra-estrutura técnico-operacional do sistema de Vigilância Epidemiológica nos municípios do Estado do Ceará.

- Conhecer as atividades executadas pelos sistemas municipais de Vigilância Epidemiológica no Estado do Ceará, 2002.

- Estabelecer a relação entre o perfil dos gestores municipais e os coordenadores da VE, a infra-estrutura técnico operacional da VE, as atividades executadas pelos sistemas municipais de VE com a operacionalização da Vigilância Epidemiológica no Estado do Ceará.

3 METODOLOGIA

Tipo de estudo

O presente trabalho constituiu-se em um estudo transversal realizado com coordenadores da Vigilância Epidemiológica dos municípios do Estado do Ceará, de janeiro a dezembro de 2002.

População

Para avaliar o sistema de VE do Estado do Ceará, foram incluídos na pesquisa, todos os 184 municípios do estado. Entretanto foram avaliados 149 municípios, uma vez que oito não possuíam coordenadores da Vigilância Epidemiológica e 25 não responderam o questionário.

O município de Fortaleza não foi incluído nessa pesquisa, por ser organizado administrativamente em seis Regionais (Anexo 10), e possuir um coordenador geral da Vigilância Epidemiológica no nível central e um coordenador para cada regional.

Técnicas de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados (Anexo 11) constituiu-se de um questionário com 76 questões fechadas e 10 questões abertas, aplicadas aos coordenadores da Vigilância Epidemiológica em nível municipal. Além das variáveis investigadas como: tipo de gestão e certificação para ECD, escolaridade do prefeito, secretário da saúde e coordenadores da Vigilância Epidemiológica, identificou-se o processo de trabalho, sua organização, recursos e infra-estrutura, qualificação profissional de seus técnicos, suas relações com os demais níveis do sistema, a interação com as outras instituições, operacionalização com referência às atividades desenvolvidas nos municípios para as

doenças e agravos de notificação compulsória, os indicadores de saúde ambiental e as atribuições do nível estadual e/ou microrregional com relação às doenças transmitidas por vetores/zoonoses.

No contato com os entrevistados foram explicados os objetivos da pesquisa e feitas as orientações gerais quanto ao preenchimento do questionário. O encontro se deu em reuniões nas Microrregionais de Saúde, e os que não compareceram, foram entrevistados nos municípios em que os mesmos desenvolviam as atividades de Vigilância Epidemiológica.

Análise

Depois de coletados, os dados referentes às questões fechadas foram digitados no software Epi-Info versão 6,04a, a partir do qual foram elaboradas as tabelas de frequências das diferentes variáveis estudadas. A tabulação foi realizada com o software Stata 7.0.

Definiu-se a variável equipe de Vigilância Epidemiológica de três formas, quais sejam: 1) equipes compostas por pelo menos um profissional de nível superior, sem profissional de nível médio; 2) equipes compostas por pelo menos um profissional de nível médio, sem profissional de nível superior; 3) equipes compostas por pelo menos um profissional de nível superior e pelo menos um profissional de nível médio.

Alguns critérios foram selecionados para a elaboração de novas variáveis para avaliar as condições dos municípios frente ao desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica. Agrupou-se alguns destes critérios e gerando-se duas variáveis que receberam a denominação de “Infra-estrutura de Vigilância Epidemiológica” e “Performance na Vigilância Epidemiológica”. A primeira variável

foi definida como adequada para aqueles municípios que apresentassem no mínimo os seguintes itens relacionados à infra-estrutura: local exclusivo para VE, equipado com computador, acesso a telefone, fax, Internet e carro disponível. Aqueles que não atendiam a estes critérios foram considerados inadequados. A segunda variável, ou seja, performance de vigilância epidemiológica, foi considerada adequada para aqueles municípios que desenvolvessem, no mínimo, todas as seguintes atividades para as doenças e agravos de notificação compulsória: atividades específicas de controle e prevenção; utilização dos indicadores para identificar área de risco; investigação de surtos; registro gráfico das doenças de notificação; realização de cálculo de incidência periódica das doenças e agravos; elaboração de boletins de relatório de doenças; identificação de novos agravos prioritários para a vigilância em articulação com outros níveis do sistema. A performance dos municípios que não realizavam pelo menos uma destas atividades foi considerada inadequada.

Foi realizada análise bivariada entre estas duas variáveis criadas e outras variáveis relacionadas às atividades de vigilância epidemiológica, tais como: Infra-estrutura da Vigilância Epidemiológica, nível de escolaridade do secretário da saúde, Vigilância Epidemiológica com disponibilidade de transporte, nível de escolaridade do coordenador da Vigilância Epidemiológica, Coordenador da Vigilância Epidemiológica com dedicação exclusiva à vigilância, Coordenador da Vigilância Epidemiológica com experiência anterior em vigilância, Coordenador da Vigilância Epidemiológica com vínculo empregatício e cursos realizados pelo coordenador da Vigilância Epidemiológica.

Para comparação de média utilizou-se o teste *t* de Student para métodos paramétricos e Wilcoxon para métodos não paramétricos. Para comparar proporções

4 RESULTADOS

4.1 Condição de Gestão dos Municípios e Certificação para ECD

Foram estudados 149 municípios de um total de 184 existentes no estado do Ceará, no ano de 2002, representando 81% dos municípios dos estado.

A Tabela 1 mostra o conjunto de municípios estudados, de acordo com os respectivos tipos de gestão em que estão inseridos e a presença de certificação para o desenvolvimento das atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD). Do universo de municípios estudados, 54,36% dos municípios estavam habilitados para a Gestão Plena da Atenção Básica, e somente 12,75% deles para Gestão Plena do Sistema Municipal. Com relação à certificação dos municípios para ECD, observou-se boa adesão visto que 62,41% estavam certificados. Entretanto, cerca de 30,87% e 10,06% dos respondentes não sabiam informar o tipo de gestão e se o município tinha a referida certificação, respectivamente.

Tabela 1 - Distribuição dos municípios segundo tipos de gestão e certificação para Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD) no Estado do Ceará, 2002

Descrição n=149	Nº	%
Tipo de Gestão		
Gestão plena da atenção básica	81	54,36
Gestão plena do sistema municipal	19	12,75
Não souberam responder	49	32,88
Certificação (ECD)		
Sim	93	62,41
Não	41	27,51
Não souberam responder	15	10,06

4.2 Perfil profissional dos gestores e coordenadores da VE

O perfil de escolaridade dos prefeitos, secretários municipais de saúde e coordenadores da vigilância epidemiológica é mostrado nas Tabelas 2 e 3. Quanto ao nível de escolaridade, 45,63% dos prefeitos, tinham nível superior. Esse percentual elevou-se para 86,57% no caso dos secretários de saúde. E ainda constatou-se que a quase totalidade (95,97%) dos coordenadores da vigilância tinham nível superior.

Um importante percentual dos prefeitos (39,70%) eram da área da saúde, (Tabela 3), predominando a medicina entre elas (88,8%). Verificou-se, também, que dos 128 municípios em que os secretários de saúde tinham nível superior, 103 (80,46%) eram da área de saúde, assim distribuídos: 24,21% enfermeiros, 19,53% médicos e 19,53% originários de outras áreas da saúde. No que se refere aos coordenadores da Vigilância Epidemiológica, constatou-se que a maioria (79,86%) tinha formação em enfermagem. O cruzamento dessa variável com o desenvolvimento de uma performance adequada da vigilância apontou que a escolaridade do secretário de saúde e do coordenador da VE não teve influência positiva nas ações de VE ($p= 0,256$ e $0,901$, respectivamente).

Tabela 2 – Escolaridade dos gestores e coordenadores da Vigilância Epidemiológica municipais do Estado do Ceará, 2002

Descrição n=149	Nº	%
Prefeito		
Até 4 anos de estudo	7	4,69
5 a 8 anos de estudo	4	2,68
Ensino Médio incompleto	9	6,04
Ensino médio completo	53	35,57
Superior	68	45,63
Ignorado	8	5,36
Secretário da Saúde		
5 a 8 anos de estudo	3	2,01
Ensino médio completo	17	11,40
Superior	129	86,57
Coordenador da vigilância		
Ensino médio completo	6	4,02
Superior	143	95,97

Tabela 3 – Formação superior dos gestores municipais e coordenadores da Vigilância Epidemiológica do estado do Ceará, 2002

Descrição n=149	Nº	%
Prefeito		
Medicina	24	35,30
Área da saúde	3	4,40
Outras áreas	41	60,30
Secretário da Saúde (n=128*)		
Enfermagem	31	24,21
Medicina	25	19,53
Outras áreas da saúde	47	36,71
Outras áreas	25	19,53
Coordenador da vigilância		
Enfermagem	119	83,2
Outras áreas da saúde	16	11,2
Outras áreas	8	5,6

* Um Secretário da Saúde não respondeu

A Tabela 4 mostra as características dos coordenadores da vigilância epidemiológica segundo variáveis de gênero, socioeconômicas e trabalhistas. Os coordenadores eram, na sua maioria, mulheres (87,91%), com idade entre 26 e 40 anos (69,79%).

Em torno de 82,43% dos profissionais atuavam na Vigilância Epidemiológica e em outras atividades relacionadas à saúde, principalmente no PSF. Em termos absolutos somente 22 pessoas trabalhavam exclusivamente na vigilância. Quando comparou-se dedicação exclusiva e formação superior, não existiu relação entre essas duas variáveis, portanto, não foi estatisticamente significativa ($P=0.598$). Esses profissionais recebiam em

média R\$ 1.312,00 (equivalente a US\$ 437,00). Um aspecto que merece ser destacado, é que os profissionais não sabiam informar quanto recebiam por coordenar a Vigilância Epidemiológica nos municípios, visto que os mesmos acumulavam várias funções.

A grande maioria dos profissionais, ou seja, 79,86%, era composta por prestadores de serviço, trabalhando, portanto, sem vínculo empregatício.

Quando comparamos renda com a população, observamos que nos municípios com população até 50.000 habitantes pagam em torno de R\$ 1.000,00 a 1.500,00 (US\$ 333,00 a US\$ 500,00) enquanto que os municípios maiores, acima de 50.000 habitantes os coordenadores têm média salarial entre R\$ 1.501,00 a 2.000,00 (US\$ 500,00 a US\$ 666,00).

Tabela 4. Perfil do Coordenador da Vigilância Epidemiológica, Ceará – 2002

Descrição n=149	Nº	%
Sexo		
Masculino	18	12,08
Feminino	131	87,91
Faixa etária		
20 – 25 anos	18	12,08
26 – 40 anos	104	69,79
Acima de 41 anos	17	11,40
Ignorado	10	6,71
Vínculo empregatício		
CLT	2	1,34
Concursado	20	13,42
Prestador de Serviço	110	79,86
Ignorados	8	5,36
Atua profissionalmente		
Somente na Vigilância Epidemiológica (VE)	22	15,43
Na VE e outras áreas da saúde	124	82,5
Na VE e áreas não relacionadas à saúde	3	2,01

Na Tabela 5 procurou-se analisar a capacitação profissional dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica. Averiguando os treinamentos mínimos a que foram oferecidos pela Secretaria da Saúde/Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, observou-se que 69,79% dos coordenadores participaram do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE), com carga horária mínima de 40 horas semanais. Os cursos específicos mais realizados pelos coordenadores foram: Imunização (59,06%), Sarampo

(53,02%), Tuberculose (57,71%) e Hanseníase (57,04%), embora essa percentagem de participação seja inferior a 60,00%. Em escala menor tem-se a Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (37,58%). Quanto a AIDS, doença de grande importância epidemiológica que dentre outros fatores, existe a atual tendência de interiorização, somente 30,87% dos entrevistados responderam ter sido treinados sobre esse assunto, e sífilis congênita, alvo de projetos do Ministério da Saúde, com adesão do estado do Ceará, como exemplo o Projeto Nascer, uma percentagem inexpressiva havia participado de treinamentos (21,47%).

Tabela 5. Capacitação profissional do Coordenador da Vigilância Epidemiológica

Descrição	Nº	%
Curso Básico de V E		
Sim	104	69,79
Não	38	25,50
Ignorado	7	4,69
Cursos realizados		
Imunização	88	59,06
Tuberculose	86	57,71
Hanseníase	85	57,04
Sarampo	79	53,02
MMDA (*)	56	37,58
Aids	46	30,87
Sífilis congênita	32	21,47
Outros	64	42,95

(*) Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas

No que diz respeito à formação de desenvolvimento de recursos humanos em nível de especialização, a Tabela 6 exhibe a distribuição dos entrevistados. Observou-se que somente pouco mais da metade dos entrevistados (55,7%), tinham especialização. Destes, apenas 6,06% tinham especialidade em vigilância epidemiológica. No entanto 63,63% eram especialistas em áreas afins (PSF, Sistemas Locais de Saúde e Saúde Pública), que abordam vigilância no currículo, constata-se que uma parcela pequena (15,15%) possuía especialização em outras áreas da saúde que não tinham ligação direta com a vigilância.

Tabela 6. Especialização dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica nos municípios do estado do Ceará, 2002

Descrição	N	%
Especialização		
Sim	66	55,70
Não (*)	83	44,30
Total	149	100,00
Tipo		
Saúde Coletiva		
Vigilância Epidemiológica	4	6,06
Áreas afins (PSF, SILOS, Saúde Pública)	42	63,63
Outras áreas da saúde	10	15,15
Total (**)	66	100,00

(*) 6 dos entrevistados não tinham nível superior

(**) dos que tinham nível superior

A Tabela 7 mostra a composição da equipe de vigilância classificando-os quanto à função e escolaridade. A composição da equipe municipal de Vigilância Epidemiológica em geral é muito pequena, principalmente se levarmos em consideração que o coordenador não tinha dedicação exclusiva, atuando também em outras atividades do município. Na função administrativa com nível médio a maioria (49.66%) era constituída de apenas um profissional. Na mesma função, observou-se que 72.48% das equipes não tinham profissionais de nível superior. Quando se avaliou a função técnica, 73.15% e 42.28% possuíam apenas um profissional de nível superior e nível médio respectivamente por equipe.

Tabela 7. Número de profissionais por equipe trabalhando na Vigilância Epidemiológica no estado do Ceará, segundo função e nível de escolaridade em 2002

Descrição n=149	N	%
Função Administrativa		
Com nível médio		
• Não tem profissional	27	18.12
• Possui um profissional	74	49.66
• Possui dois ou mais profissionais	48	32.21
Com nível superior		
• Não tem profissional	108	72.48
• Possui um profissional	37	24.83
• Possui dois ou mais profissionais	04	2.68
Função técnica		
Com nível médio		
• Não tem profissional	63	42.28
• Possui um profissional	63	42.28
• Possui dois ou mais profissionais	23	15.44
Com nível superior		
• Não tem profissional	20	13.42
• Possui um profissional	109	73.15
• Possui dois ou mais profissionais	20	13.42

A Tabela 8 apresenta os dados referentes à experiência técnica do coordenador da Vigilância Epidemiológica, tomando como base às atividades desenvolvidas pelos profissionais antes de assumir a função de coordenador da Vigilância Epidemiológica nos municípios. Mostra também se os mesmos já desempenhavam essa função na gestão anterior. Observa-se que 16,77% dos atuais coordenadores nunca haviam

trabalhado com Vigilância Epidemiológica e somente 4,02% tinham sido coordenadores anteriormente. Um importante percentual desses profissionais, cerca de 65,10%, atuava em outra área que não a Vigilância Epidemiológica antes de se tornarem coordenadores da mesma. Os dados também mostram que 71,14% dos profissionais entrevistados não trabalhavam em Vigilância Epidemiológica no município na gestão anterior e que um pouco mais da metade (52,34%) desempenhava a função de coordenador em menos de 6 meses enquanto apenas 26,84% exerciam a função de coordenador da VE acima de 12 meses.

Tabela 8. Experiência e permanência do coordenador da vigilância epidemiológica no estado do Ceará, 2002

Descrição	Nº	%
Experiência anterior em V.E.		
Outra Coordenação de V.E.	19	12,75
Técnico de V.E.	6	4,02
Outra área	97	65,10
Nunca atuou	25	16,77
Trabalhou na gestão anterior em V.E.?		
Sim	43	28,85
Não	106	71,14
Tempo de atuação na coordenação da V.E.		
Até 6 meses	78	52,34
De 6 a 12 meses	31	20,80
Acima de 12 meses	40	26,84

4.3 Infra-estrutura técnico-operacional da VE

A Tabela 9 apresenta os recursos materiais existentes nos municípios para execução das atividades de Vigilância Epidemiológica. Analisando a infra-estrutura disponível, observou-se que somente 59,06% dos municípios tinham locais exclusivos para o desenvolvimento destas atividades. Também é relativamente baixo o percentual de municípios que contam com sala de situação, visto que apenas 53,69% tinham esta ferramenta para divulgação das informações.

Com relação aos equipamentos existentes nos municípios necessários para execução das atividades na área de Vigilância Epidemiológica, constatou-se que uma proporção significativamente grande (96,64%) tinha computadores, seguido de 93,95% com acesso à linha telefônica e, no entanto, somente 69,79% tinham condições de acessar a internet. Quando interrogou-se quanto à disponibilidade de transporte em tempo hábil, caso seja necessário fazer um deslocamento, apenas 32,21% dos entrevistados responderam contar com esse recurso sempre que precisasse. Foram criadas duas variáveis denominadas de infra-estrutura adequada e performance adequada da vigilância nos municípios (vide metodologia). Apesar de 102 municípios (68,4%) possuírem infra-estrutura adequada, observou-se que, destes, somente 11 (10,78%) apresentaram performance adequada para desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica.

Tabela 9. Infra-estrutura e equipamentos da sede da Vigilância Epidemiológica dos municípios no Ceará, 2002

Descrição	<i>NºTotal n= 149</i>	%
Local exclusivo para a V.E.	88	59,06
Sala de situação	80	53,69
Máquinas de escrever	56	37,58
FAX	112	75,16
Acesso à linha telefônica	140	93,95
Computador	144	96,64
Acesso à internet	104	69,79
Disponibilidade de transporte	48	32,21

(*) 8 municípios não constam nesta tabela porque não tinham coordenador da V.E.

Com relação à existência dos formulários necessários para desenvolver as atividades de Vigilância Epidemiológica nos municípios, na Tabela 10 estão relacionados os principais documentos utilizados pelos profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica. Embora a maioria dos coordenadores considerou dispor de quantidade suficiente de formulários utilizados para desenvolverem atividades de VE, existia um número razoável de municípios (aproximadamente 30%) que dispõem destes formulários de forma apenas regular ou insuficiente.

Tabela 10 – Disponibilidade dos formulários utilizados pela Vigilância Epidemiológica dos municípios do estado do Ceará, 2002

Descrição n=149	<i>Insuficiente</i>		<i>Regular</i>		<i>Suficiente</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ficha de notificação	15	10,06	19	12,75	115	77,18%
Ficha de investigação	18	12,08	25	16,77	106	71,14%
Declaração de óbitos	8	5,37	18	12,08	123	88,55%
Dec. de nascidos vivos	10	6,71	22	14,76	117	78,52%
Formulário de MDDA	21	1,09	27	18,12	101	70,6%
Ficha de notificação negativa	23	15,43	19	12,75	107	71,81%

A Tabela 11 mostra os itens que os entrevistados assinalaram de acordo com seus pontos de vista, como sendo os mais deficientes no seu município, tomando como base as condições mínimas necessárias para o desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica em nível municipal. Observou-se que em geral os coordenadores não reconheceram muitas dificuldades para cumprirem as ações da Vigilância Epidemiológica nos municípios, pois somente um pouco mais da metade dos entrevistados (55,03%), apontaram a falta de recursos humanos como sendo dos principais entraves para o desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica e seguido da falta de recursos na área de vigilância (44,96%), em menor escala apareceu a falta de planejamento (42,28%), seguido da falta de continuidade dos serviços (41,61%), enquanto a rotatividade de profissionais foi reconhecida como problema por apenas 38,25% dos pesquisados. Uma parcela bem menor (29,53%), elegeu a falta de recursos materiais como sendo uma deficiência para o desenvolvimento das atividades de vigilância nos municípios. No tocante ao apoio recebido por parte do nível estadual e das microrregionais, a grande

maioria está satisfeita, visto que somente 25,50% e 10,06% respectivamente perceberam como deficiente.

Tabela 11. Principais deficiências na Vigilância Epidemiológica municipal no Ceará, segundo o coordenador em 2002

Deficiência n=149	Nº	%
Falta de recursos humanos	82	55,03
Falta de recursos na área da vigilância	67	44,96
Falta de planejamento	63	42,28
Falta de continuidade do serviço	62	41,61
Rotatividade dos profissionais	57	38,25
Falta de recurso material	44	29,53
Falta de apoio do nível estadual	38	25,50
Falta de apoio da microrregional de saúde	15	10,06

4.4 Atividades de Vigilância Epidemiológica desenvolvida nos municípios

Nessa seção serão apresentadas as atividades de Vigilância Epidemiológica executadas nos municípios sob a responsabilidade dos coordenadores da VE.

Foi apresentada uma escala de referência variando de “rotineiramente” e “quase sempre”, ou seu complemento, “raramente” e “nunca”, como indicadores de boa e má performance na execução de atividades, respectivamente.

A Tabela 12 exibe os indicadores relativos ao desenvolvimento de atividades próprias da Vigilância Epidemiológica nos municípios pesquisados. Observou-se que boa parte dos coordenadores (87,24%) afirmaram desenvolver atividades específicas para controle e prevenção de doenças. Cerca de 84,55% responderam utilizarem os indicadores epidemiológicos para identificar áreas de risco, seguidos de uma boa representação, pois em torno de 89,25% dos entrevistados responderam fazer busca ativa de casos.

No que se refere à investigação de surtos, 87,57% responderam fazê-la rotineiramente ou quase sempre, enquanto que somente 12,2% responderam que nunca ou raramente realizaram essa atividade. Em contraposição, quando foram perguntados se calculam incidência periódica das doenças e agravos de seus municípios, 51% responderam positivamente, enquanto que boa parcela (49%), mostrou pouca utilização dos indicadores/informações elaborados para o planejamento de ações do município.

Houve preocupação dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica nos municípios na identificação de novos agravos prioritários à saúde da população, em articulação com outros níveis do sistema, visto que 70,46% dos entrevistados responderam positivamente a este item.

Reforçando a pouca ênfase em atividades analíticas que fazem parte da etapa de análise e divulgação dos dados, a maior parte (64,42%) relatou que não elabora boletins epidemiológicos/relatórios de doenças. Na mesma direção, a maioria dos participantes (87,61%) não estava envolvida com estudos e pesquisas, nem tão pouco (71,8%) mantinha vínculo com instituições de ensino e pesquisa do Estado para o desenvolvimento de intercâmbio técnico científico. Por outro lado, foi demonstrado bom envolvimento com recursos humanos, pois, boa parcela, cerca de 70,46% respondeu promover atividades de educação continuada.

