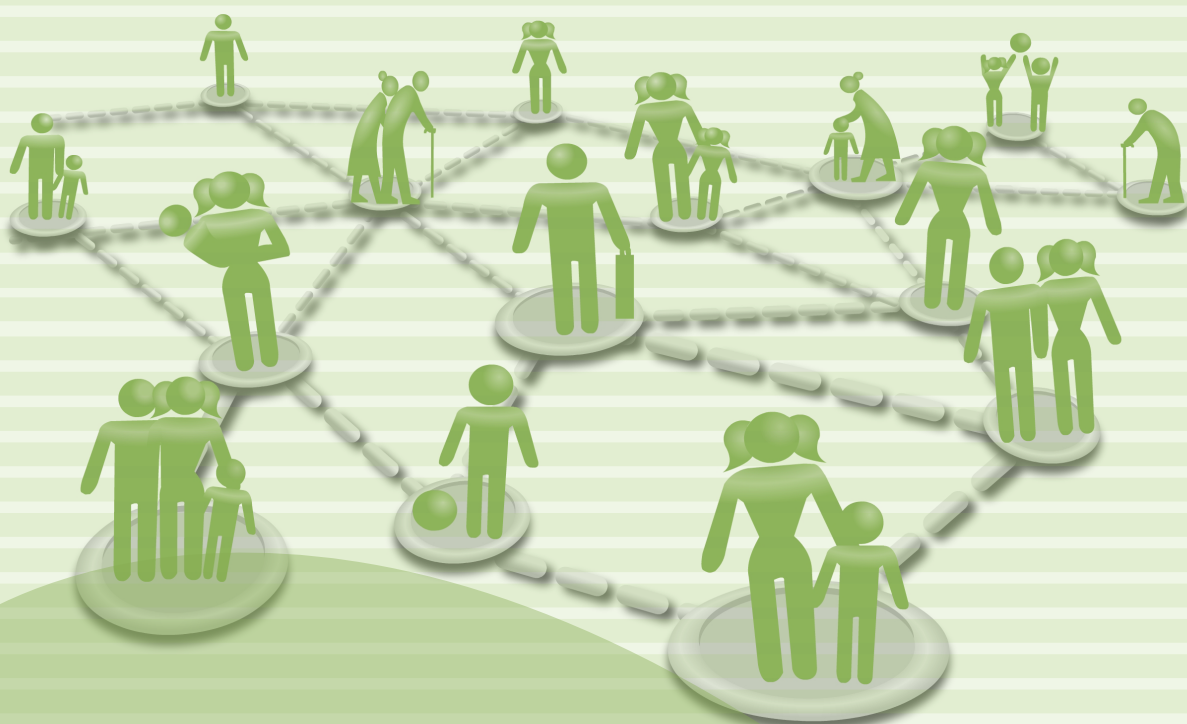


Especialização em

UNA-SUS

Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 16: Vigilância em Saúde





VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MÓDULO 16

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável técnico pelo projeto UNA-SUS

Consultora do Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Álvaro Toubes Prata

Vice-Reitor Carlos Alberto Justo da Silva

Pró-Reitora de Pós-graduação Maria Lúcia de Barros Camargo

Pró-reitora de pesquisa e extensão Débora Peres Menezes

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Walter Ferreira de Oliveira

Subchefe do Departamento Jane Maria de Souza Philippi

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenador Geral do Projeto Carlos Alberto Justo da Silva

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Fátima Büchele

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

Juliana Regina Destro

AUTORES

Alcides Milton da Silva

Jane Maria de Souza Philippi

REVISOR

Sérgio Fernando de Torres Freitas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Eixo II

Assistência e Processo de Trabalho na
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2010

@ 2010. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário
88040-900
Trindade – Florianópolis - SC
Disponível em: www.unasus.ufsc.br

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588v Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância.

Vigilância em saúde [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Alcides Milton da Silva, Jane Maria de Souza Philipi. – Florianópolis : UFSC, 2010.

62 p. (Eixo 2 - Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo 16: Vigilância como instrumento de saúde pública – A vigilância epidemiológica na prática dos serviços de saúde – Noções básicas de vigilância sanitária.

ISBN: 978-85-61682-47-7

1 Vigilância em saúde pública. 2. Vigilância sanitária. 3. Vigilância epidemiológica. I. UFSC. II. Silva, Alcides Milton da. III. Philipi, Jane Maria de Souza. IV. Título. V. Série.

CDU: 361.1

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Paula Balbis, Andreza Cardoso

Revisão Textual Ana Lúcia P. do Amaral

Revisão para Impressão Flávia Goulart

Design Gráfico Felipe Augusto Franke, Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

Revisão Geral Eliane Maria Stuart Garcez

Assistente de Revisão Carolina Carvalho, Thays Berger Conceição

SUMÁRIO

UNIDADE 1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	13
1.1 A vigilância como Instrumento de Saúde Pública	13
1.1.1 Objetivos da vigilância.....	14
1.2 Aspectos Operacionais da Vigilância em Saúde Pública	15
1.2.1 Identificação de Prioridades.....	16
1.2.2 Etapas do Desenvolvimento de Sistemas de Vigilância.....	16
1.2.3 Tipos de Sistemas de Vigilância	16
1.2.4 Fontes de Dados para Sistemas de Vigilância	18
1.2.5 Limitações de Sistemas de Notificações de Doenças.....	18
1.3 A vigilância em Saúde no Brasil	18
1.3.1 A Vigilância em Saúde na Atenção Básica.....	20
1.3.2 A inserção da Vigilância em Saúde nos Níveis de Aplicação de Medidas Preventivas na História Natural da Doença.....	23
1.3.3 Sistemas de Vigilância em Saúde	23
REFERÊNCIAS.....	25
UNIDADE 2 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	27
2.1 Conceito.....	27
2.2 Histórico	28
2.3 Funções da Vigilância Epidemiológica	29
2.4 Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis.....	29
2.4.1 Notificação Compulsória de Doenças	30
2.5 Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)	33
2.6 Vigilância Epidemiológica de Doenças Emergentes e Reemergentes	34
2.7 Laboratórios de Saúde Pública	34
2.8 Programa Nacional de Imunizações (PNI).....	35
REFERÊNCIAS.....	37
UNIDADE 3 NOÇÕES BÁSICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	39
3.1 Conceito.....	39
3.2 Histórico	39
3.3 Áreas de Atuação da Vigilância Sanitária	40
3.4 Áreas de atuação da vigilância sanitária estadual.....	42
3.5 Áreas de Atuação da Vigilância Sanitária Municipal.....	43
3.6 A vigilância Sanitária na Atenção Básica.....	43
3.7 Vigilância Alimentar e Nutricional	44
REFERÊNCIAS.....	48

UNIDADE 4	VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE.....	51
4.1	Conceito.....	51
4.2	Programas de Vigilância Ambiental em Saúde	51
4.3	Áreas de Atuação da Vigilância Ambiental Estadual.....	53
4.4	Vigilância em Saúde do Trabalhador	53
4.4.1	Segurança do Trabalho.....	55
4.4.2	Redes de Atenção à Saúde do Trabalhador	56
4.4.3	O Trabalho Infantil	56
REFERÊNCIAS	59
AUTORES	60

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

A Vigilância em Saúde que estudaremos neste módulo abordará as questões: A vigilância como instrumento de saúde pública; A Vigilância Epidemiológica na prática dos serviços de saúde; Noções básicas de Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental. Na primeira unidade, abordaremos a vigilância como instrumento de saúde pública, seus objetivos e aspectos operacionais, entre eles, a identificação de prioridades, as etapas do desenvolvimento de sistemas de vigilância, os tipos de sistemas e fontes de dados para sistemas de vigilância. Veremos, também, as limitações de sistemas de notificações de doenças e como se apresenta a vigilância em saúde no Brasil.