Tabela 12 – Distribuição das Atividades desenvolvidas nos municípios para doenças e agravos de notificação compulsória no estado do Ceará, 2002

Descrição	<i>Nunca</i>		<i>Raramente</i>		<i>Quase sempre</i>		<i>Rotineiramente</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atividades específicas de controle e prevenção	9	6,04	10	6,71	54	36,24	76	51,00
Utiliza os indicadores para identificar área de risco	9	6,04	14	9,39	42	28,18	84	56,37
Faz busca ativa de casos	5	4,34	11	7,38	40	26,84	93	62,41
Investigam surtos	9	6,04	11	7,38	32	21,47	97	65,10
Calculam coeficiente de incidência periódica das doenças e agravos	36	24,16	37	24,83	45	30,20	31	20,80
Elaboram boletins epidemiológicos/relatório doenças	55	36,91	41	27,51	30	20,13	23	15,43
Identifica novos agravos prioritários para a vigilância, em articulação com outros níveis do sistema	23	15,43	21	14,09	47	31,54	58	38,92
Realizam algum tipo de estudo ou pesquisa	96	64,43	35	23,48	10	6,71	8	5,36
Fornecer apoio técnico científico para os níveis distritais e locais	15	10,06	19	12,75	28	18,79	87	58,32
Promovem intercâmbio técnico científico com instituições de ensino, pesquisa e assessoria	72	48,32	35	23,48	23	15,43	19	12,75
Promove educação continuada dos recursos humanos	18	12,08	26	17,44	60	40,26	45	30,20

A Tabela 13 mostra o envolvimento dos profissionais da vigilância nas atividades de planejamento e definição de políticas de saúde no âmbito municipal. Constatou-se haver razoável envolvimento dos coordenadores em participar na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços no âmbito municipal visto que, cerca de 67,78% afirmaram positivamente, ou seja, envolveram-se rotineiramente ou quase sempre. Entretanto, chama atenção o fato de que mesmo dentro da lógica de descentralização da VE, 22,14% responderam nunca ter participado dessa atividade.

No tocante ao envolvimento dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica no estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimentos no campo da Vigilância Epidemiológica, foram referidos a participação por 66,43% dos entrevistados. Porém uma parcela significativa (20,80%) nunca teve contato com esse tipo de atividade.

Foi menor o engajamento dos entrevistados na execução de ações relativas a situações epidemiológicas de interesse estadual e federal (tais como o controle do dengue, erradicação do sarampo, entre outras), visto que somente 61,60% colaboravam com essa tarefa, vale ressaltar que 23,79% referiram nunca participar dessas ações.

Tabela 13 – Participação dos Coordenadores da Vigilância Epidemiológica na definição de políticas de saúde de municípios do estado do Ceará, 2002

Descrição	<i>Nunca</i>		<i>Raramente</i>		<i>Quase sempre</i>		<i>Rotineiramente</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Participam com frequência na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços no âmbito municipal	33	22,14	15	10,05	47	31,54	54	36,24
Participam do estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimentos no campo da VE	31	20,80	19	12,75	47	31,54	52	34,89
Colaboram na execução de ações relativas a situações epidemiológicas de interesse estadual e federal	34	23,79	24	16,10	35	23,48	56	37,58

A Tabela 14 mostra a utilização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) pela vigilância nos municípios, para desenvolver as atividades de análise, planejamento e divulgação das informações. Os responsáveis pela Vigilância Epidemiológica nos municípios, em geral, afirmaram manusear, com elevada frequência, os vários bancos de dados que coletam informações sobre doenças e agravos importantes para a área da saúde. Neste aspecto, o mais utilizado corresponde ao SINAN, referido como rotineiramente ou quase sempre por 89,25% dos entrevistados, contrapondo-se com uma parcela quase que insignificante (2,68%) que referiu nunca ter utilizado esse banco de dados.

Quanto à utilização do Sistema de Informação de Atenção Básica, houve um alto índice (88,58%) de coordenadores que referiram utilizá-lo como fonte de dados para a Vigilância Epidemiológica. O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) ocupa uma posição intermediária de utilização, correspondendo a 71,4% dos respondentes, no entanto, vale ressaltar, que este foi deixado de ser utilizado por 28,17% dos entrevistados.

Inversamente, chama a atenção à baixa utilização de importantes bancos de dados como o Sistema de Informação Ambulatorial - SIA (51,66%) e o Sistema de Informação Hospitalar - SIH (43,61%) que podem ajudar na captura de subnotificações para a definição de prioridades de saúde.

Em relação aos programas dos Sistemas de Informações da Vigilância Epidemiológica instalados no computador nos municípios, 10 são considerados básicos (SINAN, SINASC, SIM, SIH, SIAB, SIA, SI-PNI, SICCN, SISVAN). Considerando como ideal os municípios que tivessem todos os programas, obtivemos o seguinte resultado: Nos 149 municípios, 4 não sabiam informar e o restante (145), apenas 13 tinham todos os programas instalados. Em média, as unidades tiveram 6,7 programas instalados ($dp=2,1$).

Tabela 14 – Utilização dos bancos de dados voltados para a área da saúde pelos Coordenadores da Vigilância Epidemiológica municipal do estado do Ceará, 2002

Bancos de dados	<i>Escala de referência</i>							
	<i>Nunca</i>		<i>Raramente</i>		<i>Quase sempre</i>		<i>Rotineiramente</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SINAN	4	2,68	10	6,71	23	15,43	110	73,82
SIM	26	17,44	16	10,73	32	21,47	73	48,99
SINASC	9	6,04	16	10,73	27	18,12	97	65,10
SIH	51	34,22	33	22,14	33	22,14	32	21,47
SIAB	7	4,69	10	6,71	20	13,42	112	75,16
SIA	32	21,47	40	26,84	35	23,48	42	28,18

Quando se refere à utilização dos Indicadores de Saúde Ambiental pelos coordenadores nos municípios conforme descrito na Tabela 15, observa-se que em geral, ocorre uma baixa utilização desses indicadores pelos coordenadores da Vigilância Epidemiológica municipal. Apenas os indicadores de doenças transmitidas por vetores, atingem índices mais elevados, em torno de 76,1%. No tocante à utilização referentes à água de consumo humano, que são diretamente relacionadas com a vigilância das enfermidades de transmissão hídrica, apresentam, relativamente, baixa frequência de utilização, somente em torno de 48,2%.

Observou-se também, que foi baixa a utilização dos indicadores referentes a contaminação do solo, pois apenas 10,06% responderam utilizar de forma rotineiramente ou quase sempre. Da mesma forma deu-se referentes aos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos, pois, uma pequena quantidade, cerca 7,38% não fez essa utilização.

Quando avaliada a utilização dos indicadores referentes à qualidade do ar, percebeu-se que foi quase inexistente essa preocupação, visto que somente 4,02% responderam positivamente enquanto que a maioria, ou seja, em torno de 96% afirmaram raramente ou nunca fazer essa utilização.

Tabela 15 – Utilização dos indicadores de saúde ambiental pela Coordenação da Vigilância Epidemiológica municipal do estado do Ceará, 2002

Indicadores de Saúde ambiental referente a:	Escala de referência							
	Nunca		Raramente		Quase sempre		Rotineiramente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Água de consumo	40	26,84	38	25,50	39	26,17	32	21,47
Risco de transmissão de doenças transmitidas por vetores	25	16,77	12	8,05	47	31,54	65	43,62
Contaminantes ambientais	73	49,00	41	27,51	27	18,12	8	5,36
Qualidade do ar	122	81,87	21	14,09	4	2,68	2	1,34
Contaminação do solo	109	73,15	25	16,77	10	6,71	5	3,35

A Tabela 16 mostra indicadores gerais referentes à atuação do município na vigilância e controle das doenças transmitidas por vetores com hospedeiros intermediários/zoonoses. A vigilância do controle do *Aedes aegypti* sobressai como uma importante atividade desenvolvida no nível municipal (85,90% de frequência). Entretanto, contraditoriamente, chama a atenção a relativa baixa frequência das ações de controle mecânico de criadouros (54,36%), que poderia ser uma função tecnicamente compatível com o nível de complexidade municipal, e até executada por agente comunitário de saúde.

Outra atividade que sobressai com frequência relativa, entre as ações municipais, é o controle da raiva canina (83,22%). A vacinação canina é desenvolvida por aproximadamente 78,52% dos municípios que desenvolvem o controle desta doença, embora a captura de cães apresente um percentual mais reduzido, em torno de 59,73%. Em seguida, Leishimaniose com 71,14% e Doença de Chagas com 67,11%.

Chamam atenção também as baixas frequências encontradas para o controle da peste visto que somente 22,14% desenvolvem essa atividade, destes, apenas uma pequena parcela 16,10% fazem captura de roedores. Com relação à esquistossomose, observa-se também haver baixa frequência, em função de que apenas um percentual de 29,53% referiu utilizar. No entanto, somente 13,42% e 24,82% desenvolvem respectivamente coproscopia e tratamento de portadores. A malária apresentou uma frequência de 18,12% com 14,76% de coleta de lâminas.

Tabela 16 – Atividades de Vigilância Epidemiológica que o município executa, com relação às doenças transmitidas por vetores e/ou zoonoses (Ceará, 2002)

Descrição n= 149	Sim	%
Aedes aegypti	128	85,90
Aplicação de larvicidas	113	75,83
Pesquisa de índices larvários	108	72,48
Controle mecânico de criadouros	81	54,36
Leishmaniose	106	71,14
Exame de cães	97	65,10
Aplicação de inseticidas	42	28,18
Esquistossomose	44	29,53
Coproscopia	20	13,42
Tratamento de portadores	37	24,82
Doença de Chagas	100	67,11
Pesquisa domiciliar de barbeiros	95	63,75
Borrifação domiciliar de inseticida	79	53,02
Raiva Canina	124	83,22
Captura de cães	89	59,73
Vacinação de cães	117	78,52
Peste	33	22,14
Captura de roedores	24	16,10
Malária	27	18,12
Coleta de lâminas	22	14,76

Na Tabela 17, foi feita análise bivariada entre algumas variáveis e a boa performance dos municípios em relação às ações de Vigilância Epidemiológica. Somente

19 dos 149 municípios investigados tiveram uma performance considerada adequada. Somente o tipo de gestão ($p=0,018$) e ter na equipe de vigilância pelo menos um profissional de nível médio e um profissional de nível superior ($p=0,029$) estavam associados a uma performance adequada da Vigilância Epidemiológica.

Não apresentaram associação estatisticamente significativa a uma boa performance em desenvolver as atividades de Vigilância Epidemiológica nos municípios as seguintes variáveis: infra-estrutura da Vigilância Epidemiológica ($p=0,289$), o nível de escolaridade do secretário da saúde e do coordenador da Vigilância Epidemiológica ($p=0,256$ e $0,901$ respectivamente), disponibilidade de transporte ($p=0,109$), dedicação exclusiva do coordenador à vigilância ($p=0,975$), experiência anterior em vigilância por parte do coordenador ($p=0,902$), vínculo empregatício do coordenador ($p=0,129$), cursos realizados ($p=0,762$), certificação para ECD ($p=0,499$) e população do município ($p=0,735$).

Analisando o desempenho do município no desenvolvimento das atividades de vigilância quando relacionou-se o tamanho da população com as variáveis acima citadas (Tabela 18), observou-se que somente a infra-estrutura teve significância estatística ($p=0,002$).

Tabela 17 – Relação entre o desenvolvimento de uma boa vigilância e variáveis relacionadas à infra-estrutura, perfil profissional do coordenador da VE e secretário da saúde tipo de gestão e certificação para ECD,

Ceará, 2002

Variáveis	Performance Adequada da VE				p valor (Fisher)
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Infra-estrutura da VE**					
Adequada	11	57,89	91	70,00	0,289
Inadequada	8	42,11	39	30,00	
Escolaridade do secretário da saúde					
Até ensino médio completo	1	5,26	19	14,84	0,256
Superior	18	94,74	109	85,16	
VE com disponibilidade de transporte					
Sim	17	89,47	94	72,31	0,109
Não	2	10,53	36	27,69	
Escolaridade do coordenador da VE					
Até ensino médio completo	1	5,26	6	4,62	0,901
Superior	18	94,74	124	95,38	
Coordenador da VE c/ dedicação exclusiva à Vigilância					
Sim	2	10,53	14	10,77	0,975
Não	116	89,47	17	89,23	
Coordenador da VE com experiência anterior em VE					
Sim	3	15,79	22	16,92	0,902
Não	16	84,21	108	83,08	
Coordenador da VE com vínculo empregatício					
Sim	5	26,32	17	13,08	0,129
Não	14	73,68	113	86,92	
Cursos realizados pelo Coordenador da VE					
Nunca foi treinado	1	5,26	12	9,23	0,762
CBVE*	5	26,32	27	20,77	
Outros cursos	13	68,42	91	70,00	
Tipo de gestão					
GPAB*	13	10,16	115	89,84	0,018
GPSM*	6	31,58	13	68,42	
Certificação para ECD					
Sim	14	13,46	90	86,54	0,499
Não	5	11,63	38	88,37	
População do município					
< 25.000	12	14,63	70	85,37	0,735
25.000 – 50.000	4	9,09	40	90,91	
> 50.000	3	14,29	18	85,71	
Equipe c/ pelo menos 1 prof. de nível médio e 1 superior					
Sim	14	18,92	60	81,08	0,029
Não	5	6,67	70	93,33	

** Vide metodologia sobre critérios de definições dessas variáveis.

Tabela 18 – Relação entre a população dos municípios e variáveis relacionadas à infra-estrutura, perfil profissional do coordenador da VE e secretário da saúde tipo de gestão e certificação para ECD, Ceará, 2002

Variáveis	>25.000	25.000 – 50.000	<50.000	<i>p</i> valor Fisher
Infraestrutura da VE*				
Adequada	80,77	52,38	59,62	0,002
Inadequada	19,23	47,62	41,38	
Nível de escolaridade do secretário da saúde				
Até ensino médio completo	15,38	14,63	7,14	0,587
Superior	84,62	85,37	92,86	
VE com disp. transporte				
Sim	67,95	80,95	82,76	0,168
Não	32,05	19,05	17,24	
Nível de escolaridade do coordenador				
Até ensino médio completo	7,69	0,00	3,45	0,168
Superior	92,31	100,00	96,55	0,127
Coord. da VE com dedicação exclusiva à vigilância				
Sim	11,54	7,14	13,79	0,562
Não	88,46	92,86	86,21	
Coordenador da VE com experiência anterior				
Sim	19,23	14,29	13,79	0,734
Não				
Coordenador da VE com vínculo empregatício				
Sim	8,97	19,05	24,14	0,562
Não	9,03	80,95	75,89	
Cursos realizados pelo coordenador da VE				
Nunca foi treinado	10,26	2,38	13,79	0,240
CBVE*	25,64	19,05	13,79	
Outros cursos	64,10	78,57	72,41	

* Vide metodologia sobre critérios de definições dessas variáveis.

5 DISCUSSÃO

A municipalização da saúde significa a descentralização do gerenciamento dos serviços até a base político-administrativa do estado brasileiro, trazendo para os municípios a responsabilidade de gestão dos recursos financeiros, envolvendo, necessariamente a participação popular (TEIXEIRA & MELISINI, 2002).

O estado do Ceará adotou a atual política de saúde do Brasil, implantando as propostas de reorganização do seu sistema. A descentralização dos serviços de saúde é um exemplo. Esta representa o desencadeamento de um processo de fortalecimento da autonomia político-gerencial dos municípios. Significa a possibilidade de uma gestão municipal em uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente. No entanto, o que se percebe é que a maioria dos municípios estudados está nesse processo de forma ainda incipiente, com dificuldades de pôr em prática estas mudanças e estas dificuldades se refletem na organização das atividades da Vigilância Epidemiológica.

De acordo com a NOB 01/96, as condições de gestão explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão se dá através dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2001).

No Brasil, a região sudeste teve maior adesão à Gestão Plena do Sistema Municipal (LEVCOVITZ et al, 2001), categoria, que exige maior organização dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde oferecidos. No Ceará foi observado que a maioria dos

municípios estava habilitada para Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB), e somente uma percentagem pequena para Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Para esta pesquisa, o tipo de gestão pode ser visto como um marcador inicial de uma boa performance da VE. Entre os municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, apenas uma pequena quantidade apresentava uma VE considerada adequada, aumentando significativamente para aqueles habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal.

A descentralização e municipalização dos serviços de saúde têm aumentado o desenvolvimento na área de epidemiologia em serviços (ABRASCO, 2000). Após a portaria de Nº 1.399 que descentralizou a Epidemiologia e Controle de Endemias, os municípios certificados passariam a assumir estas responsabilidades. Observou-se que houve boa adesão por parte dos municípios cearenses para a certificação de Epidemiologia e Controle das Doenças. Entretanto, a certificação para Epidemiologia e Controle de Doenças, não se mostrou associada ao bom desempenho da vigilância, sugerindo que o município não necessariamente cumpre o que está previsto em cada habilitação.

Chama atenção o fato de que poucos respondentes sabiam informar corretamente tanto o tipo de gestão como a certificação de Epidemiologia e Controle das Doenças, o que levou os autores a terem que buscar a informação oficial nos dados da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará. Considerando-se que a função do coordenador da VE não se esgota em desenvolver as atividades de vigilância (controle de riscos e danos), e sim em conduzir o processo de mudança desencadeado pelo tipo de gestão e certificação, o mesmo precisa ter conhecimento das responsabilidades assumidas pelo município. Além disto, as responsabilidades dos municípios estão relacionadas com o tipo de gestão e, se não

cumpridas, podem comprometer o processo de reorientação do modelo assistencial do SUS, fundamentado na vigilância à saúde.

Quanto às políticas de recursos humanos, o III Plano Diretor Para o Desenvolvimento de Epidemiologia no Brasil, identificou os seguintes problemas: não existência de carreira profissional em epidemiologia; baixos salários; inexistência de recursos para contratação de pessoas formadas; grande rotatividade de profissionais, resultando em perdas de pessoal treinado; abordagens educacionais distantes da prática; falta de entrosamento com gestores (ABRASCO, 2000). A falta de uma política de recursos humanos e baixos salários vêm afastando os profissionais de saúde da área de vigilância. LUNA (2003). A autora afirma ainda que como a VE é uma ação exclusiva do poder público é importante que este poder esteja convencido da necessidade de uma rede forte e eficiente de VE e que esse fortalecimento passa pela política de recursos humanos.

A presente pesquisa mostrou que a realidade do Ceará nos municípios estudados não é diferente. O Projeto VIGISUS representou para os municípios incentivo para a reestruturação das vigilâncias, prevendo a contratação de profissional com dedicação exclusiva para este setor. No entanto, a maioria dos coordenadores da VE trabalhava sem vínculo empregatício, recebia baixos salários para desenvolver simultaneamente atividades na vigilância e em outras áreas da saúde, especialmente no PSF, que também exige dedicação exclusiva. Os profissionais não sabiam responder, por exemplo, quanto recebiam por coordenar a Vigilância Epidemiológica nos municípios. Um número muito reduzido de profissionais trabalhavam exclusivamente na Vigilância Epidemiológica. Este fato contribui para a queda da qualidade do trabalho executado, tendo em vista a dispersão de

esforços em várias atividades concorrentes. Em alguns municípios, a figura do coordenador pareceu, às vezes, existir apenas para cumprir as exigências do processo de certificação.

A falta de recursos humanos foi apontada, pelos coordenadores, como a principal deficiência para o desenvolvimento das atividades de vigilância, seguidos da falta de recursos materiais, ausência de planejamento, descontinuidade do serviço e rotatividade profissional. Esse perfil de vinculação profissional poderia ser uma das explicações para a elevada rotatividade entre os diversos municípios, principalmente quando da mudança de administração municipal.

Na estruturação das vigilâncias e na lógica de vigilância à saúde, é exigido maior investimento em recursos humanos, dentre eles os treinamentos. Vale ressaltar que as políticas públicas de saúde no Brasil prevêm a obrigatoriedade da educação em saúde dos recursos humanos que prestam serviço ao SUS. As determinações legais foram propostas nas últimas quatro Conferências Nacionais de Saúde e estão presentes na Constituição Nacional de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de Nº 8.080 de 1990 (CECCIM et al, 2002). Embora a maioria dos coordenadores tivesse nível superior, menos da metade tinha especialização e somente uma pequena parcela possuía especialização em Vigilância Epidemiológica. O Curso Básico de Vigilância Epidemiológica deveria ser quase que um pré-requisito para quem assumisse a vigilância, porém, boa parte não fez esse treinamento, embora esse curso, por seu conteúdo e suas características metodológicas, se constitui um instrumento adequado para capacitar técnica e operacionalmente esses profissionais.

Quanto à composição da equipe, em geral, é muito pequena, levando em consideração que o coordenador não tem dedicação exclusiva, observa-se que a vigilância

está quase descoberta. Este fato pode comprometer a proposta de reestruturação das vigilâncias através da descentralização. A pesquisa mostrou a importância de ter nos municípios uma equipe de vigilância composta por, no mínimo, um profissional de nível médio e um de nível superior para ter condições de desenvolver atividades com uma performance adequada. Este estudo também mostrou que grande parte dos coordenadores não trabalhava em Vigilância Epidemiológica no município, na gestão anterior. Mostrou também que a maioria dos coordenadores desempenhava a função de coordenador no município por menos de 6 (seis) meses. Este fato sugere a grande rotatividade de profissionais existentes nos municípios, a falta de continuidade do profissional e a mudança de atividades dentro do próprio município. Evidencia também, dificuldade de acumular experiência, em geral, dos coordenadores para desenvolver as atividades pelas quais estão responsáveis. Quanto à infra-estrutura, os municípios maiores apresentaram melhores condições. Com relação aos equipamentos necessários para execução das atividades na área de Vigilância Epidemiológica, constatou-se que a maioria tem acesso à linha telefônica e computadores, necessários para uma boa infra-estrutura para o sistema de coleta e repasse de informação para os níveis superiores do sistema. Uma porcentagem ainda menor tem acesso à internet. Os municípios que não têm essa ferramenta apresentam-se em desvantagem não só para uma proposta de envio de dados via internet, como também quanto à possibilidade de acessar informações da área disponibilizadas em várias fontes diferenciadas. A grande maioria desenvolve as atividades de Vigilância Epidemiológica, mesmo sem a infra-estrutura mínima necessária. Aliando-se à deficiência de recursos humanos e falta de dedicação exclusiva, a Vigilância Epidemiológica está distante de se antecipar às doenças ou agravos. Um estudo apresentado no Rio de Janeiro, sobre municipalização e inovação gerencial, mostrou que os mais frequentes problemas das

unidades ambulatoriais, apontados pelos profissionais, são referentes à infra-estrutura, recursos humanos e excesso de demanda (GRESCHMAN, 2001). Isto também foi evidenciado nesta pesquisa na área de vigilância epidemiológica.

Entre as responsabilidades dos municípios habilitados pela NOB/96 na gestão da Atenção Básica, consta a alimentação mensal dos Sistemas de Informação da Saúde (BRASIL, 1997). Estes sistemas, por sua vez, alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica dos municípios, passam a compor os sistemas estaduais, que irão alimentar os bancos de dados nacionais, de modo a permitir análises mais globalizadas que orientam o planejamento e a adoção de medidas de controle coletivas em situações correntes ou emergenciais. As informações possibilitam acompanhar a situação de saúde de determinados locais, identificar as características de diferentes fenômenos, e descrever sua distribuição e tendências (BRASIL, 2002).

Embora os fatores que mais freqüentemente dificultam um bom desempenho dos sistemas de vigilância sejam variados, a subnotificação representa grande parcela (Pereira, 1995). Cabe à vigilância criar estratégias que sensibilizem os profissionais, pois é através da notificação que se colhe a informação, que irá se transformar em ação. Um processo importante para a operacionalização da VE é a descentralização que poderá aumentar o compromisso dos profissionais envolvidos na VE colaborando para a redução da subnotificação.

São muitos os bancos de dados voltados para a área de saúde e os mesmos devem ser analisados e utilizados para o planejamento das ações no nível Federal, Estadual e Municipal. O uso dos sistemas de informação em atividades da vigilância pode resultar

numa maior capacidade de diagnosticar os problemas de saúde da população, assim como identificar possíveis falhas no sistema, permitindo seu aperfeiçoamento, como é o caso do SIAB. Neste estudo os bancos de dados mais utilizados pelos coordenadores como fonte de dados para a vigilância foram o SINAN e SIAB. Estas informações confirmam o significativo número de profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica e no Programa de Saúde da Família. Sugerem, no entanto, que os mesmos estão mais voltados para as atividades ligadas ao PSF, aqui representado pela pouca utilização de dados provenientes de outras fontes. O SIAB se apresenta como uma importante fonte de dados para o planejamento das ações das unidades do PSF. Deve se lembrar, entretanto, que é um sistema adequado para o estudo da área, não devendo se abandonar os demais sistemas.

Chama atenção, ainda, o fato de que a maioria dos municípios não se envolveram com instituições de ensino e pesquisa, nem tão pouco com estudos e pesquisas. Na Lei Orgânica da Saúde – Lei de nº 8.080 de 1998, aparece tanto a ordenação da formação de recursos humanos, quanto o desenvolvimento científico e tecnológico, portanto, aborda tanto responsabilidade para os profissionais de saúde de modo geral, quanto para a produção específica de conhecimento e tecnologia no âmbito do próprio Sistema Único de Saúde. Por conseguinte, a Lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturem mecanismo de atuação educacional, que dêem conta de ambas as funções, e isto só acontece de forma pontual em poucos municípios. Por outro lado, as universidades e as instituições de pesquisa também deveriam se abrir à pesquisa aplicada à área de Vigilância Epidemiológica, assim como formar recursos humanos destes locais. Em nível federal esta aproximação pode ser constatada desde 1990 com a criação do CENEPI (BARRETO, 2000).

Neste estudo observou-se haver, por parte dos coordenadores, um engajamento no que se refere às atividades de planejamento e definição das políticas no âmbito municipal. Historicamente os Estados têm tido um papel importante na definição das políticas da Federação. Portanto, a municipalização e, em especial, a descentralização das ações da Vigilância Epidemiológica, permite que as políticas de saúde possam lidar com as desigualdades existentes entre os municípios e que atendam de forma mais adequada às especificidades de cada um.

A organização dos serviços de saúde dos municípios do Ceará procura seguir a lógica da atenção à saúde optando pela vertente de integração entre a Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental. No entanto, na prática, observou-se que, mesmo as atividades que são preconizadas na VE tradicional são realizadas precariamente. Observa-se, por exemplo, que há uma baixa utilização dos indicadores que são tradicionais da VE, tais como os de saúde ambiental. Embora o Ceará não chame atenção por registrar grandes desastres naturais (com especial exceção da seca) ou acidentes com produtos perigosos, existem muitas famílias morando em área de risco, como também, há grande utilização de agrotóxicos por parte dos agricultores. É impossível não se imaginar que os registros de acidentes com produtos químicos possam estar subnotificados, dada esta realidade. Devemos ainda lembrar que, com os problemas sociais decorrentes da seca, a população fica mais vulnerável a contrair várias doenças e este é um fato que deve ser utilizado pelos profissionais que trabalham com Vigilância Epidemiológica.

Atualmente o perfil sanitário do Brasil é marcado pela ocorrência de antigas e novas endemias e a presença de epidemias (ABRASCO, 2000). Portanto, é importante que a vigilância nos municípios esteja atenta para as doenças emergentes, reemergentes e agravos

inusitados. São muitos os fatores que contribuem para este quadro, dentre eles, as desigualdades sociais, a existência de grupos excluídos (como os usuários de drogas injetáveis e moradores de rua), a multirresistência às drogas (que tem favorecido, por exemplo, o aumento da incidência de tuberculose), além de outras doenças também apresentarem incidência aumentada devido ao crescimento de grupos expostos, tais como imunossuprimidos, idosos, pacientes institucionalizados, moradores de rua, migrantes, crianças em berçário ou escolas maternais e pobres em geral (BARRADAS,1999). Vale ressaltar a atenção às doenças cujo aumento de incidência decorre diretamente de uma falha no sistema de Vigilância Epidemiológica seja por ser ineficiente ou insuficiente.

No decorrer deste estudo, o Ceará, foi surpreendido com surtos de malária em cinco municípios no ano de 2002 (segundo técnico da FUNASA, este surto foi controlado com “resquício” da estrutura de controle de malária da FUNASA, cuja operação foi comandada por um técnico de larga experiência em malária). O Estado não conseguiu controlar o dengue, apresentando, para 2003, em 165 municípios, 21.397 casos confirmados, dos quais 277 casos foram de febre hemorrágica do dengue, sendo que 17 evoluíram para óbito. Ainda ocorreram seis casos de raiva humana na região metropolitana de Fortaleza em 2003 e o aparecimento de um agravo inusitado, com três mortes, em um município do interior do Estado (CEARÁ, 2003).

Embora as atividades de VE tenham que ser desenvolvidas tanto no nível federal, estadual como municipal, e cada nível tem sua própria especificidade, é neste último que ocorre a maioria das atividades essenciais de coleta de dados e desenvolvimento das atividades preventivas. Parece que os municípios ainda não estão sensibilizados e conscientizados para desenvolverem de forma plena o processo de municipalização.

Percebe-se que mesmo após a descentralização da Epidemiologia e Controle das Doenças, estas atividades não parecem ser prioridades para os municípios. Implementar uma política de descentralização que inclui a VE plenamente é um desafio para os municípios devido às disparidades sócio-econômicas e políticas existentes. É, portanto de extrema importância o envolvimento de gestores comprometidos efetivamente com o desenvolvimento da área de Vigilância Epidemiológica e Vigilância à Saúde.

O atual perfil epidemiológico do Brasil requer que os setores de política pública e serviços de saúde desenvolvam ações para capacidade de detecção das doenças emergentes e reemergentes, significa, o reforço e a revalorização da vigilância epidemiológica (LUNA, 2002). Em outras palavras, voltar a intensificar ou até mesmo criar novas ações de vigilância epidemiológica que atinjam as doenças transmissíveis; e retomar a atenção da vigilância epidemiológica para as doenças não transmissíveis (câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e outras) e agravos (violência, acidentes de trabalho e de trânsito), cuja ocorrência está em alta, principalmente nas grandes cidades.

Enquanto não houver o fortalecimento da VE, o país continua vulnerável a ser surpreendido por surtos e epidemias de doenças emergentes e reemergentes (BARRADAS, 1999).

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **III plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil 2000 – 2004**. Rio de Janeiro, 2000. 59 p.

AGUDELO, S.F. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARATA, R.B. et al. (Org.). **Equidade e saúde**. Contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 256 p. Cap. 2, p. 39 – 62. (Série Epidemiológica, 1).

ALMEIDA, C. Novos modelos de atenção à saúde: bases conceituais e experiências de mudança. In COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.) **Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. 193 p. p. 69 – 96.

ALMEIDA, M.F. Descentralização de sistemas de informações a nível municipal. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, ano 7, n. 3, p. 27 – 33. jul./set. 1998.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455 – 479, 2002.

BARBOSA, J. P. A. **História de saúde pública do Ceará: da Colônia a Vargas**. Fortaleza: Coleções UFC, 1994. 147 p.

BARBOSA, L.M.M. **Organização do serviço de vigilância epidemiológica do Estado**. Fortaleza: SESA, 2001. Mesa redonda vigilância à saúde.

BARRADAS, R.C.B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, vol 8, n. 1, p. 7 – 15. jan./mar. 1999.

BARRETO, L.M. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. ABRASCO, São Paulo, v. 5, n. 1, p.4 – 17, nov. 2002.

BARRETO, L.M., CARMO E.H. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. In: **Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 235 – 59.

BOSSERT, T. J.; LARRAÑAGA, O.; GIEDION, U. et al. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 2, p. 95 – 100, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 19 de set. de 1990.

_____. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Estabelece a norma operacional básica do sistema único de saúde NOB/SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 216, p. 22932, 6 nov. 1996 . Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1882 de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso de Atenção Básica – PAB e sua composição. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Seção 1, p. 11-13.

_____. **Ministério da Saúde**. Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Brasília, 1998. p.44.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília. Vol. I. 547 p. 4. ed. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto VIGISUS: Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF, 1998. 197 p.

_____. Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere a competência da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em < <http://www.funasa.gov.br/epi/ppi/ppi01.htm> >. Acesso em 8 de mar.

_____. Portaria n. 950, de 23 de dezembro de 1999. Define a sistemática de financiamento relativo à Epidemiologia e Controle de Doenças. Disponível em < <http://www.funasa.gov.br/epi/ppi/ppi02.htm> >. Acesso em 27 de ago.

_____. Instrução normativa n. 005, de 12 de dezembro de 2000. Consolida os valores dos recursos federais e das contrapartidas de estados e municípios destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TCED) Disponível em < <http://www.funasa.gov.br/epi/ppi/ppi03.htm> >. Acesso em 27 de agosto.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 32p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Nascido Vivo**. 3. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 32p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito**. 3. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 36p.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001(e). 341 p.

_____. **Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001**. Aprova, na forma de anexo dessa portaria, a norma operacional de assistência à saúde NOAS – SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de regionalização da assistência; cria o mecanismo para o fortalecimento da capacidade da gestão do sistema único de saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília. Vol. I. 411 p. 5. ed. 2002.

CARVALHO, S. A institucional administração pós constitucional do SUS através de normas operativas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435 – 444, 2001.

CARVALHO, D. M. de; WERNECK, G. L. Vigilância epidemiológica: história, conceitos básicos e perspectivas. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em vigilância epidemiológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 149 p. p. 17 – 31. (Série Trabalho e Formação em Saúde).

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Competência das Microrregionais de Saúde: Coordenação e Promoção da Política Estadual de Saúde, assessoramento, acompanhamento e avaliação das ações e serviços no âmbito microrregional**. Fortaleza, 2000 a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Sistema Microrregional de Serviços de Saúde de Baturité**. Fortaleza, 2000 b. 52 p.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Microrregiões em Saúde. Uma opção do Ceará.** 2000 c. 16 p.

_____. <http://www.saude.ce.gov.br>

CECCIM, R.B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373 – 383, 2002.

COLIMON, K. M. Vigilância epidemiológica. In: _____. **Fundamentos de epidemiologia.** Madrid: Ediciones Díaz dos Santos, 1990. 339 p. Cap. 16, p. 281 – 298.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319 – 328, 2001.

CORNETTA, V. R. PEREIRA, I. M. T. B.; LEVÉVRE, A. M. C. Política de recursos humanos. In. WESTPHAL, M.F.; ALMEIDA, E. S. de (Org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização municipalização do SUS.** São Paulo ed. USP, 2001. Cap. 6, p. 155 – 179.

COSTA, N.R. Política sanitária e resistência popular. In: _____. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1985. 121p. cap. 3, p. 53 – 79.

CZERESNIA, D. Contágio e constituição epidêmica. In: _____. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 120 p. cap. 2, p. 41 – 57.

DELUMEAU, J. Tipologia dos comportamentos coletivos em tempo de peste. In _____. **História do medo no Ocidente: 1300 – 1800 uma cidade sitiada.** Tradução Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. 471 p. cap. 3, p. 107 – 150.

FISCHHMAN, A. Vigilância Epidemiológica. In: Rouquayrol M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994. 527 p. cap. 16, p. 421 – 441.

FOUCAULT, M. O panoptismo. In: _____ **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 19 ed. Tradução de Raquel Ramalheite. Petrópolis: Vozes, 1999. 262 p. Segunda parte: cap. 1, p63 – 86.

FOSSAERT. DH, LLOPIS. A, TIGRE. CH. **Sistemas de Vigilâncias Epidemiológica**. Boletim de La Oficina Sanitária Pan-americana. p. 512-525, jun. 1974.

GAZE, R.; PEREZ, M.A. Vigilância Epidemiológica. In: MEDRONHO, A. R. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.493 p. cap.5, p. 73 – 90.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269 – 318, 2001.

GÓMEZ, D. R. La transición en epidemiología y salud pública: explicación o condena. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Vol. 19, n. 2, p. 57 – 74, jul./dic. 2001.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 7, n. 2, p. 7 – 28, ab/jun. 1999.

HAMMANN, M.E.; LAGUARDIA, J. Reflexões sobre a Vigilância Epidemiologica: Mais além da notificação compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, vol. 9, n. 3, p. 211 – 219, jul./set. 2000.

IYDA, M. O sonho dos sanitaristas e o retorno à racionalidade (1964 – 1978). In: _____ . **Cem anos de saúde pública: a cidadania negada**. São Paulo: UNESP, 1994. 148 p. p. 111 – 138.

JUSTA, A. Vacinogêneo Rodolfo Teófilo: movimento no ano de 1932. **Ceará Médico**. Fortaleza, v.12, n. 1 – 10, p. 1 – 5. 1936.

JUSTA, A. A lepra no Ceará. **Ceará Médico**. Fortaleza, v.15, n. 9 – 10, p. 1 – 15. 1936.

LAGUARDIA, J.; PENNA, L. P.; Definição de caso de Vigilância Epidemiológica. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, vol. 8, n. 4, p. 63 – 70, out./dez. 1999.

LANGMUIR, A. D. **The Surveillance of Communicable Diseases of National Importance**. New England Journal of Medicine. 268: 182-192, 1963.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269 – 318, 2001.

LUNA, E.J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. ABRASCO, São Paulo, v. 5, n. 3, p.229 – 243, dez. 2002.

LUZ, M.T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Graal, 1982. 218 p.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos usos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E.V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. 359 p. Cap. 2, p. 57 – 86.(Saúde em Debate, 117).

MENDES, E. V. A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão de atenção à saúde. In: MENDES, E.V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: HUCITEC, 1998. 359 p. Cap. 1, p. 17 – 55. (Saúde em Debate, 117).

MENDES, E.V. (Org). Uma agenda para a saúde. São Paulo. HUCITEC, 1996. In: _____.

Distrito sanitário: o processo social de mudanças práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994.

MONNERAT, G. L.; SENNA; M. C. M.; SOUZA, R. G. de. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 509 – 521, 2001.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO. N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro. 1999. 570 p. Cap. 22. p. 505 – 521.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. T. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO. N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro. MEDSI, 2003. 708 p. Cap. 21. p. 605 – 628.

NORONHA, J. C. de; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445 – 450, 2001.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Mem Fund**. 1971; 509 p.

OMS. **Cuidados primários de saúde: Declaração Alma – Ata**, 1978. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma – Ata, Brasília, DF, 1979.

OPAS, Organización Panamericana de La Salud. **Regulamento Sanitário Internacional**. Publicación Científica, nº 157, Washington, DC, 1968.

PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO. N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro.MEDSI, 2003. 708 p. Cap. 20. p. 587 – 603.

PAIM, J.S. Modelos de atenção de vigilância em saúde. In: ROUQUAROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO. N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro.MEDSI, 2003. 708 p. Cap. 20. p. 567 – 586.

PARREIRAS, D. A peste no Nordeste do Brasil: problema nacional. **Ceará Médico**. Fortaleza, v. 19. n. 2. p. 2 – 23. 1939.

PEREIRA, M.G. Vigilância Epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia: Teoria e prática**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1998. 596 p. Cap. 21, p. 449 – 482.

REZENDE, A. L. M. de. As demandas e ofertas de atenção de saúde. In: _____. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. 2. ed. São Paulo: Cortez, [19--]. Cap. 6, p. 101 – 117. (Série Saúde e Sociedade).

RISI JÚNIOR, J.B. Considerações sobre a publicação de dados epidemiológicos pelo Ministério da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 1, n. 4, p. 27 – 32, abr./jun. 1992.

ROMERO. A, TRONCOSO M.; **La Vigilancia Epidemiológica: significado e implicaciones em la práctica y en la doencia**. Cuadernos de Medicina Social. 17: 17-28, 1981.

ROUQUAYROL, M.Z.; FAÇANHA, MC; VERAS, FMF; Aspectos epidemiológicos das doenças transmissíveis. In: ROUQUAROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO. N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro.MEDSI, 2003. 708 p. Cap. 9. p. 229 – 288.

SOUZA, R. R. de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451 – 456, 2001.

SUSSER, M.; SUSSER, E. Um futuro para a epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO et al. (Org.). **Teoria Epidemiológica Hoje: Fundamentos Interfaces e Tendências**. Rio de Janeiro, ABRASCO/FIOCRUZ.,1998. 255 p. Cap. 10. p. 187 – 212.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, A. J. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1/2. p.29 – 40, jan./dez. 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 7, n. 2, p. 7 – 28, abr./jun. 1998.

TEIXEIRA, C.F. PINTO, L.L. A Formação do pessoal em vigilância à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 2, n. 6, p. 5 – 21, nov./dez. 1993.

TEIXEIRA, G.M.; RISI J.B.; ALVIM. M.F.; MORAES. J.C. LUNA. E. Seleção das doenças de notificação compulsória: Critérios e recomendação para as três esferas de governo. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, ano 7, n. 1, p. 7 – 28. jan./mar. 1998.

TEIXEIRA, M. G.; RISI JUNIOR, J.B. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO. N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro. 1999. 570 p. Cap. 13. p. 301 – 325.

TEIXEIRA, M.G.; RISI JUNIOR, COSTA, M.C.N. Vigilância Epidemiológica. In: ROUQUAROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO. N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro. MEDSI, 2003. 708 p. Cap. 11. p. 301 – 356.

TELAROLLI JUNIOR, R. O café modifica o cenário nacional. In: _____. **Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo**. São Paulo: UNESP, 1996. 259 p. cap. 1, p. 23 – 26.

VERMELHO, L.L.; MONTEIRO, M.F.G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A. et al. (Org.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2003.493 p. cap.6, p. 91 – 106.

VILLA, T. C. S. et al. A prática da vigilância epidemiológica: entre o geral e o específico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, v. 55, n. 2, p. 169 – 173, mar./abr. 2002.

WALDMAN. E A. Vigilância como instrumento de Saúde Pública. In: _____. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. 253 p. p. 91 – 131.

WALDMAN. E A. Usos da vigilância e monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, ano 7, n. 3, p. 7 – 26. jul./set. 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

PORTARIA N.º 1.943, DE 18 DE OUTUBRO DE 2001

Portaria nº 1.943, de 18 de Outubro de 2001.

Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto no art. 8º, inciso I, do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, resolve:

Art. 1.º Os casos suspeitos ou confirmados das doenças a seguir relacionadas são de notificação compulsória às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e à Fundação Nacional de Saúde:

- Botulismo
- Carbúnculo ou "antraz"
- Cólera
- Coqueluche
- Dengue
- Difteria
- Doenças de Chagas (casos agudos)
- Doenças Meningocócica e outras Meningites
- Esquistossomose (em área não endêmica)
- Febre Amarela
- Febre Maculosa
- Febre Tifóide
- Hanseníase
- Hantavírus
- Hepatite B
- Hepatite C
- Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical
- Leishmaniose Tegumentar Americana
- Leishmaniose Visceral
- Leptospirose
- Malária (em área não endêmica)
- Meningite por *Haemophilus influenzae*
- Peste
- Poliomielite
- Paralisia Flácida Aguda
- Raiva Humana
- Rubéola
- Síndrome da Rubéola
- Congênita Sarampo
- Sífilis Congênita
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
- Tétano
- Tularemia
- Tuberculose
- Variola

Parágrafo único: A ocorrência de agravo inusitado à saúde, independentemente de constar desta relação deverá também ser notificado imediatamente às autoridades sanitárias mencionadas no caput deste artigo.

Art. 2.º Deverão ser notificados de forma imediata às Secretarias Estaduais de Saúde e estas deverão informar a FUNASA imediatamente após a notificação os casos suspeitos de botulismo, carbúnculo ou 'antraz', cólera, febre amarela, febres hemorrágicas de etiologia não esciarecida, hantavirose, paralisia flácida aguda, peste, raiva humana, tularemia e varíola e os surtos ou agregação de casos ou óbitos de agravos inusitados, difteria, doença de etiologia não esciarecida e doença meningocócica.

Art. 3.º Deverão ser notificados de forma imediata às Secretarias Estaduais de Saúde e estas deverão informar a FUNASA imediatamente após a notificação os casos confirmados de poliomielite, sarampo e tétano neonatal.

Art. 4.º A definição de caso para cada doença relacionada no art. 10 desta Portaria deve obedecer à padronização definida pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Art. 5.º O fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a realização da notificação são os definidos nas normas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Art. 6.º Os gestores estaduais e os municipais do Sistema único de Saúde poderão incluir outras doenças e agravos no elenco de doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico local.

Parágrafo único: As inclusões de outras doenças e agravos deverão ser comunicadas pelos gestores estaduais e municipais do Sistema único de Saúde à Fundação Nacional de Saúde.

Art. 7.º Fica revogada a Portaria n.º 933/GM, de 4 de setembro de 2000. Art. 80 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 8.º Fica revogada a Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA
Ministro da Saúde

ANEXO 2

DECLARAÇÃO DE ÓBITO – DO

ANEXO 3

DECLARAÇÃO DE NACIDOS VIVOS - DN



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª Via - Secretaria de Saúde

Registro de Nascimento Vício Nº

1) Cartório		Código	2) Registro		3) Data				
4) Município							5) UF		
6) Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estabe. saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			7) Estabelecimento				Código		
8) Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência da mãe (Rua, praça, avenida, etc)					Número	Complemento	9) CEP		
10) Bairro/Distrito		Código	11) Município de ocorrência		Código	12) UF			
13) Nome da mãe					14) RIC				
15) Idade (anos)	16) Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado <input type="checkbox"/> 3 - Viúva <input type="checkbox"/> 4 - Sep. Judicial/Divorc. <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		17) Escolaridade (em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		18) Ocupação habitual e ramo de atividade		19) N.º de filhos vivos em gestações anteriores (incl. filhos vivos e nascidos vivos)		
Residência da mãe					20) Logradouro		Número	Complemento	21) CEP
22) Bairro/distrito		Código	23) Município		Código	24) UF			
25) Duração da gestação em semanas		26) Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		27) Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesáreo <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		28) Número de consultas de pré-natal			
29) Nascimento Data		Hora		30) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado		31) Índice de Apgar 1º minuto		5º minuto	
32) Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena		33) Peso ao nascer em gramas		34) Detecção alguma malformação congênita ou anomalia cromossômica? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado					
35) Polegar direito da mãe		36) Pé direito da criança							
Responsável pelo preenchimento									
37) Nome		38) Função		39) Identidade		40) Órgão Emissor	41) Data		

ATENÇÃO : ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.

Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

ANEXO 4

**FICHA DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E
NOTIFICAÇÃO – SINAN**

Tipo de Notificação

1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto

2 Data da Notificação

Município de Notificação

Código (IBGE)

Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

Código

Agravo/doença

Código (CID10)

6 Data dos Primeiros Sintomas

Nome do Paciente

8 Data de Nascimento

(ou) Idade

D - dias
M - meses
A - anos

10 Sexo M - Masculino
F - Feminino
I - Ignorado

11 Raça/Cor
1-Branca 2-Preta 3-Amarela
4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos)
1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11
5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado

Número do Cartão SUS

14 Nome da mãe

Agravo/Doença

Código (CID10)

16 Data dos 1^{os} Sintomas
do 1º Caso Suspeito

Nº de Casos Suspeitos

18 Local Inicial de Ocorrência do Surto

- 1 - Casos Restritos a uma Mesma Família 2 - Casos Restritos a uma Escola/Creche
3 - Casos Restritos a um Hospital 4 - Casos Restritos a outra Instituição (alojamento, asilo, trabalho)
5 - Casos Dispersos no Bairro 6 - Casos Dispersos Pelo Município
7 - Casos Dispersos em mais de um Município 8 - Outros

Logradouro (rua, avenida,...)