Na segunda unidade, destacaremos a vigilância epidemiológica na prática dos serviços de saúde, seu conceito e história, as funções da vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e agravos não transmissíveis, de doenças emergentes e reemergentes. Também estudaremos a participação dos Laboratórios de Saúde Pública e do Programa Nacional de Imunizações nas ações de vigilância em saúde.

Na terceira, teremos noções básicas de vigilância sanitária, as áreas de atuação estadual e municipal, a vigilância sanitária na atenção básica e a vigilância alimentar e nutricional.

Para finalizar o módulo, exibiremos, na Unidade quatro, as áreas de atuação da vigilância ambiental. Também, ressaltaremos a vigilância em saúde do trabalhador, a segurança do trabalho, as redes de atenção à saúde do trabalhador e o trabalho infantil.

Este módulo propõe discutir a Vigilância em Saúde, tendo como estrutura:

Ementa

A vigilância como instrumento de saúde pública. A vigilância epidemiológica na prática dos serviços de saúde. Noções básicas de vigilância sanitária. Vigilância ambiental.

Objetivo

Capacitar o grupo para atuar na estratégia saúde da família em nível municipal e para o desenvolvimento de ações planejadas e programadas a partir da notificação de doenças e agravos, visando ao aprimoramento da assistência na atenção básica de saúde.

Carga horária: 15 horas.

Unidades de Conteúdo:

Unidade 1: Vigilância em Saúde.

Unidade 2: Vigilância Epidemiológica na Prática dos Serviços de Saúde.

Unidade 3: Noções Básicas de Vigilância Sanitária.

Unidade 4: Vigilância Ambiental em Saúde.

PALAVRAS DOS PROFESSORES

O setor saúde no Brasil vive atualmente um momento peculiar. O Sistema Único de Saúde constitui um modelo moderno de organização dos serviços de saúde que tem como uma de suas características primordiais, valorizar o nível municipal, juntamente com as valorosas contribuições exercidas pela Estratégia Saúde da Família.

Contudo, apesar de seu alcance social, não tem sido possível implantá-lo da maneira desejada, haja vista as sérias dificuldades relacionadas, principalmente, com a eficiência da gestão administrativa da sua operacionalização.

Esta situação fez com que fossem ampliados debates relativos à melhor utilização dos limitados recursos existentes, visando buscar novas propostas de modelos aplicáveis que venham redundar na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

É, neste sentido, que o material concernente a “Vigilância em Saúde” foi elaborado com a finalidade de servir como instrumento que auxilie no entendimento da multiplicidade dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, que possa facilitar o desenvolvimento de ações planejadas e programadas, visando o aprimoramento da assistência na Atenção Básica de Saúde.

Temos muito a discutir e refletir. Você está preparado para começar?

Então, bons estudos!

Alcides Milton da Silva
Jane Maria de Souza Philippi

UNIDADE 1

MÓDULO 16

1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O modelo de atenção da Vigilância em Saúde tem o objetivo de desenvolver um conjunto de medidas capaz de diminuir, eliminar ou prevenir riscos à saúde, intervindo nos fatores condicionantes da saúde da população. Não podemos entender vigilância como a mera coleta e análise das informações, mas sendo responsável por organizar as bases técnicas que guiarão os serviços de saúde na elaboração e implementação dos programas de saúde, sempre com a preocupação de uma contínua atualização e aprimoramento.

A atuação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família não está limitada à ação dentro da Unidade Básica de Saúde; ela também acontece nos domicílios e em outros espaços comunitários, como escolas e associações. Veremos, nesta primeira unidade, os aspectos operacionais, a identificação de prioridades, as etapas do desenvolvimento de sistemas de vigilância e os tipos de sistemas e fontes de dados que alimentam os sistemas de vigilância. Veremos ainda as limitações de sistemas de notificações de doenças e como se apresenta a vigilância em saúde no Brasil.

1.1 A Vigilância Como Instrumento de Saúde Pública

Até meados do século passado, a saúde pública dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. Os mais utilizados eram o isolamento, a quarentena e o cordão sanitário. Constituíam um conjunto de medidas de tipo restritivo que criava sérias dificuldades para o intercâmbio comercial entre países. Tais dificuldades se acentuaram, na segunda metade do século XIX, com o rápido crescimento das atividades comerciais, efetuadas por meio dos portos, e com o risco cada vez maior e mais frequente da ocorrência de epidemias.

Nessa mesma época, com o desenvolvimento da microbiologia e das ciências afins, criavam-se estímulos para investigações no campo das doenças infecciosas, que resultaram no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação. Surge então, em saúde pública, o conceito de vigilância, definido pela específica, mas limitada, função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas “doenças pestilenciais”. Seu propósito era detectar a doença em seus primeiros sintomas e, somente a partir desse momento, instituir o isolamento.

Em síntese, tal conceito envolvia a manutenção do alerta responsável e da observação para que fossem tomadas as medidas indicadas.

Atualmente a metodologia aplicada pela vigilância inclui a coleta sistemática de dados relevantes, a análise contínua desses dados e a sua regular disseminação para o conhecimento de todos.

O que é Vigilância em Saúde?

Conforme conceituou o epidemiologista norte-americano Langmuir (1963, p., 182):

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

O autor supracitado foi cuidadoso ao distinguir a vigilância tanto da responsabilidade das ações diretas de controle, que deveriam ficar afetas às autoridades locais de saúde, quanto da epidemiologia, no sentido amplo de método ou de ciência, embora reconhecesse a importância da interface entre as atividades.

A partir da década de 1970, a vigilância passou a ser também aplicada ao acompanhamento de malformações congênitas, envenenamentos na infância, leucemia, abortos, acidentes, doenças profissionais e outros eventos adversos à saúde. Todos relacionados a riscos ambientais, como poluição por substâncias radioativas e metais pesados, utilização de aditivos em alimentos e emprego de tecnologias médicas, tais como medicamentos, equipamentos, procedimentos cirúrgicos e hemoterápicos.

Você já entendeu o que é Vigilância em Saúde? Interessante, porém, é saber também quais são seus objetivos.

1.1.1 Objetivos da Vigilância

Os principais objetivos da Vigilância, de acordo com Waldman (1998), são:

- a) identificar novos problemas de saúde pública;
- b) detectar epidemias;

- c) documentar a disseminação de doenças;
- d) estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos;
- e) identificar fatores de risco que envolvem a ocorrência de doenças;
- f) recomendar, com bases objetivas e científicas, medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde;
- g) avaliar o impacto de medidas de intervenção por meio de coleta e análise sistemática de informações relativas ao específico agravo, objeto dessas medidas;
- h) avaliar a adequação de táticas e estratégias de medidas de intervenção, com base não só em dados epidemiológicos, mas também nos referentes à sua operacionalização;
- i) revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância com o objetivo de discutir prioridades em saúde pública e propor novos instrumentos metodológicos.

Não podemos entender como objetivo da vigilância a mera coleta e análise das informações, mas sendo responsável por organizar as bases técnicas que guiarão os serviços de saúde na elaboração e implementação dos programas de saúde, sempre com a preocupação de uma contínua atualização e aprimoramento.

1.2 Aspectos Operacionais da Vigilância em Saúde Pública

Ao planejar o desenvolvimento de sistemas de vigilância para específicos agravos à saúde, é importante considerar a metodologia empregada, sua abrangência, as prioridades e os objetivos adequados ao nível de complexidade e ao grau de desenvolvimento tecnológico dos sistemas de saúde em que será implantada.

Por esse motivo, vamos verificar, na sequência, como é feita a identificação de prioridades, quais as etapas do desenvolvimento de sistemas de vigilância, em que tipos se classificam, quais as fontes de dados para sistemas de vigilância e as limitações de sistemas de notificações de doenças. Assim, você poderá entender com mais clareza os aspectos operacionais da vigilância em saúde pública.

1.2.1 Identificação de Prioridades

Os critérios mais frequentemente recomendados são: a incidência e prevalência de casos; letalidade; índices de produtividade perdida, como, por exemplo, dias de incapacidade no leito; taxa de mortalidade; existência de fatores de risco; impacto potencial das medidas de intervenção sobre os fatores de risco (risco atribuível); possibilidade de compatibilizar as diversas intervenções com programas de controle polivalentes; anos de vida potencialmente perdidos; custo e factibilidade da intervenção versus eficácia; existência de medidas eficazes de profilaxia e controle; identificação de subgrupos da população que estarão sujeitos a um risco elevado de ser atingidos pelo dano.

1.2.2 Etapas do Desenvolvimento de Sistemas de Vigilância

Ao programar um sistema de vigilância, devemos adotar as seguintes etapas (Figura 1):

1.2.3 Tipos de Sistemas de Vigilância

São dois os tipos de sistemas de vigilância: passivos e ativos.

Sistemas passivos

Os sistemas de vigilância passiva caracterizam-se por ter como fonte de informação a notificação espontânea, constituindo-se no método mais antigo e mais utilizado na análise sistemática de eventos adversos à saúde e, além disso, é aquele que apresenta menor custo e maior simplicidade.

Sistemas ativos

Os sistemas ativos de vigilância caracterizam-se pelo estabelecimento de um contato direto, com intervalos regulares, entre a equipe de vigilância e as fontes de informação, geralmente constituídas por clínicas públicas e privadas, laboratórios e hospitais.

1ª etapa – definição dos objetivos

Entre os objetivos mais frequentemente utilizados temos: descrição da história natural de uma doença; identificação e investigação de surtos de determinado agravo; acompanhamento de tendências; identificação de contatos de doentes para a administração de drogas de ação profilática; identificação de casos num estudo de caso-controle; geração de hipóteses sobre a etiologia.

2ª etapa – definição de caso

A definição precisa do que se considera “caso” para o específico agravo à saúde. É uma questão técnica importante para o aprimoramento da qualidade da informação, permitindo a comparabilidade dos dados.

3ª etapa – identificação dos componentes do sistema de vigilância

Estando estabelecidos os objetivos e a definição de caso, devemos passar a identificar os componentes do sistema, que são os seguintes:

Qual a população alvo desse sistema de vigilância?

Qual a periodicidade da coleta de informações?

Quais informações serão coletadas?

Qual é a fonte dessas informações? Quem provê a informação para o programa?

Como a informação será coletada?

Como é transferida a informação?

Quem analisa as informações?

Como são analisadas as informações?

Com que frequência é analisada as informações?

Com que frequência é difundida os relatórios?

4ª etapa – elaboração de fluxograma para cada sistema de vigilância. Fluxo de um sistema de vigilância

Ocorrência de um evento adverso à saúde » Diagnóstico » Fonte de notificação » Coleta de dados » Sistema local de saúde » Sistema estadual de vigilância (consolidação dos dados) » Sistema nacional de vigilância (análise dos dados e elaboração de boletins epidemiológicos) » Disseminação dos dados analisados com as recomendações técnicas para o aprimoramento das ações de controle.

Figura 1: Etapas de um sistema de vigilância em saúde.

1.2.4 Fontes de Dados para Sistemas de Vigilância

Os sistemas de vigilância necessitam de elevada gama de informações, especialmente as relativas à morbidade, mortalidade, estrutura demográfica, estado imunitário e nutricional da população, situação socioeconômica, saneamento ambiental, entre outras.

As fontes de dados mais relevantes são as vigilâncias com base em:

- a) sistemas de notificações de doença;
- b) sistemas articulados de laboratório;
- c) dados hospitalares, “eventos sentinelas”¹;
- d) informações obtidas de “médicos sentinelas”¹;
- e) informações obtidas em unidade de assistência primária à saúde.

Os tipos de dados são: 1 morbidade, mortalidade, dados demográficos e ambientais, notificação de surtos e epidemias.

1.2.5 Limitações de Sistemas de Notificações de Doenças

Embora os sistemas de vigilância não precisem ser perfeitos para serem úteis, muitas vezes certas limitações impedem que tais instrumentos tenham a utilidade necessária que justifique sua implementação.

Os fatores que frequentemente limitam o desempenho dos sistemas de vigilância são:

- a) subnotificação;
- b) baixa representatividade;
- c) baixo grau de oportunidade;
- d) inconsistência da definição de caso.

1.3 A vigilância em Saúde no Brasil

Como, em nosso país, tem sido habitual a confusão na aplicação do termo “vigilância” como sinônimo das práticas da epidemiologia nos serviços de saúde, que é bem mais abrangente, resolvemos adotar a denominação já consagrada “vigilância em saúde pública” ou simplesmente vigilância, deixando de utilizar apenas o qualificativo “epidemiológica”, apesar de ele ser muito aplicado até hoje no Brasil.

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de assistência à saúde individual estavam sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS); as ações de natureza coletiva, vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS).

Após sua implantação, o planejamento e a execução dessas ações passaram a ter um comando único em cada nível de governo, todavia, continuou por muito tempo a desvalorização da vigilância e a falta de integração com a gestão e a assistência à saúde. Distanciada dos níveis decisórios de gestão, a vigilância parecia sem utilidade, aut centrada, não participando das tomadas de decisões.

Em 2003, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, além da promoção à saúde, foram reunidas em uma única estrutura. A SVS ficou responsável pela coordenação nacional de todas as ações do SUS nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis; e também pelos programas de prevenção e controle de doenças, pela vigilância em saúde ambiental, pelas informações epidemiológicas e pela análise da situação de saúde. A responsabilidade dessas ações atualmente é compartilhada entre os gestores federal, estaduais e municipais, conforme a figura 2, apresentada na sequência.

A Secretaria de Vigilância em Saúde é responsável por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças.

As atividades da SVS incluem também:

- a) investigação e resposta aos surtos de doenças de relevância nacional;
- b) coordenação do Programa Nacional de Imunizações (PNI);
- c) coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública,
- d) atividades de vigilância em saúde ambiental;
- e) sistemas de informação de doenças de notificação compulsória, mortalidade e nascidos vivos;

- f) coordenação nacional de programas, como os de Prevenção e Controle de DST/AIDS, Dengue, Malária, Hepatites Virais, Hanseníase, e outros.



Figura 2: Ações desenvolvidas pela SVS.

Fonte: Brasil, 2006, p. 13

1.3.1 A Vigilância em Saúde na Atenção Básica

Para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade, é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades e com ações de promoção e vigilância em saúde efetivamente incorporadas ao cotidiano das Equipes de Saúde da Família de todo o país.