Código

20 Número

Complemento (apto., casa, ...)

22 Ponto de Referência

23 UF

Município de Residência

Código (IBGE)

Distrito

Bairro

Código (IBGE)

26 CEP

(DDD) Telefone

28 Zona 1 - Urbana 2 - Rural
3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado

29 País (se residente fora do Brasil)

Código

DADOS COMPLEMENTARES

(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Data da coleta da 1ª amostra da sorologia		02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra		03	Especificar tipo de exame :	
<input type="checkbox"/> Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 05 Caso suspeito é gestante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 06 Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 08 Data do início do exatema _____		<input type="checkbox"/> 09 Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
<input type="checkbox"/> Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 11 Resultado da bacterioscopia : _____					
<input type="checkbox"/> O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 13 Data da última dose tomada _____		<input type="checkbox"/> 14 Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/> 15 Data da hospitalização _____	
Município do hospital				17 Nome do hospital			
Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____							
Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF <input type="text"/> <input type="text"/> Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____							

ANEXO 5

FICHA DO SISTEMA DE ATENÇÃO BÁSICA – SIAB

--	--	--	--

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Alvenaria/Adobe		Filtração	
Alvenaria revestida		Fervura	
Alvenaria não revestida		Cloração	
Outra		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outros - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Instalação elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Enterrado / Enterrado		Fossa	
Aberto		Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Quem da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Farmácia		Associações	
Outros - Especificar:		Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Rádiorádio		Ônibus	
Televisão		Caminhão	
Outros - Especificar:		Carro	
		Carroça	
		Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES

ANEXO 6

**PORTARIA N.º 1.399, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999 –
EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA NO 1.399, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1999

Regulamenta a NOB SUS O 1/196 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Dist: área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista as disposições da Lei nº 8. setembro de 1990, no que se referem à organização do Sistema único de Saúde - SUS e às atribuições relacionadas à Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; e considerando a necessidade de seu cumprimento ao disposto na Norma Operacional Básica do SUS de 1996;

considerando a aprovação, pelo Conselho Nacional de Saúde, em sua Reunião Ordinária de 09 e 10 de dezembro das responsabilidades e requisitos de epidemiologia e controle de doenças; considerando a aprovação desta pela Comissão Intergestores Tripartite, no dia 25 de novembro de 1999, resolve:

CAPÍTULO 1
Das Competências
Seção I
Da União

Art. 1º Compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde FLTNASA, a Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreende

I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que simultaneamente nacional ou regional para alcançar êxito;

II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação do

III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter eventual quando constatada insuficiência da ação estadual;

IV - definição das atividades e parâmetros que integram a Programação Pactuada Integrada PPI-ECD Epidemiologia e Controle de Doenças;

V - normatização técnica;

VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios; VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

a) imunobiológicos;

b) inseticidas;

c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnóstico)

VIII - participação no planejamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme dispostas nesta Portaria;

IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação - SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações- SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:

- a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;
 - b) consolidação dos dados provenientes dos estados;
 - c) retroalimentação dos dados.
- X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação IEC, de abrangên
- XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e área de prevenção e controle de doenças e agravos;
- XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direciorm populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde - SMS e Secretarias Estadual - SES;
- XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doença
- XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
- XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde SM elaboração da PPI-ECD de cada estado;
- XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doei programadas na PI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de vigilância epidemiológica ambiental em saúde;
- XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública RNLSP, nos aspectos relativo, epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operativa envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes,
- XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatória, estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Seção 11

Dos Estados

Art. 2º Compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiologia Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

- I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simuli estadual ou microrregional para alcançar êxito;
- II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação do,
- III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando consi insuficiência da ação municipal;
- IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas e estabelecidas nesta Portaria;
- V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da 1 Pactuada Integrada PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformiidad(parâmetros definidos pela FUNASA;
- VI - assistência técnica aos municípios;
- VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disp, contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;
- VIII - provámento dos seguintes insumos estratégicos:
 - a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;

- b) equipamentos de proteção individual;
 - c) seringas e agulhas;
 - d) óleo de soja; e
 - e) equipamentos de aspersão de inseticidas.
- IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos município
- X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:
- a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de process eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;
 - b) crivo dos dados ao nível federal, -egular.-rente dentro dos prazos estabelecidos pelas ronnas de cada
 - c) análise dos dados; e
 - d) retroaiánertação dos dados.
- XI divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XII execução das atividades de informação, educação e comunicação IEC de abrargência estadual;
- XIII capacitação de recursos humaros;
- XIV definição de Centros de Referência Estaduais de Epidenúologia e Controle de Doenças;
- XV normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;
- XVI fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epiden-úologia e Controle de Doença pelos rrunicípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais epidemiológica e ambiental em saúde;
- XVII coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o risco da água de consumo -liuma.-io e contamffiartes -com importância em saúde pública, como os agrotóxicos benzeno;
- XVIII = coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública RELSP, nos aspectos relativ epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabe'lecimento de normas fluxos técnico-operacredenciamento e avaeação das unidades partícipes;
- XIX provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos cpiderriológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.
- XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, inclu realização de inquéritos entomoiológicos;
- XXI coordenação do componente estadual do Prog.-arna Nacional de Imunizações.

Seção III

Dos Municípios

Art. 3º Compete aos Municípios a gestão do componente -nu.-ncipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidenúológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

- I - notificação de doenças de notificação coirpulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização estadual;
- II - investigação cpiderfflológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, doir- e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

IV - elaboração de Declarações de óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cenúti em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças denotificaçãl em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provâmento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos labo.-atoriais realizados pelas unidadespúblicas e componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde públca;

VIII - monitoram,,-nto da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta eprovirie exames fisico, quín-úco e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;

IX captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

X registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem; XI = ações de controle químico e biológico de vetores e de elin-únação de criadouros;

XII coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizaçõx

vacinação de rotina com asvacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;

XIII vigilância cpidemiológica da -.ortaLdade infantil e materna;

XIV gestão dos sistemas de informação epide.-mológica, no ár.-bito -runicx-val, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, S,1

sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de ca c) análise dos dados; e

d) re+tro-alimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises cpide,-mológicas;

XVI participação no finan-,iamento das ações de Epider.%,ologia e Controle de Doenças, conforme 41s1

contidas nos artigos 14 a 19 desta Portar.-a;

XIII participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, n Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área Epidenúologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâ.-etros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos exce ações;

XIX coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplem estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Seção IV

Do Distrito Federal

Art. 4' A gestão das ações de Epider.-Áologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreenderá, couber, *simultaneamente*, as atribuições referentes a estes dos e municípios.

CAPÍTULO II

Da Programação e Acompanhamento

Art. 5' As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças serão desenvolvidas de acordo com um. a Pro Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, que será elaborada a partir do processo:

I a FUNASA estabelecerá as atividades a se.-em realizadas e metas a serem atingidas na área de Epider, Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação;

II as atividades e metas estabelecidas servirão de base para que as Comissões Intergestores-s Bipartite (unidades da federação estabeleçam a PPI-ECD estadual, especificando para cada atividade proposta o responsável pela sua execução.

Parágrafo único. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD serão acompanhadas por intermédio de i desempenho, envolvendo aspectos cpidenúológicos e operacionais, estabelecidos pela FUNASA.

Art. 6' As Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Nunicipais de Saúde - SMS manterão à FUNASA, MS e órgãos de fiscalização e controle, todas as informações relativas à execução das ativid; questão.

CAPÍTULO III

Da Certificação

Art. 7' São condições para a certificação dos Estados e Distrito Federal assumirem a gestão das ações Epidemiologia e Controle de Doenças:

- a) formalização do pleito pelo gestor estadual do SUS;
- b) apresentação da PPI-ECD para o estado, aprovada na CIB;
- c) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Estadual de Saúde para o depósito dos recur destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Art. 8' A solicitação de certificação dos Estados e Distrito Federal aprovada na CIB, será avaliada pela encaminhada para deliberação na CIT;

Art. 9' Os municípios já habilitados em alguma das formas de gestão do sistema municipal de saúde, Plt Básica PAB ou Plena de Sistema Municipal PSM, solicitarão a certificação de gestão das ações de Epid Controle de Doenças mediante:

- a) formafização do pleito pelo gestor municipal;
- b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;
- c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade; e
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos finaceiros destinados ao Teto Financeiro de Epidenúologia e Controle de Doenças.

Art. 1 0. A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Art. 1 1. As solicitações de municípios aprovadas na CIB serão encaminhadas para análise da FUNASA deliberação final da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

Art. 12. Quando julgado necessário, a FUNASA poderá efetuar ou solicitar a realização de processo de loco, para efeito de certificação.

CAPÍTULO IV

Do Financiamento

Art. 13. O Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECED de cada unidade da federação, exclusivamente, ao financiamento das ações estabelecidas nas Seções II, III e IV, do Capítulo 1, será estabelecido por portaria conjunta da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da Fundação de Amparo à Pesquisa em Saúde.

Art. 14. As unidades da federação serão estratificadas da seguinte forma:

- a) Estrato I Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;
- b) Estrato II Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe;
- c) Estrato III - Distrito Federal, São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul

Art. 15. O TFECED de cada unidade da federação, observado o estrato a que pertença, será obtido mediante medida somatória das seguintes parcelas:

- a) valor per capita multiplicado pela população de cada unidade da federação;
- b) valor por quilômetro quadrado multiplicado pela área de cada unidade da federação;
- c) contrapartidas do estado e dos municípios ou do Distrito Federal conforme o caso.

§ 1º As contrapartidas de que trata a alínea "c" deverão ser para os estratos I, II e III de, respectivamente, no mínimo, 20%, 30% e 40% calculadas sobre o somatório das parcelas definidas na alínea "b", e da parcela de que trata o § 1º do artigo 17, desta Portaria.

§ 2º Para efeito do disposto neste artigo os dados relativos à população e área territorial de cada unidade são os fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE.

Art. 16. A Comissão Intergestores Bipartite, baseada na PPI/ECD e observado o TFECED estabelecido, Fundação Nacional de Saúde, o montante a ser repassado a cada Município para execução das ações previstas, após aprovação, providenciará o seu repasse por intermédio do Fundo Nacional de Saúde.

Parágrafo único. O repasse de que trata o caput deste artigo somente será efetivado se o município estiver certificado nos termos dos artigos 9 a 11 desta Portaria.

Art. 17. Os municípios certificados na forma estabelecida nos arts. 9 a 11 desta Portaria, não poderão ter per capita inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da federação correspondente.

§ 1º Como estímulo à assunção, pelos municípios, das atividades de que trata o artigo 3º, desta Portaria estabelecido, na forma definida no artigo 13, um valor per capita que multiplicado pela população do Município observado o estrato a que pertença, será acrescido ao valor definido pela CIB.

§ 2º O Distrito Federal fará jus ao incentivo de que trata este artigo a partir da data de sua certificação.

Art. 18. O repasse dos recursos federais do TFECED será feito, mensalmente, por intermédio do Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT.

Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, vedada sua utilização para, não previstos nesta Portaria.

Parágrafo único. As atividades que são concentradas em determinada época do ano, a exemplo das campanhas de vacinação, terão os recursos correspondentes repassados integralmente junto com a parcela do segundo imediatamente anterior.

CAPÍTULO V

Das Penalidades

Art. 19. O cancelamento da certificação com a consequente suspensão do repasse dos recursos de que trata o artigo anterior será aplicável nos seguintes casos:

I - não cumprimento das atividades e metas previstas na PPI-ECD; 11 - falta de comprovação da contrapartida correspondente;

III - emprego irregular dos recursos financeiros transferidos;

IV - falta de comprovação da regularidade e oportunidade na alimentação dos sistemas de informação e (SINAN, SIM, SINASC, SI-PNI e outros que forem pactuados).

§ 1º Após análise das justificativas eventualmente apresentadas pelo gestor estadual ou municipal, conf(ouvida a CIB, a FUNASA, com base em parecer técnico fundamentado, submeterá a proposta de ca-nce CIT.

§ 2º O cancelamento da certificação, observado os procedimentos definidos no parágrafo anterior, podc ser solicitado pela CIB.

§ 3º As atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças correspondentes serão assum-údas: a) pelo estado, em caso de cancelamento da certificação de município; ou b) pela FUNASA, em caso de cancelamento da certificação de estado.

Art. 20. Além do cancelamento de que trata o artigo anterior os gestores estarão sujeitos às penalidade.,

leis especfflicas, sem prejuízo, conforme o caso, de outras medidas, como: I - comunicação aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. 11 - instauração de tomada de contas especial;

111 - comunicação ao Tribunal de Contas do Estado ou do Município, se houver; IV - comunicação à Assembléia Legislativa do Estado; V - comunicação à Câmara Municipal; VI - comunicação ao Ministério Público Federal e à Polícia Federal, para instauração de inquérito, se fo

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais

Art. 21. Será descentralizada, da Fundação Nacional de Saúde FUNASA, para os estados, municípios e

Federal, a execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças definidas como atribuições esp(níveis de gestão do Sistema único de Saúde SUS, de acordo com as disposições estabelecidas nesta Po

Parágrafo único. Incluem-se no disposto no caput deste artigo as ações relativas às doenças abaixo espe

a) Malária;

b) Leishmaniose;

ç,) Esquistossomose;

d) Febre Amarela e Dengue;

e) Tracoma;

f) Doença de Chagas;

g) Peste;

h) Filariose

i) Bócio;

Art. 22. Para maior efetividade na consecução das ações de Epiderniologia e Contr ole de Doenças por estados, municípios e Distrito Federal, recomendasse às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde:

I – organizar estruturas especfflicas capazes ividades devigilância cpidemiológica, vigilância ambiental' eu integrada, evitando-se a separação entre at ialmente que esta estrutura tenha autonomia administrativa operações de controle de doenças, preferenc emas

Estadual e Municipal de Saúde e financeira para a gestão de recursos, integrada aos Sistemas e controle

II - integrar a rede assistencial, conveniada ou contratada com o SUS, nas ações de prevenção e controle

III - incorporar as ações de vigilância, prevenção e controle da área de epidemiologia e controle de doenças desenvolvidas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS e Programa de Saúde PSF;

IV integrar as atividades laboratoriais dos Laboratórios Centrais LACEN e da rede conveniada ou com o SUS, às ações de epidemiologia e controle de doenças.

CAPÍTULO VII

Das Disposições Transitórias

Art. 23. Durante o período de transição, até ser completada a descentralização das ações atualmente ex FUNASA, serão observadas as seguintes regras:

I - será constituída, em cada unidade da federação, uma Comissão para Descentralização das Ações de Doenças Transmitidas por Vetores, com participação da FUNASA, SES e COSEMS, que apresentará Descrição detalhada para o estado, a ser aprovado na CIB, contemplando, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) cronograma de descentralização das atividades;
- b) quantitativo e alocação de recursos humanos;
- c) bens móveis e imóveis a serem transferidos.

II - a programação de atividades em controle de doenças transmitidas por vetores deverá ser elaborada entre a FUNASA e Secretaria Estadual de Saúde e aprovada na CIB;

CAPÍTULO VIII

Das Disposições Finais

Art. 24. Como instâncias de recurso, para os municípios que discordarem da avaliação da SES, ficam e, aqueles definidos para as demais pendências ordinárias, quais sejam: o Conselho Estadual de Saúde e a em questões excepcionais de natureza técnico-normativa, em que a Fundação Nacional de Saúde se car, melhor árbitro.

Art. 25. A FLINASA repassará para a Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, deliberado na CIB, para uso específico nas atividades de Epidemiologia e Controle de Doenças, as instalações atualmente utilizadas nestas atividades, de acordo com definição conjunta entre a FUNASA, SES, preservando as instalações necessárias para o desempenho das atribuições que continuarão com as Coordenações Regionais.

Parágrafo único - Os atuais Distritos Sanitários da FUNASA serão compatibilizados com as estruturas existentes nas SFS para garantirem a continuidade do funcionamento quando suas instalações e equipar repassados.

Art. Os recursos humanos lotados nas Coordenações Regionais da FLINASA, incluindo os Distritos que executam ações de controle de doenças transmitidas por vetores, estarão disponíveis para serem cedidos, conforme deliberado na CIB, independentemente da sua situação de cessão atual, que poderá ser exceção se o quantitativo definido for necessário para as atividades que permanecerão -executada, Coordenações Regionais da FUNASA, inclusive aquelas efetivadas por intermédio dos Distritos Sanitários Indígenas.

§ 1º No período de cinco (5) anos, iniciado a partir de 1º de janeiro de 2000, a FUNASA submeterá a a CIT, na primeira reunião de cada ano, a análise da evolução da força de trabalho alocada a cada unidade nos termos do caput deste artigo, considerados, dentre outros, os seguintes aspectos:

- a) aposentadoria de servidores;
 - b) incorporação de atividades ao PACS e PSF;
 - c) aumento de produtividade em função da otimização de processos e incorporação de novos métodos.
- § 2º Caso seja constatada, considerados os fatores de que trata o parágrafo anterior, a redução real do pessoal inicialmente alocado, a CIT, por proposta da FUNASA, estabelecerá as medidas necessárias para quantitativo da força de trabalho, de forma a garantir a continuidade das atividades transferidas para os municípios.

Art. 27. Os recursos humanos cedidos para as SES e SMS poderão ser convocados, em caráter temporário prazo máximo de noventa dias, pela FUNASA, quando esta estiver executando ações de prevenção e doenças, em caráter suplementar e excepcional. às SES.

Parágrafo único. As convocações superiores a noventa dias, bem assim a prorrogação inicial autorizadas pela CIT.

Art. 28. A FUNASA, em conjunto com as SES, realizará capacitação de todos os agentes de controle até o final do ano 2000, visando adequá-los às suas novas atribuições, incluindo conteúdos de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e execução de prevenção e controle de doenças com importância regional.

Art. 29. As SES serão responsáveis pela realização de exames de controle de intoxicação, para os agentes cedidos que estiverem realizando ações de controle químico ou biológico.

Art. 30. A FUNASA estabelecerá critérios e limites para o pagamento da indenização de campo dos agentes de controle de endemias.

§ 1º Na data do envio pela SES da relação dos servidores que fazem jus a indenização de campo, a realizará o pagamento devido.

§ 2º Caso o limite fixado seja superior à despesa efetivada, o valor excedente será incorporado ao TFI parcela variável, para utilização nos termos pactuados na CIIB.

Art. 31. Fica delegada competência ao Presidente da FUNASA para editar, quando necessário, normas regulamentadoras desta Portaria, submetendo-as, quando couber, à apreciação da CIT.

Art. 32. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em

JOSÉ SERRA

ANEXO 7

**PORTARIA N.º 950, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1999 –
MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Portaria N° 950 de 23/12/1999

Ministério da Saúde

SECRETARIA EXECUTIVA

PORTARIA N° 950, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1999

O Secretário Executivo do Ministério da Saúde e o Presidente da Fundação Nacional de Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando o disposto no art. 13 da Portaria GM/MS n.º 1.399, de 14 de dezembro de 1999, que atualiza a NOB SUS 01/96 relativamente à área de Epidemiologia e Controle de Doenças e define sua sistemática de financiamento, resolvem:

1º Definir, na forma do Anexo I, os valores anuais per capita e por quilômetro quadrado, relativos aos recursos federais destinados à composição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças TFECED, de cada um dos estratos previstos no art. 14 da Portaria GM/MS n.º 1.399/99.

Parágrafo único. Os recursos federais relativos ao TFECED serão transferidos em parcelas mensais, correspondentes a 1/12 (um doze avos) dos valores estabelecidos no Anexo I, pelo Fundo Nacional de Saúde FNS, diretamente aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde, conforme distribuição aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite CIB, nos termos do art. 16 da Portaria GM/MS 1.399/99, observadas as condições estabelecidas no Capítulo III daquela Portaria.

2º Fixar em R\$ 0,48 (quarenta e oito centavos de real) o valor anual per capita relativo ao incentivo para descentralização aos Municípios, na forma estabelecida no Anexo II, previsto no § 1º do art. 17 da Portaria GM/MS n.º 1.399/99.

Parágrafo único. Os recursos financeiros referentes ao incentivo serão transferidos em parcelas mensais, correspondentes a 1/12 (um doze avos) do valor estabelecido no caput deste artigo, pelo FNS diretamente ao Fundo Municipal de Saúde, a partir da data de publicação, no Diário Oficial da União, Portaria de certificação do Município, nos termos estabelecidos na Portaria GM/MS n.º 1.399/99.

3º As contrapartidas dos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinadas ao TFECED, são as definidas no Anexo III.

Os valores relacionados para cada Unidade da Federação referem-se ao montante global a ser apontado em conjunto pelos Estados e Municípios, nos termos pactuados no âmbito da CIB.

Caberá ao Distrito Federal o aporte integral do valor constante no Anexo IV e trata o caput deste artigo.

° Além do aporte financeiro em conta específica do TFECED, poderão ser da considerados como recursos de contrapartida aqueles alocados pelos ados, Distrito Federal e Municípios, devidamente comprovados e detalhados Programação Pactuada Integrada para a área de Epidemiologia e Controle Doenças PPI-ECD, destinados ao pagamento de pessoal, custeio e estimentos na área de Epidemiologia e Controle de Doenças.

4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos inceiros a partir de 1º de janeiro de 2000.

BARJAS NEGRI
Secretário Executivo

MAURO RICARDO MACHADO COSTA
Presidente da Fundação Nacional de Saúde

ANEXO 1

1	AC	527.937	153.145		2.153.982,96		459.435,57	2.613.418,53
1	AM	2.580.860	1.577.835		10.529.908,80		4.733.504,22	15.263.413,02
1	AP	439.781	143.454		1.794.306,48		430.360,92	2.224.667,40
1	PA	5.866.454	1.253.162	4,08	24.016.732,32	3,00	3.759.486,63	27.776.216,95
1	RO	1.296.856	238.511		5.291.172,48		715.532,16	6.006.704,64
1	RR	266.922	225.116		1.089.041,76		675.345,89	1.764.388,65
1	TO	1.134.895	278.419		4.630.371,60		835.258,02	5.465.629,62
2	AL	2.713.203	27.933		7.814.024,64		56.983,16	7.871.007,80
2	BA	12.993.011	566.448		37.419.871,68		1.155.554,53	38.575.426,21
2	CE	7.106.605	146.348		20.467.022,40		298.550,43	20.765.572,83
2	ES	2.938.062	46.184		8.461.618,56		94.214,97	8.555.833,53
2	GO	4.648.725	341.266		13.964.326,00		696.227,83	14.660.555,83
2	MA	5.418.349	333.365		15.604.845,12		680.064,93	16.284.910,05
2	MG	17.295.955	588.391		49.812.350,40		1.200.317,72	51.012.668,12
2	MS	2.026.600	358.157	2,88	5.836.608,00	2,04	730.640,97	6.567.248,97

PE	7.560.626	96.940		21.832.778,88		201.836,93	22.034.615,81
PI	2.734.152	252.378		7.874.357,76		514.851,49	8.389.209,25
RJ	13.807.358	43.910		39.765.191,04		89.576,87	39.854.767,91
RN	2.654.501	53.307		7.644.962,88		108.747,26	7.753.710,14
SE	1.712.766	22.050		4.932.823,66		44.983,00	4.977.806,66
DF	1.969.868	5.822		3.545.762,40		6.986,03	3.552.748,43
PR	9.375.592	199.709		16.876.065,60		239.651,06	17.115.716,66
RS	9.971.910	282.057	1,80	17.949.438,00	1,20	338.468,39	18.287.906,39
SC	5.096.446	95.442		9.177.206,40		114.530,60	9.291.737,00
SP	35.816.740	248.810		64.470.132,00		298.571,81	64.768.703,81

ANEXO 2

1	AC	527.937		253.409,76
1	AM	2.580.860		1.238.812,80
1	AP	439.781		211.094,88
1	PA	5.886.454	0,48	2.825.497,92
1	RO	1.296.856		622.490,88
1	RR	266.922		128.122,56
1	TO	1.134.895		544.749,60
2	AL	2.713.203		1.302.337,44
2	BA	12.993.011		6.236.645,28
2	CE	7.106.605		3.411.170,40
2	ES	2.938.062		1.410.269,76
2	GO	4.848.725		2.327.388,00
2	MA	5.418.349		2.600.807,52
2	MG	17.295.955		8.302.058,40
2	MS	2.026.600	0,48	972.768,00
2	MT	2.375.549		1.140.263,52

2	PI	2.734.152		1.312.392,96
2	RJ	13.807.358		6.627.531,84
2	RN	2.654.501		1.274.160,48
2	SE	1.712.788		822.137,28
3	DF	1.969.866		945.536,64
3	PR	9.375.592		4.500.284,16
3	RS	9.971.910	0,48	4.786.516,80
3	SC	5.098.448		2.447.255,04
3	SP	35.816.740		17.192.035,20

ANEXO III

AC	2.613.418,53	253.409,76	2.866.828,29	522.683,71	50.681,95	573.365,66
AM	15.263.413,02	1.238.812,80	16.502.225,82	3.052.682,60	247.762,56	3.300.445,16
AP	2.224.667,40	211.094,88	2.435.762,28	444.933,48	42.218,98	487.152,46
PA	27.776.218,95	2.825.497,92	30.601.716,87	5.555.243,79	565.099,58	6.120.343,37
RO	6.006.704,64	622.490,88	6.629.195,52	1.201.340,93	124.498,18	1.325.839,10
RR	1.764.388,65	128.122,56	1.892.511,21	352.877,73	25.624,51	378.502,24
TO	5.465.629,62	544.749,60	6.010.379,22	1.093.125,92	108.949,92	1.202.075,84
AL	7.871.007,80	1.302.337,44	9.173.345,24	2.361.302,34	390.701,23	2.752.003,57
BA	38.575.426,21	6.236.645,28	44.812.071,49	11.572.627,86	1.870.993,58	13.443.621,45
CE	20.765.572,83	3.411.170,40	24.176.743,23	6.229.671,85	1.023.351,12	7.253.022,97
ES	8.555.833,53	1.410.269,76	9.966.103,29	2.566.750,06	423.080,93	2.989.830,99
GO	14.660.555,83	2.327.388,00	16.987.943,83	4.398.166,75	698.216,40	5.096.383,15
MA	16.284.910,05	2.600.807,52	18.885.717,57	4.885.473,01	780.242,26	5.665.715,27
MG	51.012.668,12	8.302.058,40	59.314.726,52	15.363.800,44	2.490.617,52	17.794.417,96
MS	6.567.248,97	972.768,00	7.540.016,97	1.970.174,69	291.830,40	2.262.005,09
MT	8.691.451,04	1.140.263,52	9.831.714,56	2.607.435,31	342.079,06	2.949.514,37
PB	9.837.180,32	1.620.292,32	11.457.472,64	2.951.154,10	486.087,70	3.437.241,79
PE	22.034.615,81	3.638.796,48	25.673.412,29	6.610.384,74	1.091.638,94	7.702.023,69
PI	8.389.209,25	1.312.392,96	9.701.602,21	2.516.762,77	393.717,89	2.910.480,66
RJ	39.854.767,91	6.627.531,84	46.482.299,75	11.956.430,37	1.988.259,55	13.944.689,92
RN	7.753.710,14	1.274.160,48	9.027.870,62	2.326.113,04	382.248,14	2.708.361,19
SE	4.977.806,68	822.137,28	5.799.943,96	1.493.342,00	246.641,18	1.739.983,19

SC	9.291.737,00	2.447.255,04	11.738.992,04	3.716.694,80	978.902,02	4.695.596,82
SP	64.768.703,81	17.192.035,20	81.960.739,01	25.907.481,52	6.876.814,08	32.784.295,60

(1) Os valores referentes a esta coluna somente serão devidos quando da certificação de município.

© copyright 1999-2002, Fundação Nacional de Saúde
É permitida a reprodução parcial do conteúdo deste site, desde que citada a fonte.

ANEXO 8

NOAS

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
NOAS-SUS 01/2001

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica –SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996;

Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e

Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite–CIT - e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS Nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO PT GM/MS Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001
NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS
NOAS-SUS 01/2001

INTRODUÇÃO

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, em especial das NOB-SUS 93 e 96 -, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um importante processo de ampliação do

acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde.

Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB-SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES.

A experiência acumulada, à medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde / SUS. Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB 96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde – MS, o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo.

Agregava-se a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

Neste sentido, esta NOAS-SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO I – REGIONALIZAÇÃO

1 - Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1 - O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

1.1 – DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2 - Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

2.1 - Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

3 - No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

A - O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento / dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

B – O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

4 - Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no Plano Diretor de Regionalização:

A – Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um

estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

B - Módulo assistencial – módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 7 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

C - Município-sede do módulo assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D - Município-pólo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

E - Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).

5 - Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

A - a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;

B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;

D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

5.1 – A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS publicará, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Norma, a regulamentação específica sobre o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à organização da assistência.

L2 – DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

6 - Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada –GPABA.

6.1 - Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da

hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no ANEXO 1 desta Norma.

6.2 - As ações de que trata o ANEXO 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

6.3 - O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica – PAB, acrescidos dos procedimentos relacionados no ANEXO 2 desta Norma.

6.4 - Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, será instituído o PAB-Ampliado, e seu valor definido, no prazo de 60 (sessenta) dias, em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva/SE e da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não terão acréscimo no valor per capita.

6.5 - Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB-Ampliado, após avaliação das Secretarias de Estado da Saúde, aprovação da CIB, e homologação da CIT, em relação aos seguintes aspectos:

- a) Plano Municipal de Saúde vinculado à programação físico-financeira;
- b) alimentação regular dos bancos de dados nacionais do SUS;
- c) desempenho dos indicadores de avaliação da atenção básica no ano anterior;
- d) estabelecimento do pacto de melhoria dos indicadores de atenção básica no ano subsequente; e
- e) capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no Subitem 6.1 deste Item.

6.6 - A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a estrutura do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo referido no Subitem 6.5, e deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentá-los à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação.

L 3 – DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7 - Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

7.1 - Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, detalhadas no ANEXO 3 desta Norma.

8 - O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica:

8.1 - o financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor per capita nacional, a ser definido em portaria conjunta da Secretaria Executiva/SE e Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Norma.

8.2 - o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência/TFA de cada Unidade da Federação.

8.3 - ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde deverá adicionar recursos ao Teto Financeiro dos Estados para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.

8.4 - nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do ANEXO 3 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

9 - O repasse dos recursos de que trata o Subitem 8.1 - Item 8 - Capítulo I desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da

referida microrregião na assistência à saúde.

9.1 - Nas Unidades da Federação cujo modelo de regionalização não compreenda microrregiões de saúde, a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde será a menor base territorial de planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, ou seja, a região de saúde, desde que essa atenda a todos os critérios requeridos para o reconhecimento da consistência do Plano Diretor de Regionalização e às mesmas condições exigidas para a qualificação das microrregiões descritas nesta Norma e na regulamentação complementar.

9.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde é a estrutura do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

9.3 - O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assistência à Saúde, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

10 - A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

A - apresentação pelo gestor estadual do Plano Diretor de Regionalização do estado, aprovado na CIB e CES incluindo o desenho de todas as microrregiões;

B - apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C - habilitação do(s) município(s)-sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

D - comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada;

E - apresentação do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre cada município-sede e o estado, em relação ao atendimento da população referenciada por outros municípios a ele adscritos.

11 - Após a qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente aos procedimentos listados no ANEXO 3 desta Norma destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos fundo a fundo ao município sede de cada módulo assistencial, sendo que a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normalizado nos Itens 30 e 31 – Capítulo II desta Norma.

11.1 - Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultrassonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

1.4 - DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

12 - A Atenção de Média Complexidade – MC – compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13 - Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional,

regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

13.1 - O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

13.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde elaborará, em 30 (trinta) dias, instrumentos de subsídio à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção, cuja regulamentação específica será submetida à aprovação da CIT.

14 - O processo de Programação Pactuada e Integrada/PPI, coordenado pelo gestor estadual, cujas diretrizes são apresentadas nos Itens 24 a 27 – Capítulo II desta Norma representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

14.1 - A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

14.2 - A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

14.3 - A programação de internações hospitalares deve compreender: a utilização de critérios objetivos que considerem a estimativa de internações necessárias para a população, a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH, bem como os fluxos de referência entre municípios para internações hospitalares.

14.4 - A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, tratado no Item 30 – Capítulo II desta Norma implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

15 - Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 – Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

15.1 - O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

15.2 - Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I.5- DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

16 - A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que

possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações.

16.1 - A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.

17 - O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

A - a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/ TFA do estado para cada área de alta complexidade;

B - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

C - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

D - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

E - a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;

F - a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;

G - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

H - a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;

I - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

J - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

18 - Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

C - condução do processo de contratação;

D - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

E - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

F - controle, a avaliação e a auditoria de serviços.

18.1 - Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada/GPBA que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade, são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.

19 - Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 01 de junho de 2000.

20 - O financiamento da alta complexidade se dará de duas formas:

A - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;

B - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade e que será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica, a ser estabelecida, no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.

21 - O Ministério da Saúde/MS definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

22 - A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo – alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

22.1 - A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

23 - A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde/SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

CAPÍTULO II – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II.1 - DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

24 - Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

24.1 - As unidades da federação deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada/PPI, cujo conteúdo será apresentado em regulamentação específica.

24.2 - As unidades da federação poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades e de informações detalhadas acerca da PPI, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

24.3 - A Secretaria de Assistência à Saúde, por intermédio do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, deverá apresentar à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias, documento de proposição das diretrizes e princípios orientadores, metodologia e parâmetros referenciais de cobertura e outros instrumentos específicos de apoio à programação da assistência ambulatorial e hospitalar.

25 - Cabe à SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

A - que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Compromissos e Metas Nacionais, sejam discutidos com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

B - a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelas necessidades dos prestadores de serviços;

C - a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de pactuação e alocação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;

D - a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades sobre as diversas unidades assistenciais de forma coerente com as condições de habilitação e qualificação.

26 - A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

26.1 - Define-se limite financeiro da assistência por município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

26.2 - Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

26.3 - Os municípios habilitados ou que vierem se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada, conforme detalhado no Item 30 – Capítulo II e no ANEXO 4 desta Norma.

26.4 - Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas nos Itens 31 e 32 – Capítulo II e no ANEXO 4 desta Norma.

27 - A SES deverá obrigatoriamente encaminhar ao Ministério da Saúde, em prazo a ser estabelecido pela SAS/MS, os seguintes produtos do processo de programação da assistência:

A - Publicação no Diário Oficial do Estado do limite financeiro global da assistência por municípios do estado, independente de sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município e uma parcela correspondente às referências intermunicipais;

B - Definição de periodicidade e métodos de revisão dos limites financeiros municipais aprovados, que pode se dar em função de: incorporação de novos recursos ao limite financeiro estadual, mudanças na capacidade instalada de municípios, remanejamento de referências entre municípios; imposição pelo município-pólo de barreiras ao acesso da população encaminhada por outros municípios, que colidam com as referências intermunicipais negociadas, entre outros motivos.

II. 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

28 - O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

29 - A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

30 - Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, cuja forma é apresentada no ANEXO 4 desta Norma.

30.1 - O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

30.2 - A padronização dos instrumentos que correspondem aos anexos integrantes do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso será disponibilizadas aos gestores pela SAS/SAS, no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação desta Norma.

31 - A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A - periodicamente (período não superior a 12 meses), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

B - trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

C - pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no ANEXO 4 desta Norma), a ser informada à CIB em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

32 - Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES a SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

33 - Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá participar do processo de programação e assumir, quando necessário, o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 - DO PROCESSO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

34 - As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

35 - O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões:

A - avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;

B - relação com os prestadores de serviços;

C - qualidade da assistência e satisfação dos usuários;

D - resultados e impacto sobre a saúde da população.

36 - Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão;

37 - O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

37.1 - O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

37.2 - O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

37.3 - Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

37.4 - Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

37.5 - Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

38 - A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

39 - A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

40 - Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas.

40.1 - A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

41 - A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A - a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B – a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C – a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D – a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II.4 - DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

42 - Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

43 - Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

44 - Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

CAPÍTULO III. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E

ESTADOS

III.1 - CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

45 - A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

III.1.1 - Do processo de habilitação dos municípios:

46 - A partir da publicação desta Norma, e considerando o prazo previsto no seu Item 59 – Capítulo IV, os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA; e

GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

46.1 - Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as normas do Item 48 – Capítulo II desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

46.2 - Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

47 - Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional

e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- c) Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União;
- d) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, caso haja neste nível de atenção;
- e) Cumprimento das responsabilidades definidas no Subitem 6.1 – Item 6 – Capítulo I desta Norma ;
 -) Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Subitem 6.3 – Item 6 – Capítulo I desta Norma;
- g) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- h) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela SES;
- i) Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PABA, localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- j) Operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;
- k) Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- l) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- m) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica;
- n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária / ANVISA;
- o) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;
- p) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.

Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS;
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde do período em curso, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município;
- d) Comprovar a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes, em seu território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes Subitem 6.3 – Item 6 – Capítulo I desta Norma;
- e) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão;
- f) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em

Saúde/SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;

g) Disponer de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;

j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados;

k) Submeter-se à avaliação pela SES em relação à capacidade de oferecer todo o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA e ao estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001 e subsequentes;

l) Formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado - PABA, correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária;

b) Gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas), localizadas no território municipal;

c) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

48 - Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;

c) Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União;

d) Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto no Item 50 – Capítulo III desta Norma;

e) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;

f) Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;

g) Integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares;

h) Cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços

ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS;

- i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;
- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;
- l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB;
- m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.

Requisitos

- a) Comprovar o funcionamento do CMS;
- b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) Demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do Pacto da Atenção Básica, de acordo com normatização da SPS;
- e) Demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no Subitem 6.5 – Item 6 – Capítulo I desta Norma;
- f) Comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no Anexo 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica;
- g) Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria de Estado da Saúde;
- h) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA;
- i) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;
- j) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, avaliação, à auditoria e ao pagamento dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios;
- k) Comprovar, por meio da alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- l) Dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;
- m) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- n) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.
- o) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;

- p) Comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e de mecanismos de controle e avaliação;
- q) Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;
- r) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

- a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos;
- b) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, de acordo com o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;
- c) Gestão do conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 - Do processo de habilitação dos Estados

49 - A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL

GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

50 – São atributos comuns as duas condições de gestão estadual:

Responsabilidades

- a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização conforme previsto no Item 2 – Capítulo I desta Norma;
- b) Coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;
- c) Gestão e gerência de unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;
- d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional;
- e) Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade, viabilizando com os municípios-pólo os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;
- f) Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados;
- g) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;
- h) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;
- i) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;
- j) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das

funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;

k) Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;

l) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;

m) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

n) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;

o) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;

p) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma ;

q) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal;

r) apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CII.

Requisitos

a) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Compromissos, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;
 - programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
 - estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
 - estratégias de reorganização do modelo de atenção;
 - Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos núcleos dos módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais; proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios;
- b) Apresentar a Programação Pactuação Integrada, baseada no Plano de Regionalização, conforme definido no Item 5 – Capítulo I e Seção II.1 Capítulo II desta Norma;
- c) Alimentar com os dados financeiros do Estado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS;
- d) Comprovar o funcionamento da CIB;
- e) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;
- f) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;
- g) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão;
- h) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;
- i) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.
- j) Comprovar, por meio de alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano

anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000;

k) Comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;

) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;

m) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

51 - Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Avançada do Sistema Estadual:

Responsabilidades

a) Contratação, controle, avaliação, auditoria e ordenação do pagamento do conjunto dos serviços sob gestão estadual;

b) Contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;

c) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos

a) Apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração;

b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;

c) Dispor de 30% do valor do limite financeiro programado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico/PAB relativos aos municípios não habilitados;

b) Transferência de recursos referentes às ações de vigilância sanitária;

c) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

52 - Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidades

a) Cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;

b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos

a) Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;

b) Comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares;

c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da

população;

- d) Dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência/TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios;
- e) Comprovar disponibilidade orçamentária e mecanismos de pagamento aos prestadores públicos e privados, bem como de repasse aos fundos municipais de saúde.
- f) Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

Prerrogativas

- a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados;
- b) Transferência regular e automática referente às ações realizadas na área de Vigilância Sanitária;
- c) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;
- d) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua gestão, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima;
- e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

III. 2 - DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 - Da desabilitação dos municípios

53 - Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 - Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

54 - Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada serão desabilitados quando:

- A - descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;
- B - apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais por mais de 04 (quatro) meses consecutivos;
- C - a cobertura vacinal for menor do que 70% do preconizado pelo PNI para as vacinas: BCG, contra a poliomielite, contra o sarampo e DPT;
- D - apresentarem produção de serviços insuficiente, segundo parâmetros definidos pelo MS e aprovados pela CIT, de alguns procedimentos básicos estratégicos;
- E - não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- F - apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

55 - São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, Fundo a Fundo, para os municípios:

- A - Não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- B - Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;
- C - Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2 - Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal:

56 - Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal serão desabilitados quando:

- A - não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal; ou
- B - se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 54 - Capítulo III desta Norma; ou
- C - não cumprirem Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

56.1 - São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

- a) Não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, em período até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador.
- b) Falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados;
- c) Indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III .2.2 - Da desabilitação dos estados

57 - Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados serão desabilitados pela CIT.

57.1 - São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:

- a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
- b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacional do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

58 - Os municípios habilitados segundo a NOB-SUS 01/96 na Gestão Plena da Atenção Básica, após avaliados conforme o descrito no Subitem 6.5 – Item 6 – Capítulo I desta Norma, estarão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

59 - Os municípios terão os seguintes prazos, a partir da publicação desta Norma, para se habilitarem de acordo com o estabelecido pela NOB-SUS 01/96:

- 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma para dar entrada no processo de habilitação junto à Comissão Intergestores Bipartite;
- 60 (sessenta) dias para homologação da habilitação pela Comissão Intergestores Tripartite.

60 - Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena Atenção Básica e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

61 - Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal definidas nesta Norma, sob pena de desabilitação na modalidade.

61.1 – Estes municípios poderão se manter habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Atenção Básica Ampliada, de acordo com a avaliação descrita nos Subitens 6.5 e 6.6 – Item 6 Capítulo I desta Norma.

62 - Os estados, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, terão 60 (sessenta) dias a partir da data de publicação desta Norma, para resolver as pendências, de forma a poder se habilitar de acordo com as regras da NOB-SUS 01/96. 63 - As responsabilidades, fluxos e prazos para melhor operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação serão definidas em portaria da

SAS/MS, dentro de 30 (trinta) dias, a partir da data de publicação desta Norma

64 – Os estados deverão elaborar, 120 (cento e vinte) dias após a publicação da regulamentação dos planos de regionalização e da PPI prevista nesta Norma os respectivos planos diretores de regionalização e PPI.

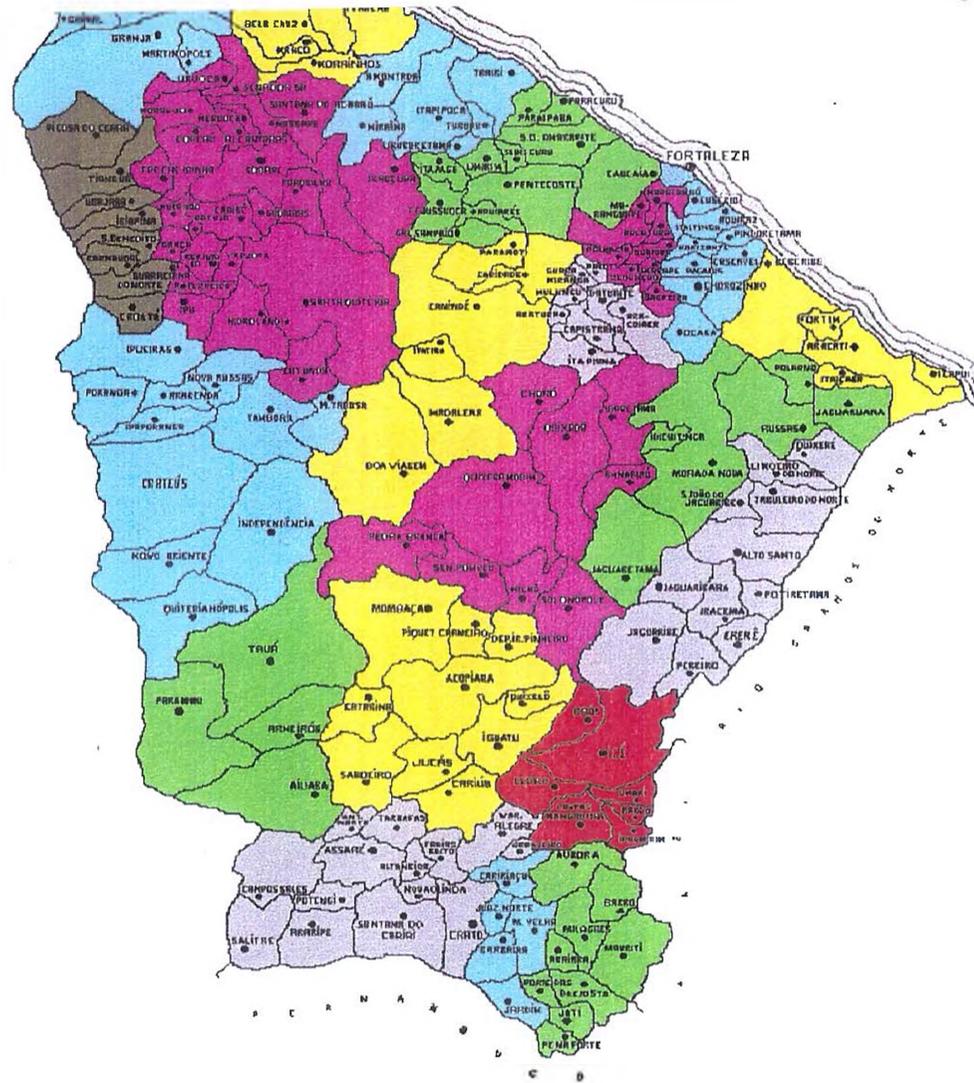
64.1 - Os municípios localizados em estados que não cumprirem o prazo de que trata este item poderão, enquanto persistir esta situação, habilitar-se de acordo com as regras de habilitação previstas na NOB-SUS 01/96.

65 – No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS Nº 2.203, de 05 de novembro de 1996, no que couber.