A Estratégia Saúde da Família busca uma prática que garanta a promoção da saúde, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e a responsabilidade pela saúde da população com ações permanentes de vigilância em saúde. Isso é feito através do cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas à solução dos problemas de saúde, com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias.

A atuação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família não está limitada à ação dentro da Unidade Básica de Saúde; ela também acontece nos domicílios e em outros espaços comunitários, como escolas e associações.

A vigilância em saúde deve estar no cotidiano prático das equipes de saúde na atenção básica, que podem desenvolver esse serviço a partir de dados levantados na sua área de atuação. Essas informações alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e são utilizadas para conhecer a realidade local.

A partir da vigilância em saúde, as Equipes de Saúde da Família poderão organizar e desenvolver ações programadas e de demanda espontânea. Essas ações planejadas com base na notificação de doenças e agravos irão contribuir na elaboração de indicadores locais de saúde que poderão orientar o desenvolvimento das ações e gradativamente propiciar mudanças que melhorem a qualidade de vida da comunidade.

Os profissionais das equipes de saúde trazem uma importante contribuição para as ações de vigilância em saúde definidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Vejamos como:

- a) realizar visitas domiciliares à população adscrita, de acordo com o planejamento assistencial;
- b) realizar busca ativa de novos casos e convocação dos faltosos;
- c) notificar casos suspeitos ou confirmados, de acordo com as fichas de notificação;
- d) preencher relatórios, livros e fichas específicas de registro e acompanhamento dos agravos/doenças de acordo com a rotina da unidade de saúde;

- e) alimentar e analisar dados dos Sistemas de Informação em Saúde, como: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e outros, para planejar, programar e avaliar as ações de vigilância em saúde;
- f) desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos em sua área de abrangência;
- g) orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças/agravos;
- h) mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental no controle de vetores e outras ações de proteção coletiva;
- i) identificar possíveis problemas e surtos relacionados à qualidade da água em nível local, verificando a situação das fontes de abastecimento e de armazenamento da água e a variação na incidência de determinadas doenças que podem estar vinculadas à qualidade da água;
- j) identificar a disposição inadequada de resíduos industriais ou domiciliares em áreas habitadas, a armazenagem inadequada de produtos químicos tóxicos, inclusive em postos de gasolina, e a variação na incidência de doenças potencialmente relacionadas à intoxicação;
- k) identificar a produção do ar derivada da indústria, automóveis, queimadas, inclusive nas situações intradomiciliares, como fumaça e poeira, e as variações na incidência de doenças, principalmente as morbidades respiratórias e cardiovasculares, que podem estar associadas à poluição do ar.

Na organização da atenção básica, o agente comunitário de saúde e o agente de controle de endemias desempenham papéis fundamentais, pois são os elos entre a comunidade e os serviços de saúde.

A Equipe de Saúde da Família deve desenvolver ações de promoção, prevenção e controle dos agravos nos domicílios e nos demais espaços da comunidade.

1.3.2 A inserção da Vigilância em Saúde nos Níveis de Aplicação de Medidas Preventivas na História Natural da Doença

Objetivando o desenvolvimento de ações preventivas, necessário se faz conhecer a história natural da doença. No modelo apresentado por Leavell e Clark (1977)², pode-se intervir com medidas preventivas durante o período pré-patogênico ou patogênico dos agravos. Nesse modelo, as ações de vigilância em saúde estão situadas principalmente na prevenção primária, nas ações de promoção e proteção da saúde.

² Os tipos de dados são: morbidade, mortalidade, dados demográficos e ambientais, notificação de surtos e epidemias.

Os elementos que provocam a doença devem ser examinados, caso se queira intervir nas causas e evitar seus efeitos. Em qualquer nível de aplicação da história natural de algum distúrbio, a prevenção depende do conhecimento dos múltiplos fatores envolvidos, tais como as características do agente, do hospedeiro e do meio ambiente e a maneira pela qual a atuação dos agentes causadores pode ser interceptada ou anulada.

Inicialmente criada como instrumento de apoio às grandes campanhas, a vigilância em saúde ampliou muito o seu raio de ação. Se antes era exclusiva às ações de monitoramento epidemiológico de doenças transmissíveis ou endêmicas, hoje, com uma visão mais integrada, de descentralização e de coesão do SUS, a vigilância em saúde incorporou novos objetivos, novos métodos e novas tecnologias, como a preocupação com o meio ambiente e com as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, na sua prevenção e no seu controle.

1.3.3 Sistemas de Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde é constituída de sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental, alimentar e nutricional e da saúde do trabalhador.



Saiba Mais

Para complementar seus conhecimentos, sugerimos a leitura dos livros:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Brasília, 2006. 228 p.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v. 7. (Série Saúde & Cidadania).

SÍNTESE DA UNIDADE

Na primeira unidade, você estudou a vigilância como instrumento de saúde pública, seus objetivos e aspectos operacionais, entre eles a identificação de prioridades, as etapas do desenvolvimento de sistemas de vigilância, os tipos de sistemas e fontes de dados para sistemas de vigilância. Viu também as limitações de sistemas de notificações de doenças e como se apresenta a vigilância em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2006.

LANGMUIR, A. D. The surveillance of communicable diseases of national importances. **The New England Journal of Medicine**, v. 268, n. 4, p. 182-192, 1963.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: USP, 1998. (Saúde e Cidadania).

UNIDADE 2

MÓDULO 16

2 A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesta unidade, estudaremos a vigilância epidemiológica na prática dos serviços de saúde, iniciando pelo seu conceito, história e função. Também veremos como está a situação, no Brasil, das principais doenças transmissíveis e a questão da notificação compulsória de doenças. Veremos ainda a vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis, a vigilância epidemiológica de doenças emergentes e reemergentes, a situação dos laboratórios de saúde pública e, por fim, o programa nacional de imunizações. Viu quantos temas interessantes vamos discutir agora? Preparado?

2.1 Conceito

O conceito de saúde, em seu sentido amplo, enfatizado na Constituição Brasileira de 1988, em seu artigo 196, refere-se à vigilância em saúde como:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação”, está num sentido amplo referindo-se a vigilância em saúde (BRASIL, 2008, p. 114).

Já a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL, 2007, p. 65). E conceitua vigilância epidemiológica como:

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 medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 2007, p. 67).

Utilizando o enfoque sistêmico e sintetizando os diversos conceitos de vigilância, sem discutir o mérito de cada um deles para um particular sistema de saúde, podemos dizer que a vigilância de um específico evento adverso à saúde é composta, ao menos, por dois subsistemas: o de inteligência epidemiológica e o de informações para a agilização das ações de controle.

2.2 Histórico

A vigilância epidemiológica por muito tempo significou apenas “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos.” (BRASIL, 2006, p. 19).

Com as campanhas de erradicação da malária e da varíola, a vigilância epidemiológica passou a ser considerada etapa de um programa que buscava detectar a existência de casos das doenças visando ao desencadeamento de medidas de urgência destinadas a bloquear a sua transmissão. Após a eliminação do risco da doença, a estrutura de vigilância epidemiológica montada era então desativada.

Na década de 1960, a vigilância epidemiológica começou a ser considerada como um conjunto de atividades destinado a reunir informações para o conhecimento da história natural das doenças, para detectar ou prever alterações e para a indicação de medidas de prevenção e controle.

No Brasil, foi organizado um sistema de notificação semanal de doenças, sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, e seus resultados vieram a ser divulgados em boletim epidemiológico.

Em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, para atuar sobre um conjunto de doenças transmissíveis de relevância e estabelecer estratégias de intervenção mediante programas nacionais.

Com a instituição do SUS, em 1990, surge um novo conceito de vigilância epidemiológica, que leva em consideração os princípios da integralidade e da descentralização das ações de saúde.

A vigilância epidemiológica objetiva o estabelecimento de sistemas de informações e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do país e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças.

A prioridade passa a ser o fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica, com autonomia para priorizar seus problemas de saúde.

2.3 Funções da Vigilância Epidemiológica

Vejam agora quais são as funções da vigilância epidemiológica:

- a) coletar, analisar e interpretar os dados processados;
- b) recomendar medidas apropriadas e promover ações de controle;
- c) avaliar a eficácia e a efetividade das medidas adotadas;
- d) divulgar as informações pertinentes.

A vigilância epidemiológica desencadeia suas atividades a partir da ocorrência de um caso suspeito ou confirmado de doença sob vigilância. A coleta de dados³ ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde: municipal, estadual e federal. A força e o valor da informação dependem da qualidade e da fidedignidade com que esta é gerada, portanto é necessário que os responsáveis pela coleta estejam bem preparados para diagnosticar corretamente o caso e realizar uma boa investigação epidemiológica com anotações claras e confiáveis.

3 Os tipos de dados são: morbidade, mortalidade, dados demográficos e ambientais, notificação de surtos e epidemias.

A principal fonte de dados é a notificação compulsória de doenças, de onde se desencadeia o processo de informação-decisão-ação. Mas existem também outras fontes de dados, como: resultados de exames laboratoriais, declarações de óbitos, maternidades (nascidos vivos), hospitais e ambulatórios, investigações epidemiológicas, estudos epidemiológicos especiais, sistemas sentinela, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e, ainda, a imprensa e a população. Após serem tratados e estruturados, os dados transformados em informações irão desencadear as ações em vigilância epidemiológica.

2.4 Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis

Considerando que no Brasil já se dispõe de instrumentos de prevenção e controle adequados, algumas doenças transmissíveis se encontram em verdadeiro declínio. Duas delas, a varíola e a poliomielite, foram erradicadas e outras como o sarampo, rubéola congênita, raiva humana e tétano neonatal estão em etapas de erradicação. Outras apresentam um quadro de persistência, em que se faz necessário o fortalecimento de novas estratégias para a interrupção de sua transmissão.

2.4.1 Notificação Compulsória de Doenças

Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissional de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção.

Compulsória significa que todo cidadão tem o dever de comunicar a ocorrência de algum caso suspeito de doença que esteja na lista.

Para estabelecer quais as doenças que deverão estar relacionadas na lista de notificação, alguns critérios foram adotados:

- a) a magnitude, isto é, a frequência da doença e as populações afetadas, através da incidência, prevalência, mortalidade, anos potenciais de vida perdidos;
- b) o potencial de disseminação, que significa a transmissibilidade da doença, disseminação por vetores e outras fontes de infecção que colocam em risco a coletividade;
- c) a transcendência, que é um conjunto de características, como a severidade, a taxa de letalidade, hospitalização e sequelas; a relevância social através do medo e a relevância econômica pelo absentismo ao trabalho, custo de diagnóstico e tratamento;
- d) a vulnerabilidade, por meio da disponibilidade de instrumentos de prevenção e controle da doença;
- e) os compromissos internacionais com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) para o alcance de metas no controle ou erradicação;
- f) o Regulamento Sanitário Internacional, mediante a inclusão da notificação compulsória internacional; e
- g) as epidemias, surtos e agravos inusitados, que devem ser investigados e imediatamente notificados aos níveis superiores.

Quais as doenças de notificação compulsória?

Como notificar?

Estados e municípios podem incluir novas patologias na Lista de Doenças de Notificação Compulsória, desde que definam com clareza o motivo, o objetivo da notificação, os instrumentos, o fluxo de informação e as ações que serão realizadas.

Quais as doenças incluídas pelo seu município na Lista de Doenças de Notificação Compulsória?

São as doenças emergentes, reemergentes, os surtos, as epidemias ou aquelas cuja ocorrência seja importante para o planejamento de ações de controle ou eliminação.

No Brasil, existe subnotificação de doenças. As causas são o desconhecimento dos profissionais da saúde sobre as doenças de notificação e o descrédito do sistema de saúde. Mas a eficiência da notificação depende de cada profissional e do reconhecimento da importância dessa informação.



Saiba Mais

A Lista de Doenças de Notificação Compulsória para todo o país é estabelecida por portaria do Ministério da Saúde. Atualmente está em vigor:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional Vigilância Sanitária. Legislação em vigilância sanitária. Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=22561&word=portaria>>. Acesso em: 12 dez. 2009.



Na Prática

Fique de olho no site do governo, pois a portaria das doenças de notificação pode ser atualizada ou pode ser emitida uma nova.

Todo sistema de vigilância tem por objetivo o controle, a eliminação e a erradicação de doenças, como também a prevenção de sequelas. Isso deve ser feito próximo da ocorrência do problema para que a intervenção seja eficaz.

O principal instrumento de coleta de dados das doenças de notificação compulsória é o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), além de outros sistemas, como o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), todos vistos anteriormente no módulo 3 de Epidemiologia.

Lembre-se:

a) deve-se notificar a simples suspeita, pois quem vai investigar e confirmar o caso da doença é a vigilância epidemiológica – é para isso que ela existe.

b) a notificação é sigilosa, respeitando-se o anonimato dos cidadãos.

Mesmo na ausência de casos, a coleta de dados de notificação e o envio de boletins devem ser realizados – é o que se chama de notificação negativa.

Existem normas técnicas para uniformizar todos os procedimentos de notificação para a entrada de dados sobre cada doença, que são elaborados para serem consultados e divulgados. É o caso do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), formado por um conjunto de instituições públicas e privadas que compõe o SUS e que disciplina a notificação das doenças e agravos e orienta a conduta a ser tomada.

Os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica são transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para as secretarias estaduais e municipais de saúde, que possuem autonomia técnica, administrativa e financeira para desenvolver suas funções.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde atua apenas quando os problemas de saúde em vigilância epidemiológica ultrapassam a capacidade de resolução de municípios e estados.

2.5 Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)

Devido às mudanças ocorridas no perfil epidemiológico da população brasileira – com a diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da mortalidade por causas externas e por doenças crônicas degenerativas – e considerando ainda que as enfermidades não transmissíveis também colocam em risco grupos populacionais, torna-se necessária a incorporação de medidas coletivas para o enfrentamento dessas doenças e a sua incorporação dentro das atividades de vigilância epidemiológica. Após a década de 1960, as DANT passaram a ser mais preocupantes do que as doenças transmissíveis, isso em virtude:

- a) da transição demográfica, com a queda nas taxas de fecundidade e natalidade e o aumento na proporção de idosos, favorecendo doenças crônicas degenerativas como as cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias;
- b) da transição nutricional, com a diminuição da desnutrição e o aumento de pessoas com sobrepeso e obesidade; e
- c) dos traumas decorrentes de causas externas: violência, acidentes e envenenamentos.

A violência é um grande problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, em razão do grande número de mortes e internações, dos impactos gerados na sociedade e, principalmente nas famílias, e das repercussões econômicas para a saúde.