ANEXO 9

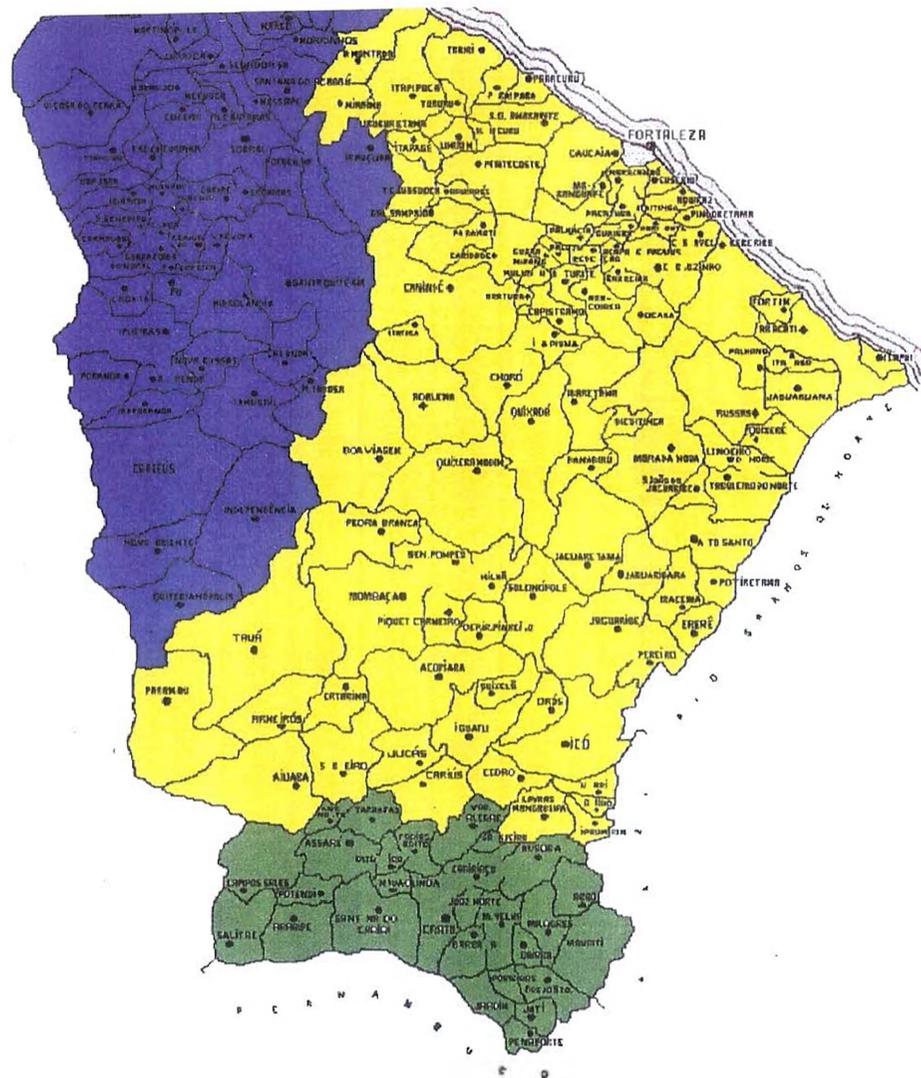
**MAPA DAS MIROS E MACROS REGIONAIS DE SAÚDE DO
ESTADO DO CEARÁ**

- 1 - FORTALEZA
- 2 - CAUCAIA
- 3 - MARACANAÚ
- 4 - BATURITÉ
- 5 - CANINDÉ
- 6 - ITAPIPOCA
- 7 - ARACATI
- 8 - QUIXADÁ
- 9 - RUSSAS
- 10 - LIMOEIRO DO NORTE
- 11 - SOBRAL
- 12 - ACARAÚ
- 13 - TIANGUÁ
- 14 - TAUÁ
- 15 - CRATEÚS
- 16 - CAMOCIM
- 17 - ICÓ
- 18 - IGUATU
- 19 - BREJO SANTO
- 20 - CRATO
- 21 - JUAZEIRO DO NORTE



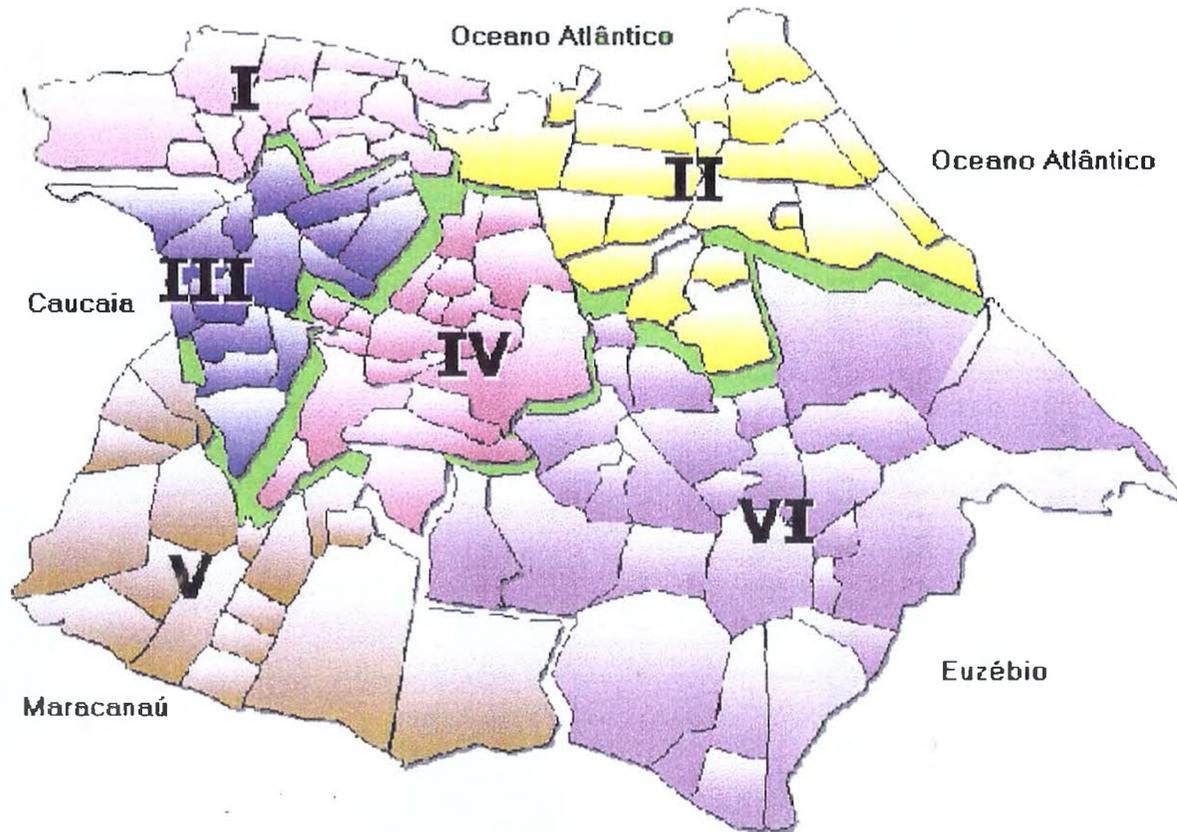
ACRORREGIÕES

- FORTALEZA
- SOBRAL
- CARIRI



ANEXO 10
MAPAS DAS SER DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

MAPA DAS SECRETARIAS REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - SER



ANEXO 11**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS COORDENADORES
DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NOS MUNICÍPIOS
CEARENSES.**

PROJETO UNESCO/FUNASA/MINISTÉRIO DA SAÚDE-VIGISUS-CVI128
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ / ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ
 tura e Processos do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado do Ceará (ESTRUTURA)

cípio: _____ *Microregional:* _____

DOS GERAIS Não preencher 1. Município: 2.1 População: _____ 2.2. Tipo de
 o(NOB/96): _____
 rtficação para Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças 1. () Sim; 2. () Não
 feito reeleito: 1. () Sim; 2. () Não
 olaridade do prefeito:
 1ª a 4ª série
 5ª a 8ª série
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 rior: Qual a formação: _____ (Ano)

Escolaridade do Secretário da Saúde:
 1ª a 4ª série
 5ª a 8ª série
 Secundário incompleto
 Secundário completo
 rior: Qual: _____ (Ano)
 cialização – Qual: _____ (Ano)
 do – Qual: _____ (Ano)

dência fixa no Município: 1. () Sim; 2. () Não
 i secretário em outro município: 1. () Sim; 2. () Não
 Se sim quais: _____

ematize, aproximadamente, o organograma da administração municipal incluindo
 o nível desde o nível central (prefeito) até o órgão ou secretaria a qual está vinculada a
 cia Epidemiológica (incluindo esta)

o

Pop _____
NOB _____
ReeleitoP _____
EscolaP _____
FormP _____
FormanoP _____

EscolaS _____
FormS _____
FormanoS _____
EspeS _____
EspeanoS _____
MestS _____
MestanoS _____

Resfixa _____
JaSESA _____
QuaisJa1 _____
QuaisJa2 _____
QuaisJa3 _____

Org1 _____
Org2 _____
Org3 _____
Org4 _____
Org5 _____
Org6 _____
Org7 _____
Org8 _____
Org9 _____

JORDENADOR(A) DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA Não preencher

Nome: _____

1. () Masculino 2. () Feminino

Idade: _____

1ª a 4ª série

5ª a 8ª série

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Superior: Qual: _____ Ano de conclusão: _____

Especialização – Qual: _____ Ano de conclusão: _____

Mestrado – Qual: _____ Ano de conclusão: _____

Carga horária desenvolvendo atividades da Vigilância Epidemiológica:

_____ h/s semanais

Carga horária em outras atividades profissionais

_____ h/s semanais

Título Empregatício (na atividade de vigilância epidemiológica):

CLT

Concursado

Prestador de Serviço

Outro. Especificar _____

Salário líquido: _____ (em Reais), na atividade de vigilância epidemiológica

Você atua profissionalmente:

Exclusivamente na Vigilância Epidemiológica

Parcialmente na Vigilância Epidemiológica e outras atividades relacionadas à saúde

Parcialmente na Vigilância Epidemiológica e outras atividades não relacionadas à saúde

Outra situação (especificar): _____

Quanto tempo você está atuando no presente cargo/função de Vigilância Epidemiológica:

_____ Anos _____ Meses

Antes de atuar na coordenação da Vigilância Epidemiológica, você teve alguma experiência anterior nas seguintes áreas:

Coordenação:

Coordenação da Vigilância Epidemiológica

Técnico da Vigilância Epidemiológica

Atuei em outra área

Qual: _____

4. () Nunca atuei

Quais tipos de treinamento/cursos você já realizou na área de Vigilância Epidemiológica

Nunca fiz curso ou fui treinado

Treinamento básico de vigilância epidemiológica / Curso básico de vigilância

epidemiológica: Ano: _____ Carga horária: _____ horas (totais)

Quais dos cursos realizados com relação a vigilância epidemiológica:

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Atuação em fase 1. () Sim 2. () Não

Idade _____

Sexo _____

Escolaridade _____

Formação _____

Formação _____

Especialização _____

Especialização _____

Mestrado _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Doutorado _____

Carga horária _____

Carga horária _____

Vínculo _____

Específico _____

Salário _____

Profissional _____

Profissional _____

Tempo de atuação _____

Tempo de atuação _____

Experiência anterior _____

Equal _____

Curso de _____

TBCBA _____

CH/BCB _____

Hansen _____

Tuberculose _____

Sarcoma _____

Aids _____

Sifilite _____

Imunização _____

MDD _____ CHM _____

Out 1 _____

Out 2 _____

Out 3 _____

II. COORDENADOR(A) DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA Não preencher

Idade: _____

Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino

Escolaridade:

1. () 1ª a 4ª série

2. () 5ª a 8ª série

3. () Ensino médio incompleto

4. () Ensino médio completo

5. () Superior: Qual: _____ Ano de conclusão: _____

6. () Especialização – Qual: _____ Ano de conclusão: _____

7. () Mestrado – Qual: _____ Ano de conclusão: _____

4. Carga horária desenvolvendo atividades da Vigilância Epidemiológica: _____ h/s semanais

5. Carga horária em outras atividades profissionais _____ h/s semanais

6. Vínculo Empregatício (na atividade de vigilância epidemiológica):

1. () CLT

2. () Concursado

3. () Prestador de Serviço

4. () Outro. Especificar _____

7. Salário líquido : _____ (em Reais), na atividade de vigilância epidemiológica

7.1. Você atua profissionalmente:

1. () Somente na Vigilância Epidemiológica

2. () Na Vigilância Epidemiológica e outras atividades relacionadas à saúde

3. () Na Vigilância Epidemiológica e outras atividades não relacionadas à saúde

4. () Outra situação (especificar). _____

8. Há quanto tempo você está atuando no presente cargo/função de Vigilância Epidemiológica: _____ Anos _____ Meses

9. Antes de atuar na coordenação da Vigilância Epidemiológica, você teve alguma experiência anterior nas áreas abaixo:

1. () Outra Coordenação da Vigilância Epidemiológica

2. () Técnico da Vigilância Epidemiológica

3. () Atuei em outra área

Qual _____

4. () Nunca atuei

10. Que tipos de treinamento/cursos você já realizou na área de Vigilância Epidemiológica

1. () Nunca fiz curso ou fui treinado

2. () Treinamento básico de vigilância epidemiológica / Curso básico de vigilância epidemiológica: Ano: _____ Carga horária: _____ horas (totais)

Assinale os cursos realizados com relação a vigilância epidemiológica:

Hanseníase 1. () Sim 2. () Não

Tuberculose 1. () Sim 2. () Não

Sarampo 1. () Sim 2. () Não

AIDS 1. () Sim 2. () Não

Sífilis Congênita 1. () Sim 2. () Não

vacinação 1. () Sim 2. () Não

Monitoração das Doenças

Diarréicas Agudas (MDDA) 1. () Sim 2. () Não

Outros (especificar):

1. _____

2. _____

3. _____

Idade _____

Sexo _____

EscolaV' _____

FormV' _____

FormanoV' _____

EspeV' _____

EspeanoV' _____

MestV' _____

MestanoV' _____

CargaHVE _____

CargaHOP _____

Vínculo _____

VEspec _____

Salario _____

Profiss _____

Pespec _____

TempoVEA _____

TempoVEAI _____

ExpeVE _____

Equal _____

CursoVE _____

TBCBA _____

CHTBCB _____

Han _____

Tub _____

Sar _____

Aid _____

Sif _____

Imu _____

MDD _____ CHM _____

Out1 _____

Out2 _____

Out3 _____

II. COORDENADOR(A) DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA Não preencher

Idade: _____

Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino

Escolaridade:

1. () 1ª a 4ª série

2. () 5ª a 8ª série

3. () Ensino médio incompleto

4. () Ensino médio completo

5. () Superior: Qual: _____ Ano de conclusão: _____

6. () Especialização – Qual: _____ Ano de conclusão: _____

7. () Mestrado – Qual: _____ Ano de conclusão: _____

Carga horária desenvolvendo atividades da Vigilância Epidemiológica:

_____ h/s semanais

Carga horária em outras atividades profissionais

_____ h/s semanais

Vínculo Empregatício (na atividade de vigilância epidemiológica):

() CLT

() Concursado

() Prestador de Serviço

() Outro. Especificar _____

Salário líquido: _____ (em Reais), na atividade de vigilância epidemiológica

7.1. Você atua profissionalmente:

() Somente na Vigilância Epidemiológica

() Na Vigilância Epidemiológica e outras atividades relacionadas à saúde

() Na Vigilância Epidemiológica e outras atividades não relacionadas à saúde

() Outra situação (especificar). _____

Há quanto tempo você está atuando no presente cargo/função de Vigilância Epidemiológica:

_____ Anos _____ Meses

Antes de atuar na coordenação da Vigilância Epidemiológica, você teve alguma experiência anterior nas áreas abaixo:

() Outra Coordenação da Vigilância Epidemiológica

() Técnico da Vigilância Epidemiológica

() Atuei em outra área

Qual _____

4. () Nunca atuei

8. Que tipos de treinamento/cursos você já realizou na área de Vigilância Epidemiológica

() Nunca fiz curso ou fui treinado

() Treinamento básico de vigilância epidemiológica / Curso básico de vigilância epidemiológica: Ano: _____ Carga horária: _____ horas (totais)

Assinale os cursos realizados com relação a vigilância epidemiológica:

Hanseníase 1. () Sim 2. () Não

Tuberculose 1. () Sim 2. () Não

Sarampo 1. () Sim 2. () Não

AIDS 1. () Sim 2. () Não

Sífilis Congênita 1. () Sim 2. () Não

Imunização 1. () Sim 2. () Não

Monitoração das Doenças

Diarréias Agudas (MDDA) 1. () Sim 2. () Não

Outros (especificar):

1. _____

2. _____

Idade _____

Sexo _____

Escolaridade _____

FormV _____

FormanoV _____

EspeV _____

EspeanoV _____

MestV _____

MestanoV _____

CargaHVE _____

CargaHOP _____

Vínculo _____

ESpec _____

Salario _____

Profiss _____

Pespec _____

TempoVEA _____

TempoVEM _____

ExperVE _____

Equal _____

CursoVE _____

TBCBA _____

CHTBCB _____

Han _____

Tub _____

Sar _____

Aid _____

Sif _____

Imu _____

MDD CHM _____

Out1 _____

Out2 _____

Out3 _____

☐ Não preencher ☐☐ 11. Quantos técnicos, incluindo você, compõem sua equipe de vigilância epidemiológica:
(Define-se função administrativa aquele profissional que exerce somente atividades de secretaria, digitação e. que não envolve conhecimento das atividades específicas da vigilância epidemiológica e o técnico exige este conhecimento. Se o mesmo conhecer e exercer estas atividades passa a ser considerado cargo/função técnica).

m função administrativa com nível médio: _____
m função administrativa com nível superior: _____
ual a formação de graduação destes profissionais de nível superior:

AdmMed _____
AdmSup _____
AdmO _____

TecMed _____
TecSup _____
TecO _____

n função técnica com nível médio: _____
n função técnica com nível superior: _____
ual a formação de graduação destes profissionais de nível superior:

gatrab _____
gatrabo _____

Restrab _____
Qeram _____
Qmudou _____

eadrab _____
Qaderam _____
Qadmudou _____

12. Na gestão anterior, você trabalhava na Vig. Epidemiológica(VE) deste município?
1. () Sim; 2. () Não.
Se não, trabalhava na VE de outro município? 1. () Sim; 2. () Não
13. Quanto ao restante da equipe técnica, permaneceu a mesma da gestão anterior?
1. () Sim; 2. () Não
Se não, quantos eram _____; Quantos mudaram? _____
14. Quanto à equipe administrativa(digitador, secretaria, etc) permaneceu a mesma da gestão anterior?
1. () Sim; 2. () Não
Se não, quantos eram _____; Quantos mudaram? _____

- INFRAESTRUTURA DA VIGILÂNCIA

15. Quanto à estrutura da sede da Vigilância Epidemiológica do seu município, responda:
16. Existe um local exclusivo para vigilância epidemiológica. 1. () Sim; 2. () Não:

Números de salas: _____ sala (s)

17. Possui Sala de Situação? 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

Se sim, funciona no mesmo local? 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

18. Máquinas de escrever? 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei. Se sim, Quantas: _____

19. Fax? 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

20. Acesso à linha telefônica? 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

21. Acesso à Internet? 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

22. Computador? 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

Se sim: Quantos: _____

23. É de uso exclusivo da Vigilância Epidemiológica?

1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

24. Localiza-se na sala onde funciona a Vigilância Epidemiológica?

1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

25. Quem tem acesso ao computador?

Digitador: 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

Técnico da Vigilância: 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

Coordenação da Vigilância: 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

Outros: 1. () Sim; 2. () Não; 3. () Não sei

Quem? Especificar: _____

Nao preencher

LocalVE _____

Nsalas _____

SalaSit _____

Mesmoloc _____

MEsc _____

Mq _____

Fax _____

Tele _____

Internet _____

Comp _____

QuanComp _____

ExcVE _____

SalaVE _____

Digit _____

TecVE _____

CoordVE _____

Outroac _____

Qesp _____

Programas / sistemas de microcomputador: instalados no microcomputador

Access: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 Word: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 Excel: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SINAN: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SINASC: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SIM: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SIH: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SIAB: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SIA: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SIPNI: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SICCN: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 SISVAN: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 EPI INFO: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 TAB WIN: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 FOX: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei
 Outros: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei

Especificar: _____

9. Programas não Informatizados

MDDA: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei

Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei

CAT (Comunicação de Acidentes de Trabalho): 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei

Outros: 1. () Sim; 2 () Não; 3. () Não sei

Especificar: _____

Quanto aos formulários utilizados pelo sistema de vigilância epidemiológica preencha de acordo com a quantidade existente em seu local de trabalho

1. Suficiente 2. Insuficiente 3. Regular

() Ficha de notificação

() Ficha de investigação

() Declaração de óbito

() Declaração de nascidos vivos

() Formulário de busca ativa

() Formulário de MDDA

() Ficha de notificação negativa

11. Se for necessário realizar um deslocamento, a vigilância epidemiológica tem acesso a um transporte em tempo hábil? 1. () Sempre 2. () Quase sempre.

3. () Raramente 4. () Nunca

12) Enumere de 1 a 10 as principais deficiências consideradas por você que dificultam o serviço da vigilância no Município (1=Muito deficiente; 10=Sem deficiência)

Falta de recursos humanos ()

Rotatividade de profissionais ()

Falta de material ()

Falta de apoio do nível estadual ()

Falta de apoio da microregional ()

Falta de recursos na área de vigilância ()

Falta de continuidade do serviço ()

Falta de planejamento ()

Outro. Especificar () _____

Access _____

Word _____

Excel _____

Sinan _____

Sinasc _____

Sim _____

SIH _____

Siab _____

Sai _____

Sipni _____

Siccn _____

Sisvan _____

Epiinfo _____

Tabwin _____

Fox _____

OutroPg _____

PqEsp _____

MDDA _____

EMM _____

CAT _____

Outroni _____

OutroNI _____

FichaNot _____

FichaInve _____

DO _____

DN _____

FormBA _____

FormMDDA _____

FichaNN _____

Transp _____

Defa _____

Defb _____

Defc _____

Defd _____

Defe _____

Deff _____

Defg _____

Defh _____

Defi _____

DefiOut _____

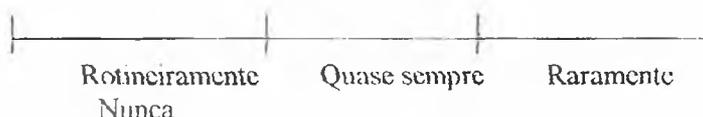
PROJETO UNESCO/FUNASA/MINISTERIO DA SAUDE-VIGISUS-CV1128
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ / ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO
CEARÁ

Estrutura e Processos do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado do
Ceará(PROCESSO)

Município: _____ **Microregional:** _____

I – ATIVIDADES E OPERACIONALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Escala de referência:



a) Com referência as atividades de vigilância epidemiológica (VI) desenvolvidas no município para as doenças e agravos de notificação compulsória, responda as seguintes questões:

1. Realiza atividades específicas de controle e prevenção	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv1 ___
2. Faz uso de indicadores para identificar áreas de risco	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv2 ___
3. Faz busca ativa de casos	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv3 ___
4. Investiga surtos	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv4 ___
5. Em caso de surto, recorre inicialmente à microrregional	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv5 ___
6. Em caso de um surto recorre ao nível estadual	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv6 ___
7. Faz diagrama de controle para as doenças que ocorrem sob forma de epidemia	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv7 ___
8. Registra graficamente as doenças/agravos de notificação:	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	
8.1. De acordo com o período de ocorrência	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv81 ___
8.2. De acordo com a faixa etária/sexo	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv82 ___
8.3. De acordo com o local de ocorrência	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv83 ___
9. Calcula a incidência periódica destas doenças/agravos	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	Atv9 ___
10. Elabora boletins	1 () Rotineiramente	2 () Quase sempre	Atv10

epidemiológicos/relatórios de doenças	3 () Raramente 4 () Nunca	
10.1. Se sim, distribui entre os profissionais/serviços de saúde locais	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv101_
11. Realiza algum tipo de estudo ou pesquisa?	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv11_
12. Com que frequência participa na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços no âmbito municipal	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv12_
13. Participa do estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimentos no campo da VE	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv13_
14. Colabora na execução de ações relativas a situações epidemiológicas de interesse estadual e federal	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv14_
15. Solicita apoio do nível estadual do sistema de VE nos casos de impedimento técnico ou administrativo	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv15_
16. Padroniza junto às instâncias pertinentes da administração municipal, os instrumentos de coleta e análise dos dados, fluxos, variáveis e indicadores necessários ao sistema no âmbito municipal.	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv16_
17. Identifica novos agravos prioritários para a vigilância epidemiológica, em articulação com outros níveis do sistema	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv17_
18. Fornece apoio técnico científico para os níveis distritais e locais	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv18_
19. Promove educação continuada dos recursos humanos	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv19_
20. Promove intercâmbio técnico científico com instituições de ensino, pesquisa e assessoria	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv20_
21. Utiliza os bancos de dados do SINAN para realizar análises epidemiológicas sobre o Município	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv21_
22. Utiliza os bancos de dados do SIM para realizar análises epidemiológicas sobre o Município	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv22_
23. Utiliza os bancos de dados do SINASC para realizar análises epidemiológicas sobre o Município	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv23_
24. Utiliza os bancos de dados do SIH	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre	Atv24_

para realizar análises epidemiológicas sobre o Município	3 () Raramente 4 () Nunca	
25. Utiliza os bancos de dados do SIAB para realizar análises epidemiológicas sobre o Município	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv25__
26. Utiliza os bancos de dados do SIA para realizar análises epidemiológicas sobre o Município	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	Atv26__

b) Com referência aos indicadores de saúde ambiental do município, responda:

1. Utiliza indicadores referentes à água de consumo	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	SA1__
2. Utiliza indicadores referentes ao risco de transmissão de doenças transmitidas por vetores	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	SA2__
3. Utiliza indicadores referentes aos contaminantes ambientais	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	SA3__
4. Utiliza indicadores referentes à qualidade do ar	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	SA4__
5. Utiliza indicadores referentes a contaminação do solo	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	SA5__
6. Utiliza indicadores referentes aos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	SA6__
7. Outros indicadores utilizados (referir)		SA7__

c) Com referência à articulação da Vigilância Epidemiológica com outros setores .

1. Realiza articulações com o setor de vigilância sanitária da Secretaria Estadual de Saúde	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	MV1__
2. Realiza articulação com as instituições responsáveis pelo monitoramento do meio ambiente	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	MV2__
3. Participa de reuniões de planejamento municipal para elaboração da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD)	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	MV3__
4. Fornece dados para a elaboração da PPI-ECD	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	MV4__
5. Acompanha e avalia as metas definidas na PPI-ECD	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	MV5__
6. Recebe informações sobre a pactuação acordada na Comissão Intergestores Bipartite do Estado	1 () Rotineiramente 2 () Quase sempre 3 () Raramente 4 () Nunca	MV6__

d) Com relação a avaliação das atribuições do nível estadual(central ou microrregional) em relação à vigilância epidemiológica

1. Qual a regularidade com que a Secretaria de Saúde envia boletins, informes, planilhas e/ou relatórios	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	MR1 _____
2. O Município recebe assessoramento e orientação técnica da Secretaria da Saúde	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	MR2 _____
3. Existe participação ou apoio da Secretaria da Saúde na programação ou pactuação de planos	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	MR3 _____
4. A Secretaria da Saúde faz supervisão, acompanhamento e avaliação dos programas executados em nível municipal	1 () Rotineiramente 3 () Raramente	2 () Quase sempre 4 () Nunca	MR4 _____

e) Com relação às doenças transmitidas por vetores/zoonose, o Município executa sob o seu comando as atividades de vigilância e controle (NÃO considerar educação em saúde):

	(Marque com "X")	Não preencha
1. Do Aedes Aegypti	1 () Sim 2 () Não	VD
2. Da Leishmaniose	1 () Sim 2 () Não	VL
Se sim, realiza: 1. () Exame de cães 2. () Aplicação de inseticidas 3. Outros _____		VL1 VL2 VL3
3. Da Esquistossomose	1 () Sim 2 () Não	VE
3.1. Se sim, realiza: 1. () Coproscopia 2. () Tratamento de portadores 3. Outros _____		VE1 VE2 VE3
4. Da Doença de Chagas	1 () Sim 2 () Não	VC
4.1. Se sim, realiza: 1. () Pesquisa domiciliar de barbeiros 2. () Borrifação domiciliar com inseticidas 3. Outros _____		VC1 VC2 VC3
5. Da Raiva canina	1 () Sim 2 () Não	VR
5.1. Se sim, realiza: 1. () Captura de cães 2. () Vacinação de cães 3. Outros _____		VR1 VR2 VR3
6. Da Peste	1 () Sim 2 () Não	VP
6.1. Se sim, realiza: 1. () Captura de roedores 2. Outros _____		VP1 VP2
7. Da Malária	1 () Sim 2 () Não	VM
7.1. Se sim, realiza: 1. () Coleta de lâminas (gota espessa) 2. Outros _____		VM1 VM2

Vigilância Epidemiológica no processo de municipalização do Sistema de Saúde no Estado do Ceará.

Epidemiological Surveillance in the Process of Municipalization of the Health System in Ceará State.

Maria de Lourdes Pereira Rodrigues¹, Lígia Regina Sangiolo Kerr Pontes² e Ricardo José Soares Pontes²,
¹ Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Av. Antônio Justa, 3161, Meireles, Ce 60185-090, Brasil. lourdes@esp.ce.gov.br

² Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Ceará, Rua Prof. Costa Mendes 1608 Ce 60431970, Brasil. msp@ufc.br

RESUMO

Neste artigo, foi avaliado o Sistema de Vigilância Epidemiológica do Ceará, após o processo de descentralização do SUS. O presente trabalho constituiu-se em um estudo transversal realizado com coordenadores da Vigilância Epidemiológica dos municípios do Estado do Ceará, de janeiro a dezembro de 2002. Foram incluídos na pesquisa, todos os 184 municípios do estado do Ceará, entretanto a amostra constou de 149 municípios, em virtude de 8 não possuírem coordenadores da Vigilância Epidemiológica e 25 não terem respondido o questionário e o município de Fortaleza ter sido excluído. Ao avaliar o perfil dos coordenadores, esses, eram na maioria mulheres (87,91%), com idade entre 26 e 40 anos (69,79%), em torno de 82,43% dos profissionais atuavam na Vigilância Epidemiológica e em outras atividades relacionadas à saúde, principalmente no PSF; recebiam em média R\$ 1.312,00 (em torno de US\$ 437,00) e não possuíam vínculo empregatício. Em geral a equipe era muito pequena a maioria possuía um profissional de nível médio (49,66%) e um de profissional de nível superior (73,15%). Analisando a infra-estrutura, observou-se que somente 59,06% dos municípios tinham locais exclusivos para o desenvolvimento das atividades de vigilância, 104 tinham computadores, com 98 deles tendo acesso à linha telefônica, mas somente 69,79% tinham condições de acessar a Internet. Apenas 32,21% responderam contar com disponibilidade de transporte. Somente 19 dos municípios investigados tiveram condições consideradas adequadas em relação às ações de VE. Somente o tipo de gestão ($P=0,018$) e ter na equipe de vigilância pelo menos um profissional de nível médio e um profissional de nível superior ($P=0,029$) estavam associados a um desempenho adequado da VE. Portanto conclui-se, que enquanto não houver fortalecimento da VE, o país continua vulnerável a ser surpreendido por surtos e epidemias de doenças emergentes e reemergentes.

Palavras-Chaves Vigilância Epidemiológica; Descentralização; Saúde – organização e administração; Medidas em Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A Vigilância Epidemiológica (VE) pode ser conceituada como o acompanhamento sistemático de doenças e outros agravos da saúde bem como, seus fatores de risco, objetivando fixar bases técnicas para o estabelecimento e o aprimoramento das ações de controle (BRASIL, 2002). É desenvolvida através de um processo sistemático de coleta, análise, interpretação e disseminação das informações sobre um conjunto de enfermidades consideradas prioritárias – são as enfermidade de notificação compulsória, especialmente aquelas de origem infecciosa.

Seu propósito é “fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução das ações de controle de doenças e agravos, bem como de seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada. Subsidiariamente, constitui-se importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normatização de atividades técnicas correlatas” (BRASIL, 2002).

Inicialmente a vigilância ficava restrita ao acompanhamento de pessoas, através de medidas de isolamento ou quarentena, aplicadas individualmente (WALDMAN, 1998). Posteriormente, quando tiveram início as campanhas de erradicação de doenças como malária e a varíola, a Vigilância Epidemiológica começou a atuar buscando casos da doença alvo, com o propósito de desencadear medidas para impedir a transmissão (BRASIL, 2002).

Quando foi implantada no Ceará, a vigilância deu seus primeiros passos com o controle das constantes epidemias que assolaram o estado no final do século XIX e começo do século XX, com o intuito de responder as exigências de expansão da produção capitalista. Contrapondo ao modelo autoritário adotado por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro e no resto do país, Rodolfo Teófilo, financia uma campanha contra

variola, utilizando a persuasão, imunização e participação popular (BARBOSA, 1994). A partir de 1975 após a edição da Lei 6.259, a Vigilância Epidemiológica foi implantada, no estado, com a finalidade de combater as Doenças Transmissíveis (BARBOSA, 2001).

A promulgação da lei 8.080, em 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS, teve importante desdobramento na área de Vigilância Epidemiológica. O texto legal manteve o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE, oficializando o conceito de Vigilância Epidemiológica como um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 2002).

Após a Reforma Sanitária ocorrida no Brasil, o estado do Ceará iniciou o processo de descentralização das ações de saúde, dentre elas a Vigilância Epidemiológica. A Portaria 1.399, definiu a sistemática de financiamento na área de Epidemiologia e Controle das Doenças, passando à modalidade fundo a fundo, tendo os recursos direcionados para o nível local do sistema de saúde. Poucos estudos têm avaliado as atividades de VE no Brasil, no Estado do Ceará não foram realizados estudos mais abrangentes que avaliassem também a descentralização, além da avaliação global da conformação atual do sistema de Vigilância Epidemiológica estadual após este processo de descentralização. Decidiu-se, portanto, realizar-se uma avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado do Ceará, frente ao modelo de descentralização do Sistema Único de Saúde do Brasil, no ano de 2002, para se conhecer como estão desenvolvendo estas atividades.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

O presente trabalho constituiu-se em um estudo transversal realizado com coordenadores da Vigilância Epidemiológica dos municípios do Estado do Ceará, de janeiro a dezembro de 2002.

População

Para avaliar o sistema de VE do Estado do Ceará, foram incluídos na pesquisa, todos os 184 municípios do estado. Entretanto foram avaliados 149 municípios, uma vez que oito não possuíam coordenadores da Vigilância Epidemiológica e 25 não responderam o questionário.

Pelo fato de o município de Fortaleza ser organizado administrativamente em seis Regionais (Anexo 11), existe um coordenador geral da Vigilância Epidemiológica no nível central e um coordenador para cada regional, não foi incluído na pesquisa.

Técnicas de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados (Anexo 12) constituiu-se de um questionário com 76 questões fechadas e 10 questões abertas, aplicadas aos coordenadores da Vigilância Epidemiológica em nível municipal. Além das variáveis investigadas como: tipo de gestão e certificação para ECD, escolaridade do prefeito, secretário da saúde e coordenadores da Vigilância Epidemiológica, identificou-se o processo de trabalho, sua organização, recursos e infra-estrutura, qualificação profissional de seus técnicos, suas relações com os demais níveis do sistema, a interação com as outras instituições, operacionalização com referência às atividades desenvolvidas nos municípios para as doenças e agravos de notificação compulsória, os indicadores de saúde ambiental e as

atribuições do nível estadual e/ou microrregional com relação às doenças transmitidas por vetores/zoonoses.

No contato com os entrevistados foram explicados os objetivos da pesquisa e feitas as orientações gerais quanto ao preenchimento do questionário. O encontro se deu em reuniões nas Microrregionais de Saúde, e os que não compareceram, foram entrevistados nos municípios em que os mesmos desenvolviam as atividades de Vigilância Epidemiológica. Dessa forma a pesquisadora teve contato direto com os coordenadores e a oportunidade conhecer de fato como funcionavam as ações de vigilância nos municípios.

Análise

Depois de coletados, os dados referentes às questões fechadas foram digitados no software Epi-Info versão 6,04a, a partir do qual foram elaboradas as tabelas de frequências das diferentes variáveis estudadas. A tabulação foi realizada com o software Stata 7.0.

Definiu-se a variável equipe de Vigilância Epidemiológica de três formas, quais sejam: 1) equipes compostas por pelo menos um profissional de nível superior, sem profissional de nível médio; 2) equipes compostas por pelo menos um profissional de nível médio, sem profissional de nível superior; 3) equipes compostas por pelo menos um profissional de nível superior e pelo menos um profissional de nível médio.

Alguns critérios foram selecionados para a elaboração de novas variáveis para avaliar as condições dos municípios frente ao desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica. Agrupou-se alguns destes critérios e gerando-se duas variáveis que receberam a denominação de “Infra-estrutura de Vigilância Epidemiológica” e “Performance na Vigilância Epidemiológica”. A primeira variável

foi definida como adequada para os municípios que possuem:

seguintes itens relacionados à infra-estrutura: local exclusivo para VE, equipado com computador, acesso a telefone, fax, internet e carro disponível. Aqueles que não atendiam a estes critérios foram considerados inadequados. A segunda variável, ou seja, performance de vigilância epidemiológica, foi considerada adequada para aqueles municípios que desenvolvessem, no mínimo, todas as seguintes atividades para as doenças e agravos de notificação compulsória: atividades específicas de controle e prevenção; utilização dos indicadores para identificar área de risco; investigação de surtos; registro gráfico das doenças de notificação; realização de cálculo de incidência periódica das doenças e agravos; elaboração de boletins de relatório de doenças; identificação de novos agravos prioritários para a vigilância em articulação com outros níveis do sistema. A performance dos municípios que não realizavam pelo menos uma destas atividades foi considerada inadequada.

Foi realizada análise bivariada entre estas duas variáveis criadas e outras variáveis relacionadas às atividades de vigilância epidemiológica, tais como: Infra-estrutura da Vigilância Epidemiológica, nível de escolaridade do secretário da saúde, Vigilância Epidemiológica com disponibilidade de transporte, nível de escolaridade do coordenador da Vigilância Epidemiológica, Coordenador da Vigilância Epidemiológica com dedicação exclusiva à vigilância, Coordenador da Vigilância Epidemiológica com experiência anterior em vigilância, Coordenador da Vigilância Epidemiológica com vínculo empregatício e cursos realizados pelo coordenador da Vigilância Epidemiológica.

Para comparação de média utilizou-se o teste t de Student para métodos paramétricos e Wilcoxon para métodos não paramétricos. Para comparar proporções utilizou-se o teste de Pearson ou teste exato de Fisher, quando necessário.

RESULTADOS

Foram estudados 149 municípios (81%), de um total de 184 existentes no estado do Ceará.

O Quadro 1 mostra as características sócio-econômica-demográfica e de situação de trabalho dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica.

Constatou-se que a quase totalidade dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica (95,97%) tinha nível superior e que destes, a maioria (79,86%) tinha formação em enfermagem, eram mulheres (87,91%), entre 26 e 40 anos de idade (69,79%). A formação em enfermagem reforça a percepção de que os enfermeiros vêm se constituindo em importantes recursos humanos para a estruturação do SUS em geral, e da Vigilância Epidemiológica em particular.

Em torno de 82,43% dos profissionais atuavam não só na Vigilância Epidemiológica como também em outras atividades relacionadas à saúde, principalmente no PSF. Em termos absolutos somente 22 pessoas, de 149, trabalhavam exclusivamente na vigilância. Quando comparou-se dedicação exclusiva e formação superior, não existiu relação entre essas duas variáveis, portanto, não foi estatisticamente significante ($P=0.598$). Esses profissionais recebiam em média R\$ 1.312,00 (equivalente a U\$ 437,00). Um aspecto que merece ser destacado, é que os profissionais não sabiam informar quanto recebiam por coordenar a Vigilância Epidemiológica nos municípios, visto que os mesmos acumulavam várias funções. Quando comparamos renda com a população, observamos que nos municípios com população até 50.000 habitantes pagam em torno de R\$ 1.000,00 a 1.500,00 (\$ 333,00 a U\$ 500,00) enquanto que os municípios maiores, acima de 50.000 habitantes os coordenadores têm média salarial entre R\$ 1.501,00 a 2.000,00 (U\$ 500,00 a U\$ 666,00).

A grande maioria dos profissionais, ou seja, 79,86%, eram composta por prestadores de serviço, trabalhando, portanto, sem vínculo empregatício.

Quanto aos dados referentes à experiência técnica do coordenador da Vigilância Epidemiológica, tomando como base às atividades desenvolvidas pelos profissionais antes de assumir a função de coordenador da Vigilância Epidemiológica nos municípios, observa-se que um importante percentual desses profissionais, cerca de 65,10%, atuava em outra área que não a Vigilância Epidemiológica antes de se tornarem coordenadores da mesma. Ao investigar se os mesmos já desempenhavam essa função na gestão anterior, os dados mostram que 71,14% dos coordenadores não trabalhavam em Vigilância Epidemiológica no município na gestão anterior.

Procurou-se analisar a capacitação profissional dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica e, averiguando os treinamentos mínimos a que foram oferecidos pela Secretaria da Saúde/Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, observou-se que 69,79% dos coordenadores participaram do Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE), com carga horária mínima de 40 horas semanais. No que diz respeito à formação de desenvolvimento de recursos humanos em nível de especialização, o referido Quadro exhibe a distribuição dos entrevistados. Observou-se que somente pouco mais da metade dos entrevistados (55,7%), tinham especialização. Destes, 69,69% eram especialistas em Saúde Coletiva, sendo que apenas 6,06% tinham especialidade em Vigilância Epidemiológica. No entanto 63,63% eram especialistas em áreas afins (PSF, Sistemas Locais de Saúde e Saúde Pública), que abordam vigilância no currículo.

Quadro 1- Perfil do coordenador da Vigilância Epidemiológica no Estado do Ceará, 2002.**Perfil do Coordenador da Vigilância Epidemiológica no Estado do Ceará - 2002**

- Tem nível superior – 95.97%
- Enfermeira – 83,2%
- Sexo Feminino – 87.91%
- Idade entre 26 e 40 anos – 69.79%
- Recebe salário líquido em torno de R\$ 1.312,00 (US\$ 437,00) para desenvolver as atividades de Vigilância Epidemiológica e outras funções no município.
- Não possui vínculo empregatício – 79.86%
- Não tem dedicação exclusiva à coordenação da Vigilância Epidemiológica-82.5%
- Não tinha experiência anterior em Vigilância Epidemiológica – 83.23%
- Não trabalhava no município na gestão anterior – 71.14%
- Tem especialização em Saúde Coletiva (SILOS, PSF, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária) – 69.69%
- Tem o Curso Básico em Vigilância Epidemiológica – 69.79%

A Tabela 1 mostra a composição da equipe de vigilância classificando-os quanto função e escolaridade. A composição da equipe municipal de Vigilância Epidemiológica em geral é muito pequena, constituída de apenas um profissional em média. A Tabela 1 mostra que a composição da equipe municipal de Vigilância Epidemiológica é muito pequena (apenas um profissional, em média), principalmente se levarmos em consideração que o coordenador não tem dedicação exclusiva, atuando também em outras atividades do município.

Tabela 1. Número de profissionais por equipe da Vigilância Epidemiológica no estado do Ceará, segundo função e nível de escolaridade em 2002.

<i>Descrição n=149</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Função Administrativa		
Com nível médio		
• Não tem profissional	27	18.12
• Possui um profissional	74	49.66
• Possui dois ou mais profissionais	48	32.21
Com nível superior		
• Não tem profissional	108	72.48
• Possui um profissional	37	24.83
• Possui dois ou mais profissionais	04	2.68
Função técnica		
Com nível médio		
• Não tem profissional	63	42.28
• Possui um profissional	63	42.28
• Possui dois ou mais profissionais	23	15.44
Com nível superior		
• Não tem profissional	20	13.42
• Possui um profissional	109	73.15
• Possui dois ou mais profissionais	20	13.42

A Tabela 2 apresenta os recursos materiais existentes nos municípios para execução das atividades de Vigilância Epidemiológica. Analisando a infra-estrutura disponível, observou-se que somente 59,06% dos municípios tinham locais exclusivos para o desenvolvimento destas atividades. Também é relativamente baixo o percentual de

municípios que contam com sala de situação, visto que apenas 53,69% tinham esta ferramenta para divulgação das informações.

Com relação aos equipamentos necessários para execução das atividades na área de Vigilância Epidemiológica existentes nos municípios, constatou-se que uma proporção significativamente grande (96,64%) tinham computadores, seguido de 93,95% com acesso à linha telefônica e, no entanto, somente 69,79% tinham condições de acessar a internet. Quando interrogou-se quanto à disponibilidade de transporte em tempo hábil, caso seja necessário fazer um deslocamento, apenas 32,21% dos entrevistados responderam contar com esse recurso sempre que precisasse. Foram criadas duas variáveis denominadas de infra-estrutura adequada e performance adequada da vigilância nos municípios (vide metodologia). Apesar de 102 municípios (68,4%) possuírem infra-estrutura adequada, observou-se que, destes, somente 11 (10,78%) apresentaram performance adequada para desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica.

Com relação à existência dos formulários necessários para desenvolver as atividades de Vigilância Epidemiológica nos municípios, na referida Tabela estão relacionados os principais documentos utilizados pelos profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica. Embora a maioria dos coordenadores consideraram dispor de quantidade suficiente de formulários utilizados para desenvolverem atividades de VE, existia um número razoável de municípios (aproximadamente 30%) que dispõem destes formulários de forma apenas regular ou insuficiente.

Tabela 2. Infra-estrutura e equipamentos da sede da Vigilância Epidemiológica dos municípios no Ceará, 2002.

<i>Descrição</i>	<i>NºTotal n= 149</i>	<i>%</i>
Local exclusivo para a V.E.	88	59.06
Sala de situação	80	53.69
Máquinas de escrever	56	37.58
FAX	112	75.16
Acesso à linha telefônica	140	93.95
Computador	144	96.64
Acesso à internet	104	69.79
Disponibilidade de transporte	48	32.21
Formulários disponíveis		
• Insuficiente	16	10.7
• Regular	32	21.47
• Suficiente	101	67.78

(*) 8 municípios não constam nesta tabela porque não tinham coordenador da V.E.