As causas externas constituem a terceira maior incidência de morte no Brasil e a segunda, para o sexo masculino. Entre 1980 e 2006, houve um aumento de 78% (de cerca de 70 mil para mais de 125 mil óbitos). São mais frequentes no sexo masculino e nas regiões metropolitanas, e o homicídio é a principal incidência de morte por causas externas. Os acidentes de transporte terrestre ocorrem com mais frequência em homens entre 20 e 59 anos (BRASIL, 2009).

Foi criada, estando em pleno funcionamento desde 2006, a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) para identificar e conhecer a gravidade das violências atendidas nas unidades de urgência e emergência.

2.6 Vigilância Epidemiológica de Doenças Emergentes e Reemergentes

Doenças reemergentes são aquelas conhecidas e controladas, mas que voltaram a apresentar ameaça à saúde humana, entre elas a dengue, a tuberculose e a hanseníase.

Com o desenvolvimento tecnológico e novas descobertas no campo da ciência biológica, esperava-se que as doenças infecciosas tivessem sua importância reduzida como causa de morbidade e de mortalidade no cenário mundial e até mesmo nos países em desenvolvimento. Acreditava-se também que essas doenças fossem substituídas por outras, não transmissíveis e/ou causadas por fatores externos, o que na realidade não está ocorrendo. A falta de planejamento territorial, as péssimas condições de saneamento e moradia, o trabalho insalubre, o êxodo rural e a favelização das cidades trouxeram condições ambientais favoráveis à permanência de doenças como dengue e hanseníase.

As doenças emergentes são doenças novas, desconhecidas da população, causadas por vírus ou bactérias não descritos antes, por mutações de vírus já existentes ou mesmo por um agente que antes atingia somente animais.

A AIDS é a mais importante doença emergente desde 1980. Outras merecem destaque e possuem programas específicos, como as do grupo das *doenças priônicas* – foi criado um grupo de trabalho com a finalidade de prevenir os agravos causados por príons, como a Doença de Creutzfeldt-Jacob e sua variante conhecida como Doença da vaca louca – e as do grupo das Síndromes Febris ou Hemorrágicas Agudas (SFHA), que apresentam um quadro agudo com um panorama de etiologias diversas, englobando as hepatites virais, doença meningocócica, febre amarela, leptospirose e outras com um grande percentual sem diagnóstico final ou com diagnóstico inconclusivo.

2.7 Laboratórios de Saúde Pública

Em 2004, foi criado o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública para atender com maior eficácia as ações da vigilância em saúde. Está dividido em quatro redes de laboratórios: os de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância em saúde ambiental e de assistência médica de alta complexidade.

As diretrizes desse sistema compreendem: o diagnóstico das doenças de notificação compulsória; vigilância de doenças transmissíveis e não transmissíveis; monitoramento da resistência microbiana;

padronização de kits de diagnósticos; vigilância da qualidade da água para consumo humano; vigilância da qualidade do ar; vigilância da qualidade do solo; vigilância de fatores ambientais físicos e químicos; vigilância de fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos); e o monitoramento de populações humanas expostas aos fatores ambientais biológicos, químicos e físicos.

A base do sistema são os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), localizados nos estados, que coordenam a Rede Estadual de Laboratórios, oferecendo exames de média e alta complexidade, capacitação, supervisão e qualidade técnica.

2.8 Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Foi instituído em 1973, após o êxito obtido pela campanha de erradicação da varíola, e é visto como um dos melhores programas de vacinação do mundo.

Desconhece as diferenças de classe social, de idade e moradia, promovendo a igualdade no Brasil. Todos, ricos e pobres, das cidades e dos campos, têm acesso às vacinas, apesar das dimensões continentais do nosso país, obedecendo rigorosamente aos princípios do SUS.

Sua função é a de distribuir vacinas, formular e executar políticas públicas, realizar um trabalho articulado com a vigilância epidemiológica, monitorar eventos adversos relacionados a vacinas e aprimorar os processos de controle de qualidade e produção de vacinas pelos laboratórios públicos nacionais.

A Portaria nº 1602, de 17 de julho de 2006, instituiu em todo o território nacional os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso (BRASIL, 2006).



Saiba Mais

Mantenha-se atualizado, acompanhando no site do governo, observando alguma alteração no Calendário de Vacinas:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendários de vacinação**. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1448>.

Acesso em: 10 dez. 2009.

SÍNTESE DA UNIDADE

Na Unidade 2, você estudou a vigilância epidemiológica na prática dos serviços de saúde, seu conceito e história, as funções da vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e agravos não transmissíveis, bem como de doenças emergentes e reemergentes. Também estudou sobre os Laboratórios de Saúde Pública e o Programa Nacional de Imunizações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 41. ed. atual. e ampl. Sao Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 1.602, de 17 de julho de 2006. Institui em todo o território nacional, os calendários de vacinação da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1602_17_07_2006.html>. Acesso em : 13 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, 2006.

UNIDADE 3

MÓDULO 16

3 NOÇÕES BÁSICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Nesta unidade, veremos as noções básicas de vigilância sanitária, iniciando por seu conceito e histórico. Conheceremos a seguir as áreas de atuação da vigilância sanitária no estado e no município. Estudaremos ainda a vigilância sanitária na atenção básica e a vigilância alimentar e nutricional. Vamos iniciar?

3.1 Conceito

Conforme apresentado na Lei Orgânica da Saúde o conceito de vigilância sanitária é o seguinte:

Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- a) controle de bens de consumo relacionados com a saúde, desde a produção até o consumo;
- b) controle da prestação de serviços associados com a saúde.

Resumindo, podemos afirmar que: vigilância sanitária significa orientar e fiscalizar todos os bens e serviços que possam interferir na saúde das pessoas.

3.2 Histórico

A vigilância sanitária originou-se na Europa dos séculos XVII e XVIII, com o surgimento da noção de “polícia sanitária”. Tinha como função regulamentar o exercício do profissional da saúde, combater o charlatanismo, exercer o saneamento da cidade, fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos para evitar a propagação das doenças. Segundo Lucchese (2008), três modelos econômicos marcaram a história do Brasil em diferentes contextos políticos: o modelo agroexportador, o modelo de substituição de importações e o modelo de abertura ao mercado global.

No modelo agroexportador, desde o Brasil Colônia até a década de 1940, encontraram-se três formas distintas de governo: Colônia, Império Independente e República, porém com um único modelo

econômico, o agroexportador, voltado ao cultivo e à extração de produtos primários e à importação de produtos industrializados, em que a fiscalização sanitária se concentrava no combate às epidemias e endemias, mas não havia um órgão específico de vigilância sanitária.

No modelo de substituição de importações, dos anos de 1940 até a década de 1990, o Brasil desenvolveu uma grande e diversificada produção de mercadorias sob controle sanitário, e a importação de manufaturas sofreu redução. O controle das epidemias e endemias passou a pertencer à vigilância epidemiológica, a quem cabe a fiscalização dos produtos de interesse sanitário, do mercado dos produtos farmacêuticos e similares, dos portos, aeroportos e fronteiras, da circulação de produtos, sendo todos esses serviços distribuídos em nível federal, estadual e municipal. Com a criação do SUS, a vigilância sanitária foi ampliada para o meio ambiente, locais de trabalho e serviços de saúde.