A Tabela 3 mostra os itens que os entrevistados assinalaram de acordo com seus pontos de vista, como sendo os mais deficientes no seu município, tomando como base as condições mínimas necessárias para o desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica em nível municipal. Observou-se que em geral os coordenadores não reconheceram muitas dificuldades para cumprirem as ações da Vigilância Epidemiológica nos municípios, pois somente um pouco mais da metade dos entrevistados (55,03%), apontaram a falta de recursos humanos como sendo dos principais entraves para o desenvolvimento das atividades de Vigilância Epidemiológica e seguido da falta de recursos na área de vigilância (44,96%), em menor escala apareceu a falta de planejamento (42,28%),

seguido da falta de continuidade dos serviços (41,61%), enquanto a rotatividade de profissionais foi reconhecida como problema por apenas 38,25% dos pesquisados. Uma parcela bem menor (29,53%), elegeu a falta de recursos materiais como sendo uma deficiência para o desenvolvimento das atividades de vigilância nos municípios. No tocante ao apoio recebido por parte do nível estadual e das microrregionais, a grande maioria está satisfeita, visto que somente 25,50% e 10,06% respectivamente perceberam como deficiente.

Tabela 3. Principais deficiências na Vigilância Epidemiológica municipal no Ceará, segundo o coordenador em 2002.

<i>Deficiência n=149</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Falta de recursos humanos	82	55,03
Falta de recursos na área da vigilância	67	44,96
Falta de planejamento	63	42,28
Falta de continuidade do serviço	62	41,61
Rotatividade dos profissionais	57	38,25
Falta de recurso material	44	29,53
Falta de apoio do nível estadual	38	25,50
Falta de apoio da microrregional de saúde	15	10,06

Nessa seção serão apresentadas as atividades de Vigilância Epidemiológica executadas nos municípios sob a responsabilidade dos coordenadores da VE.

Foi criada uma escala de referência variando de “rotineiramente” e “quase sempre”, ou seu complemento, “raramente” e “nunca”, como indicadores de boa e má performance na execução de atividades, respectivamente.

A Tabela 4 exibe os indicadores relativos ao desenvolvimento de atividades próprias da Vigilância Epidemiológica nos municípios pesquisados. Observou-se que boa parte dos coordenadores (87,24%) afirmaram desenvolver atividades específicas para controle e prevenção de doenças. Cerca de 84,55% responderam utilizarem os indicadores epidemiológicos para identificar áreas de risco, seguidos de uma boa representação, pois em torno de 89,25% dos entrevistados responderam fazer busca ativa de casos.

No que se refere à investigação de surtos, 87,57% responderam fazê-la rotineiramente ou quase sempre, enquanto que somente 12,2% responderam que nunca ou raramente realizaram essa atividade. Em contraposição, quando foram perguntados se calculam incidência periódica das doenças e agravos de seus municípios, 51% responderam positivamente, enquanto que boa parcela (49%), mostrou pouca utilização dos indicadores/informações elaborados para o planejamento de ações do município. Houve preocupação dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica nos municípios na identificação de novos agravos prioritários à saúde da população, em articulação com outros níveis do sistema, visto que 70,46% dos entrevistados responderam positivamente a este item.

Reforçando a pouca ênfase em atividades analíticas que fazem parte da etapa de análise e divulgação dos dados, a maior parte (64,42%) relatou que não elabora boletins epidemiológicos/relatórios de doenças. Na mesma direção, a maioria dos participantes (87,61%) não estava envolvida com estudos e pesquisas, nem tão pouco (71,8%) mantinha vínculo com instituições de ensino e pesquisa do Estado para o desenvolvimento de intercâmbio técnico científico. Por outro lado, foi demonstrado bom envolvimento com recursos humanos, pois, boa parcela, cerca de 70,46% respondeu promover atividades de educação continuada.

A Tabela 4 exhibe os indicadores relativos ao desenvolvimento de atividades próprias da Vigilância Epidemiológica nos municípios pesquisados. Observou-se que boa parte dos coordenadores (87,24%) afirmaram desenvolver atividades específicas para controle e prevenção de doenças. Cerca de 84,55% responderam utilizarem os indicadores epidemiológicos para identificar áreas de risco, seguidos de uma boa representação, pois em torno de 89,25% dos entrevistados responderam fazer busca ativa de casos.

No que se refere à investigação de surtos, 87,57% responderam fazê-la rotineiramente ou quase sempre, enquanto que somente 12,2% responderam que nunca ou raramente realizaram essa atividade. Em contraposição, quando foram perguntados se calculam incidência periódica das doenças e agravos de seus municípios, 51% responderam positivamente, enquanto que boa parcela (49%), mostrou pouca utilização dos indicadores/informações elaborados para o planejamento de ações do município. Houve preocupação dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica nos municípios na identificação de novos agravos prioritários à saúde da população, em articulação com outros níveis do sistema, visto que 70,46% dos entrevistados responderam positivamente a este item.

Reforçando a pouca ênfase em atividades analíticas que fazem parte da etapa de análise e divulgação dos dados, a maior parte (64,42%) relatou que não elabora boletins epidemiológicos/relatórios de doenças. Na mesma direção, a maioria dos participantes (87,61%) não estava envolvida com estudos e pesquisas, nem tão pouco (71,8%) mantinha vínculo com instituições de ensino e pesquisa do Estado para o desenvolvimento de intercâmbio técnico científico. Por outro lado, foi demonstrado bom envolvimento com recursos humanos, pois, boa parcela, cerca de 70,46% respondeu promover atividades de educação continuada.

A referida Tabela também mostra o envolvimento dos profissionais da vigilância nas atividades de planejamento e definição de políticas de saúde no âmbito municipal. Constatou-se haver razoável envolvimento dos coordenadores em participar na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços no âmbito municipal visto que, cerca de 67,78% afirmaram positivamente, ou seja, envolveram-se rotineiramente ou quase sempre. Entretanto, chama atenção o fato de que mesmo dentro da lógica de descentralização da VE, 22,14% responderam nunca ter participado dessa atividade.

No tocante ao envolvimento dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica no estabelecimento de diretrizes operacionais, normas técnicas e padrões de procedimentos no campo da Vigilância Epidemiológica, foi referida a participação por 66,43% dos entrevistados. Porém uma parcela significativa (20,80%) nunca teve contato com esse tipo de atividade.

Foi menor o engajamento dos entrevistados na execução de ações relativas a situações epidemiológicas de interesse estadual e federal (tais como o controle do dengue, erradicação do sarampo, entre outras), visto que somente 61,60% colaboravam com essa tarefa, vale ressaltar que 23,79% referiram nunca participar dessas ações.

DISCUSSÃO

A municipalização da saúde significa a descentralização do gerenciamento dos serviços até a base político-administrativa do estado brasileiro, trazendo para os municípios a responsabilidade de gestão dos recursos financeiros, envolvendo, necessariamente a participação popular (TEIXEIRA & MELISINI, 2002).

O estado do Ceará adotou a atual política de saúde do Brasil, implantando as propostas de reorganização do seu sistema. A descentralização dos serviços de saúde é um exemplo. Esta representa o desencadeamento de um processo de fortalecimento da

autonomia político-gerencial dos municípios (ARRETCHE & MARQUES, 2002). Significa a possibilidade de uma gestão municipal em uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e gerencialmente eficiente. No entanto, o que se percebe é que a maioria dos municípios estudados está nesse processo de forma ainda incipiente, com dificuldades de pôr em prática estas mudanças e estas dificuldades se refletem na organização das atividades da Vigilância Epidemiológica.

De acordo com a NOB 01/96, as condições de gestão explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão se dá através dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade (TEIXEIRA & MOLESINI, 2002; BRASIL, 2002).

No Brasil, a região sudeste teve maior adesão à Gestão Plena do Sistema Municipal (LEVCOVITZ & LIMA, 2001), categoria, que exige maior organização dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde oferecidos. No Ceará foi observado que a maioria dos municípios estava habilitada para Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB), e somente uma percentagem pequena para Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Para esta pesquisa, o tipo de gestão pode ser visto como um marcador inicial de uma boa performance da VE. Entre os municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica, apenas uma pequena quantidade apresentava uma VE considerada adequada, aumentando significativamente para aqueles habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal.

A descentralização e municipalização dos serviços de saúde têm aumentado o desenvolvimento na área de epidemiologia em serviços (ABRASCO, 2000). Após a portaria de Nº 1.399 que descentralizou a Epidemiologia e Controle de Endemias, os

municípios certificados passariam a assumir estas responsabilidades. Observou-se que houve boa adesão por parte dos municípios cearenses para a certificação de Epidemiologia e Controle das Doenças. Entretanto, a certificação para Epidemiologia e Controle de Doenças, não se mostrou associada ao bom desempenho da vigilância, sugerindo que o município não necessariamente cumpre o que está previsto em cada habilitação.

Chama atenção o fato de que poucos respondentes sabiam informar corretamente tanto o tipo de gestão como a certificação de Epidemiologia e Controle das Doenças, o que levou os autores a terem que buscar a informação oficial nos dados da Secretaria Estadual da Saúde do Ceará. Considerando-se que a função do coordenador da VE não se esgota em desenvolver as atividades de vigilância (controle de riscos e danos), e sim em conduzir o processo de mudança desencadeado pelo tipo de gestão e certificação, o mesmo precisa ter conhecimento das responsabilidades assumidas pelo município. Além disto, as responsabilidades dos municípios estão relacionadas com o tipo de gestão e, se não cumpridas, podem comprometer o processo de reorientação do modelo assistencial do SUS, fundamentado na vigilância à saúde.

Quanto às políticas de recursos humanos, o III Plano Diretor Para o Desenvolvimento de Epidemiologia no Brasil, identificou os seguintes problemas: não existência de carreira profissional em epidemiologia; baixos salários; inexistência de recursos para contratação de pessoas formadas; grande rotatividade de profissionais, resultando em perdas de pessoal treinado; abordagens educacionais distantes da prática; falta de entrosamento com gestores (ABRASCO, 2000). A falta de uma política de recursos humanos e baixos salários vêm afastando os profissionais de saúde da área de vigilância LUNA (2003). A autora afirma ainda que como a VE é uma ação exclusiva do poder público é importante que este poder esteja convencido da necessidade de uma

rede forte e eficiente de VE e que esse fortalecimento passa pela política de recursos humanos.

A presente pesquisa mostrou que a realidade do Ceará nos municípios estudados não é diferente. O Projeto VIGISUS (BRASIL, 1998) representou para os municípios incentivo para a reestruturação das vigilâncias, prevendo a contratação de profissional com dedicação exclusiva para este setor. No entanto, a maioria dos coordenadores da VE trabalhava sem vínculo empregatício, recebia baixos salários para desenvolver simultaneamente atividades na vigilância e em outras áreas da saúde, especialmente no PSF, que também exige dedicação exclusiva. Os profissionais não sabiam responder, por exemplo, quanto recebiam por coordenar a Vigilância Epidemiológica nos municípios. Um número muito reduzido de profissionais trabalhavam exclusivamente na Vigilância Epidemiológica. Este fato contribuiu para a queda da qualidade do trabalho executado, tendo em vista a dispersão de esforços em várias atividades concorrentes. Em alguns municípios, a figura do coordenador pareceu, às vezes, existir apenas para cumprir as exigências do processo de certificação.

A falta de recursos humanos foi apontada, pela coordenadora, como a principal deficiência para o desenvolvimento das atividades de vigilância, seguida da falta de recursos materiais, ausência de planejamento, descontinuidade do serviço e rotatividade profissional. Esse perfil de vinculação profissional poderia ser uma das explicações para a elevada rotatividade entre os diversos municípios, principalmente quando da mudança de administração municipal.

Na estruturação das vigilâncias e na lógica de vigilância à saúde, é exigido maior investimento em recursos humanos, dentre eles os treinamentos. Vale ressaltar que as políticas públicas de saúde no Brasil prevêm a obrigatoriedade da educação em saúde dos recursos humanos que prestam serviço ao SUS. As determinações legais foram

propostas nas últimas quatro Conferências Nacionais de Saúde e estão presentes na Constituição Nacional de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de Nº 8.080 de 1990 (CECCIM et al, 2002). Embora a maioria dos coordenadores tivesse nível superior, menos da metade tinha especialização e somente uma pequena parcela possuía especialização em Vigilância Epidemiológica. O Curso Básico de Vigilância Epidemiológica deveria ser quase que um pré-requisito para quem assumisse a vigilância, porém, boa parte não fez esse treinamento, embora esse curso, por seu conteúdo e suas características metodológicas, se constitui um instrumento adequado para capacitar técnica e operacionalmente esses profissionais.

Quanto à composição da equipe, em geral, é muito pequena, levando em consideração que o coordenador não tem dedicação exclusiva, observa-se que a vigilância está quase descoberta. Este fato pode comprometer a proposta de reestruturação das vigilâncias através da descentralização. A pesquisa mostrou a importância de ter nos municípios uma equipe de vigilância composta por, no mínimo, um profissional de nível médio e um de nível superior para ter condições de desenvolver atividades com uma performance adequada. Este estudo também mostra que grande parte dos coordenadores não trabalhava em Vigilância Epidemiológica no município, na gestão anterior e que boa parcela estava desenvolvendo essas atividades de vigilância na coordenação há menos de 6 (seis) meses. Este fato pode reforçar a hipótese de grande rotatividade de profissionais existentes nos municípios, a falta de continuidade do profissional e a mudança de atividades dentro do próprio município. Evidencia também, dificuldade de acumular experiência, em geral, dos coordenadores para desenvolver as atividades pelas quais estão responsáveis. Quanto à infra-estrutura, os municípios maiores apresentaram melhores condições. Com relação aos equipamentos necessários para execução das atividades na área de Vigilância Epidemiológica, constatou-se que a

maioria tem acesso à linha telefônica e computadores, necessários para uma boa infraestrutura para o sistema de coleta e repasse de informação para os níveis superiores do sistema. Uma porcentagem ainda menor tem acesso à internet. Os municípios que não têm essa ferramenta apresentam-se em desvantagem não só para uma proposta de envio de dados via internet, como também quanto à possibilidade de acessar informações da área disponibilizadas em várias fontes diferenciadas. A grande maioria desenvolve as atividades de Vigilância Epidemiológica, mesmo sem a infraestrutura mínima necessária. Aliando-se à deficiência de recursos humanos e falta de dedicação exclusiva, a Vigilância Epidemiológica está distante de se antecipar às doenças ou agravos. Um estudo apresentado no Rio de Janeiro, sobre municipalização e inovação gerencial, mostrou que os mais freqüentes problemas das unidades ambulatoriais, apontados pelos profissionais, são referentes à infraestrutura, recursos humanos e excesso de demanda (GRESCHMAN, 2001). Isto também foi evidenciado nesta pesquisa na área da VE.

Entre as responsabilidades dos municípios habilitados pela NOB/96 na gestão da atenção básica, consta a alimentação mensal dos Sistemas de Informação da Saúde (BRASIL, 1997). Estes sistemas, por sua vez, alimentam o Sistema de Vigilância Epidemiológica dos municípios, passam a compor os sistemas estaduais, que irão alimentar os bancos de dados nacionais, de modo a permitir análises mais globalizadas que orientam o planejamento e a adoção de medidas de controle coletivas em situações correntes ou emergenciais. As informações possibilitam acompanhar a situação de saúde de determinados locais, identificar as características de diferentes fenômenos, e descrever sua distribuição e tendências (BRASIL, 2002).

Embora os fatores que mais freqüentemente dificultam um bom desempenho dos sistemas de vigilância sejam variados, a subnotificação representa grande parcela (PEREIRA, 1995). Cabe à vigilância criar estratégias que sensibilizem os profissionais,

pois é através da notificação que se colhe a informação, que irá se transformar em ação. Um processo importante para a operacionalização da VE é a descentralização que poderá aumentar o compromisso dos profissionais envolvidos na VE colaborando para a redução da subnotificação.

São muitos os bancos de dados voltados para a área de saúde e os mesmos devem ser analisados e utilizados para o planejamento das ações no nível Federal, Estadual e Municipal. O uso dos sistemas de informação em atividades da vigilância pode resultar numa maior capacidade de diagnosticar os problemas de saúde da população, assim como identificar possíveis falhas no sistema, permitindo seu aperfeiçoamento, como é o caso do SIAB. Neste estudo os bancos de dados mais utilizados pelos coordenadores como fonte de dados para a vigilância foram o SINAN e SIAB. Estas informações confirmam o significativo número de profissionais que atuam na Vigilância Epidemiológica e no Programa de Saúde da Família. Sugerem, no entanto, que os mesmos estão mais voltados para as atividades ligadas ao PSF, aqui representado pela pouca utilização de dados provenientes de outras fontes. O SIAB se apresenta como uma importante fonte de dados para o planejamento das ações das unidades do PSF. Deve se lembrar, entretanto, que é um sistema adequado para o estudo da área, não devendo se abandonar os demais sistemas.

Chama atenção, ainda, o fato de que a maioria dos municípios não se envolveu com instituições de ensino e pesquisa, nem tão pouco com estudos e pesquisas. Na Lei Orgânica da Saúde – Lei de nº 8.080 de 1990, aparece tanto à ordenação da formação de recursos humanos, quanto o desenvolvimento científico e tecnológico, portanto, aborda tanto responsabilidade para os profissionais de saúde de modo geral, quanto para a produção específica de conhecimento e tecnologia no âmbito do próprio Sistema Único de Saúde. Por conseguinte, a Lei prevê que os órgãos gestores do SUS estruturem

mecanismo de atuação educacional, que dêem conta de ambas as funções, e isto só acontece de forma pontual em poucos municípios. Por outro lado, as universidades e as instituições de pesquisa também deveriam se abrir à pesquisa aplicada à área de Vigilância Epidemiológica, assim como formar recursos humanos destes locais. Em nível federal esta aproximação pode ser constatada desde 1990 com a criação do CENEPI (BARRETO, 2000).

Neste estudo observou-se haver, por parte dos coordenadores, um engajamento no que se refere às atividades de planejamento e definição das políticas no âmbito municipal. Historicamente os Estados têm tido um papel importante na definição das políticas da Federação. Portanto, a municipalização e, em especial, a descentralização das ações da Vigilância Epidemiológica, permite que as políticas de saúde possam lidar com as desigualdades existentes entre os municípios e que atendam de forma mais adequada as especificidades de cada um.

A organização dos serviços de saúde dos municípios do Ceará procura seguir a lógica da atenção à saúde optando pela vertente de integração entre a Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental. No entanto, na prática, observou-se que, mesmo as atividades que são preconizadas na VE tradicional são realizadas precariamente. Observa-se, por exemplo, que há uma baixa utilização dos indicadores que são tradicionais da VE, tais como os de saúde ambiental. Embora o Ceará não chame atenção por registrar grandes desastres naturais (com especial exceção da seca) ou acidentes com produtos perigosos, existem muitas famílias morando em área de risco, como também, há grande utilização de agrotóxicos por parte dos agricultores. É impossível não se imaginar que os registros de acidentes com produtos químicos possam estar subnotificados, dada esta realidade. Devemos ainda lembrar que, com os problemas sociais decorrentes da seca, a população fica mais vulnerável a contrair

várias doenças e este é um fato que deve ser utilizado pelos profissionais que trabalham com Vigilância Epidemiológica.

Atualmente o perfil sanitário do Brasil é marcado pela ocorrência de antigas e novas endemias e a presença de epidemias (ABRASCO, 2000). Portanto, é importante que a vigilância nos municípios esteja atenta para as doenças emergentes, reemergentes e agravos inusitados. São muitos os fatores que contribuem para este quadro, dentre eles, as desigualdades sociais, a existência de grupos excluídos (como os usuários de drogas injetáveis e moradores de rua), a multirresistência às drogas (que tem favorecido, por exemplo, o aumento da incidência de tuberculose), além de outras doenças também apresentarem incidência aumentada devido ao crescimento de grupos expostos, tais como imunossuprimidos, idosos, pacientes institucionalizados, moradores de rua, migrantes, crianças em berçário ou escolas maternas e pobres em geral (BARRADAS, 1999). Vale ressaltar a atenção às doenças cujo aumento de incidência decorre diretamente de uma falha no sistema de Vigilância Epidemiológica seja por ser ineficiente ou insuficiente.

No decorrer deste estudo, o Ceará, foi surpreendido com surtos de malária em cinco municípios no ano de 2002 (segundo técnico da FUNASA, este surto foi controlado com “resquício” da estrutura de controle de malária da FUNASA, cuja operação foi comandada por um técnico de larga experiência em malária). O Estado não conseguiu controlar o dengue, apresentando, para 2003, em 165 municípios, 21.397 casos confirmados, dos quais 277 casos foram de febre hemorrágica do dengue, sendo que 17 evoluíram para óbito. Ainda ocorreram seis casos de raiva humana na região metropolitana de Fortaleza em 2003 e o aparecimento de um agravo inusitado (Meloidose), com três mortes, em um município do interior do Estado (CEARÁ, 2003).

Embora as atividades de VE tenham que ser desenvolvidas tanto no nível federal, estadual como municipal, e cada nível tem sua própria especificidade, é neste último que ocorre a maioria das atividades essenciais de coleta de dados e desenvolvimento das atividades preventivas. Parece que os municípios ainda não estão sensibilizados e conscientizados para desenvolverem de forma plena o processo de municipalização. Percebe-se que mesmo após a descentralização da Epidemiologia e Controle das Doenças, estas atividades não parecem ser prioridades para os municípios. Implementar uma política de descentralização que inclui a VE plenamente é um desafio para os municípios devido às disparidades sócio-econômicas e políticas existentes. É, portanto de extrema importância o envolvimento de gestores comprometidos efetivamente com o desenvolvimento da área de Vigilância Epidemiológica e Vigilância à Saúde.

Enquanto não houver o fortalecimento da VE, o país continua vulnerável a ser surpreendido por surtos e epidemias de doenças emergentes e reemergentes (BARRADAS, 1999; LUNA, 2002).

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **III plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil 2000 – 2004**. Rio de Janeiro, 2000. 59 p.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455 – 479, 2002.

BARBOSA, J. P. A. **História de saúde pública do Ceará: da Colônia a Vargas**. Fortaleza: Coleções UFC, 1994. 147 p.

BARBOSA, L.M.M. **Organização do serviço de vigilância epidemiológica do Estado**. Fortaleza: SESA, 2001. Mesa redonda vigilância à saúde.

BARRADAS, R.C.B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, vol 8, n. 1, p. 7 – 15. jan./mar. 1999.

BARRETO, L.M., CARMO E.H. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. In: **Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 235 – 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1882 de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso de Atenção Básica – PAB e sua composição. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Seção 1, p. 11-13.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto VIGISUS: Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF, 1998. 197 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília. Vol. I. 411 p. 5. ed. 2002.

CEARÁ. <http://www.saude.ce.gov.br>

CECCIM, R.B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373 – 383, 2002.

GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269 – 318, 2001.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269 – 318, 2001.

LUNA, E.J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. ABRASCO, São Paulo, v. 5, n. 3, p.229 – 243, dez. 2002.

PEREIRA, M.G. Vigilância Epidemiológica. In: _____. **Epidemiologia: Teoria e prática**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1998. 596 p. Cap. 21, p. 449 – 482.

TEIXEIRA, C. F.; MOLESINI, A. J. Gestão municipal do SUS: atribuições e responsabilidades do gestor do sistema e dos gerentes de unidades de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 26, n. 1/2. p.29 – 40, jan./dez. 2002.

WALDMAN. E A. Usos da vigilância e monitorização em saúde pública. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, ano 7, n. 3, p. 7 – 26. jul./set. 1998.