O modelo de abertura ao mercado global acontece a partir da década de 1990, com a abertura do mercado, a estabilidade da moeda brasileira e a invasão de produtos estrangeiros. Em 1997, surge a necessidade de reestruturação da vigilância sanitária para atuar nas importações, nas denúncias de falsificações de medicamentos, nas empresas clandestinas e nas suspeitas de corrupção. No final dos anos 90, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) passa a ser uma autarquia, com a criação, em 1999, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Nos 27 estados brasileiros foram implantados órgãos de vigilância sanitária junto às Secretarias Estaduais de Saúde. Um laboratório central em cada estado dá suporte analítico às ações de fiscalização. Foram municipalizados os serviços de vigilância sanitária que regulamentam e executam ações locais. O grau de complexidade varia entre os municípios quanto à sua estrutura, recursos e capacidade operativa.

O avanço mais significativo, após a criação da ANVISA, segundo Luchese (2008), está relacionado à transferência de recursos financeiros aos estados, que a Agência realiza regularmente nos acordos dos termos de ajustes, dotando os órgãos estaduais de melhores condições para o desempenho de suas funções.

3.3 Áreas de Atuação da Vigilância Sanitária

A ANVISA é uma agência reguladora que possui independência administrativa, estabilidade dos dirigentes durante o mandato e autonomia financeira. Está vinculada ao Ministério da Saúde através

de um contrato de gestão e tem uma Diretoria Colegiada com um diretor-presidente e quatro diretores.

São áreas de atuação da vigilância sanitária:

- a) **Agrotóxicos e toxicologia:** com legislação própria, programas de análises, reavaliação de toxicidade e uma rede de Centros de Informações Toxicológicas (CIT);

No estado de Santa Catarina, existe o Centro de Informações Toxicológicas (CIT/SC), que pode ser procurado sempre que você tiver dúvidas sobre intoxicações e envenenamentos. Em outro estado, procure o órgão responsável.



Saiba Mais

Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina CIT/SC
www.cit.sc.gov.br - cit@reitoria.ufsc.br - Tel.: 0800 643 5252

- b) **Alimentos:** legislação específica, inspeção, informes, registro de produtos, rotulagem, ações fiscais, segurança alimentar;
- c) **Cosméticos:** legislação, inspeção, informes, registro de produtos, rotulagem, ações fiscais;
- d) **Derivados do tabaco:** embalagem, legislação, cadastro;
- e) **Inspeção:** fiscalização, farmácias e drogarias, inspeção de alimentos, medicamentos e cosméticos, produtos para a saúde, saneantes, insumos farmacêuticos, propaganda;
- f) **Medicamentos:** bulas, conceitos e siglas, fitoterápicos e homeopáticos, inspeção, legislação, lista de medicamentos, produtos controlados, propriedade intelectual;
- g) **Monitoramento de propaganda:** informes técnicos, legislação, fiscalização, propaganda na mídia;
- h) **Portos, aeroportos e fronteiras:** controle sanitário de produtos, legislação;
- i) **Produtos para a saúde:** autorizações, boas práticas de fabricação, inspeção, legislação, notas técnicas;

- j) **Rede Brasileira de Laboratórios (REBLAS):** laboratórios estaduais de saúde pública (LACENs), laboratórios habilitados, *kit* de diagnósticos, informes, programas;
- k) **Regulação de mercado:** comparação de preços, lista de preços de medicamentos, sistema de monitoramento de mercado;
- l) **Relações internacionais:** acordos, cooperação, pareceres jurídicos, propriedade intelectual, MERCOSUL;
- m) **Saneantes:** autorização, inspeção, legislação, registro.
- n) **Sangue, tecidos e órgãos:** legislação, embalagens, importação de células e tecidos, legislação, cadastro;
- o) **Serviços de saúde:** arquitetura e engenharia em saúde, avaliação dos serviços, controle de infecção, legislação, organização;
- p) **Vigilância pós-comercialização:** farmacovigilância; hemovigilância, NOTIVISA (Notificações em Vigilância Sanitária); Rede Sentinela (vigilância em eventos adversos e queixas técnicas de produtos, em parceria com os serviços de saúde, Associação Médica Brasileira e vigilâncias estaduais e municipais); e tecnovigilância.



Saiba Mais

Atualize-se e confira os alertas da ANVISA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/alerta>>.

Acesso em: 12 mar. 2009.

3.4 Áreas de atuação da vigilância sanitária estadual

A vigilância sanitária estadual, órgão integrante das Secretarias de Estados da Saúde, realiza atividades de descentralização, suporte técnico, administrativo e financeiro aos municípios, firma convênios, orienta e fiscaliza o saneamento, a comercialização de produtos que afetam a saúde, os estabelecimentos e atividades de saúde.

São áreas de atuação da vigilância sanitária de Santa Catarina:

- a) arquitetura e engenharia da saúde: inspeção, análise de projetos, legislação, orientação;
- b) inspeção de produtos e serviços de saúde: alimentos, cosméticos, medicamentos, saneantes, produtos para a saúde e serviços de saúde;
- c) saúde ambiental: água – SISágua e legislação;
- d) saúde do trabalhador: inspeção do ambiente de trabalho, riscos, legislação, Centros de Referências em Saúde do Trabalhador;
- e) toxicovigilância: em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina, junto ao CIT (Centro de Informações Toxicológicas); e
- f) vigilância pós-comercialização: notificação, monitoramento, Notivisa, Rede Sentinela.

3.5 Áreas de Atuação da Vigilância Sanitária Municipal

A vigilância sanitária municipal tem como atuação a orientação e fiscalização de estabelecimentos de saúde, creches, asilos, hospitais, clínicas, serviços de diagnósticos e tratamentos; as atividades de saúde, como o exercício profissional, propagandas, elementos radioativos e ionizantes, sangue e hemoderivados; as reclamações, vistorias sanitárias, atividades educativas, abastecimento e melhorias individuais e coletivas de água, destino final de dejetos e resíduos sólidos; os estabelecimentos que fabricam, manipulam e comercializam produtos.

Como está a vigilância sanitária no seu município?

Quais as dificuldades encontradas?

As atividades desenvolvidas em seu setor de trabalho encontram-se articuladas com a vigilância sanitária?

3.6 A vigilância Sanitária na Atenção Básica

Todas as ações de fiscalização e orientação promovidas pela Equipe da Saúde da Família são ações de vigilância sanitária, realizadas por meio da fiscalização das moradias, do meio ambiente (solo e ar), da água de abastecimento da comunidade, da coleta e disposição final adequada do lixo e da disposição adequada das águas de esgoto.

A atenção da Vigilância Sanitária deverá estar voltada não somente para as denúncias da comunidade, mas também para as denúncias dos agentes comunitários de saúde.

Além da vigilância sanitária, a vigilância alimentar e nutricional também previne riscos, protegendo a saúde da população brasileira e trabalhando para o diagnóstico coletivo das condições de nutrição da população através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

3.7 Vigilância Alimentar e Nutricional

O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) subsidia as ações de promoção para uma alimentação saudável e elaborou o Guia Alimentar para a População Brasileira.

Uma das estratégias de ação consiste no acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família, um grupo vulnerável, em que o risco nutricional pode ser identificado precocemente para a tomada de decisões.

A alimentação e a nutrição são condições fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania.

A partir de 2006, o Ministério da Saúde passou a registrar o estado nutricional de crianças menores de 7 anos de idade e mulheres em idade fértil, beneficiários do Bolsa Família, obtendo os seguintes indicadores:

- a) índice de peso por idade: reflete o estado de saúde da criança e permite avaliar seu crescimento. Em 2007, 7,9% das crianças do Bolsa Família apresentaram baixo peso para a idade;
- b) índice de estatura por idade: expressa o crescimento linear da criança. Em 2007, 15% das crianças beneficiárias menores de 7 anos apresentaram baixa estatura. Portanto a baixa estatura

é um problema muito mais prevalente em relação ao baixo peso para a idade no Brasil, principalmente na região Norte;

- c) índice de peso por estatura: mostra o diagnóstico do excesso de peso na população infantil. Em 2007, 10,6% das crianças menores de 7 anos beneficiárias do Bolsa Família encontravam-se com peso elevado para a estatura, sendo as maiores prevalências encontradas nas regiões Sul, Nordeste e Sudeste.

É imprescindível o papel da Estratégia Saúde da Família no acompanhamento da situação alimentar e nutricional da população brasileira.

A situação da saúde e nutrição no Brasil é caracterizada pela presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e obesidade, e ainda por doenças causadas pela falta de nutrientes, como desnutrição, anemia e deficiência de vitamina A. Uma das causas é a alimentação inadequada e a má distribuição de alimentos.

O Brasil possui a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), desde 1999, que tem como principais diretrizes:

- a) estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- b) garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços;
- c) monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- d) promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- e) prevenção e controle de distúrbios alimentares e das doenças associadas à alimentação e nutrição;
- f) promoção de linhas de investigação;
- g) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

O PNAN determina que os órgãos do Ministério da Saúde elaborem e organizem suas atividades dentro do contexto da segurança alimentar e nutricional.

De acordo com a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional nº 11.346, em seu artigo 3º, de 15 de setembro 2006, a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao

acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que seja ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentável (BRASIL, 2006).

Também em 2006, a mesma Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, propicia a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), que visa assegurar à população brasileira o direito à alimentação adequada e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), instrumento de articulação entre governo e sociedade, ligados diretamente à Presidência da República, que, entre outras atribuições, convoca a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, precedida das conferências estaduais e municipais (BRASIL, 2006).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, criado em 2004 - por intermédio da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - é o responsável pelo desenvolvimento e implantação de políticas de segurança alimentar nutricional, que estão ligadas ao conjunto de estratégias Fome Zero.

A alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias.

A Segurança Alimentar e Nutricional abrange, entre outras atividades:

- a) a ampliação das condições de acesso aos alimentos através da produção, principalmente da agricultura tradicional e familiar, do processamento, da industrialização, da comercialização, do abastecimento e da distribuição, incluindo-se a água, da geração de emprego e da redistribuição da renda;
- b) a conservação da biodiversidade e a utilização sustentável dos recursos;
- c) a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e em situação de vulnerabilidade social;

- d) a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população.

As Equipes de Saúde da Família do seu município estão detectando crianças desnutridas?

E obesas?

Quais as ações efetuadas para a prevenção das doenças relacionadas com a alimentação inadequada?



Saiba Mais

Para ampliar seus conhecimentos sobre o tema, faça a seguinte leitura:
BRASIL. Ministério da Saúde. 100 anos de prevenção e controle de doenças no Brasil. Brasília, 2008. 40 p.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta Unidade 3, você estudou noções básicas de vigilância sanitária, as áreas estadual e municipal de atuação, a vigilância sanitária na atenção básica e a vigilância alimentar e nutricional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos Jurídicos. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 12 dez. 2009.

LUCHESE, G. **Globalização e regulação sanitária**: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. Brasília: ANVISA, 2008.

UNIDADE 4

MÓDULO 16

4 VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

4.1 Conceito

As alterações no meio ambiente interferem na saúde humana e contribuem para a elevação dos custos empregados no tratamento de doenças previsíveis. A degradação dos ecossistemas, a contaminação da atmosfera, do solo e da água, o aquecimento global são exemplos dos impactos causados ao ambiente pelas atividades humanas, os quais aumentam os riscos de doenças, das condições de moradia e trabalho.

Em 2005, foi criado o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SNVAS), em razão da necessidade de superar o modelo de vigilância em saúde vigente, baseado em agravos. Esse novo modelo levou em consideração a preocupação com o meio ambiente na prática da saúde pública. O órgão tem como finalidade a coordenação, avaliação, planejamento, acompanhamento, inspeção e supervisão das ações de vigilância relacionadas com as doenças e agravos à saúde referentes:

- a) à água para consumo humano;
- b) a contaminantes do ar e do solo;
- c) a desastres naturais;
- d) a contaminantes ambientais e substâncias químicas;
- e) a acidentes com produtos perigosos;
- f) a efeitos dos fatores físicos; e
- g) a condições saudáveis no ambiente do trabalho.

4.2 Programas de Vigilância Ambiental em Saúde

A vigilância ambiental em saúde possui programas específicos para as diversas áreas de atuação. Alguns são citados no quadro 3, a seguir:

VIGIÁGUA

Programa Nacional de Vigilância Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano, com os objetivos de reduzir a morbimortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica através da vigilância da qualidade da água de abastecimento público; de buscar melhorias das condições sanitárias da água; de avaliar e gerenciar o risco à saúde das condições sanitárias das diversas formas de águas de abastecimento; de monitorar e informar a população sobre a qualidade da água; de apoiar ações educativas em saúde e coordenar o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água – SISÁgua.

VIGISOLO

Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado, que tem por objetivo recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças relacionados à contaminação do solo por substâncias químicas.

VIGIAR

Vigilância de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos tem como objetivo prevenir e reduzir os riscos de doença da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos, priorizando as regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou o social que gerem poluição atmosférica, as chamadas de Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de interesse para a Saúde (4AS).

VIGIÁGUA

Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos Riscos decorrentes de desastres Naturais, que tem por objetivo desenvolver ações para reduzir a exposição da população e dos profissionais da saúde aos riscos de desastres e redução de doenças deles decorrentes. Entendendo-se por desastre a interrupção grave do funcionamento normal de uma comunidade, e que suas perdas e danos materiais superam a capacidade de resposta e recuperação dessa comunidade. No Brasil, os desastres são causados por eventos como secas/estiagens, enchentes/inundações, incêndios florestais, deslizamentos de terras, vendavais, tornados/furacões, granizo, e terremotos. Tem ações articuladas com o Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC.

VIGIQUIM

Vigilância Ambiental de Contaminantes Ambientais e Substâncias Químicas têm por objetivo identificar, caracterizar e monitorar as populações expostas às substâncias químicas. O programa selecionou cinco substâncias consideradas prioritárias para o monitoramento, devido ao risco que trazem à população: asbesto/amianto, benzeno, agrotóxicos, mercúrio e chumbo; e como grupos de riscos prioritários os trabalhadores expostos a esses contaminantes e a comunidade que reside no entorno das áreas industriais. O programa também conta com o SIMPEAQ – Sistema de Monitoramento de Populações Expostas a Agentes Químicos.

Figura 3: Programas de vigilância ambiental em saúde.

4.3 Áreas de Atuação da Vigilância Ambiental Estadual

No estado de Santa Catarina, a Secretaria de Estado da Saúde possui a Gerência em Saúde Ambiental (GESAM), que trata dos agravos decorrentes da contaminação do meio ambiente. Fiscaliza e orienta os estabelecimentos, emitindo alvarás sanitários e atendendo denúncias da população. Atua no controle da qualidade da água de abastecimento público, no gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e na fiscalização do transporte rodoviário de produtos perigosos.

Os agrotóxicos estão entre os mais importantes fatores de risco para a saúde da população, sobretudo para os trabalhadores expostos e para o meio ambiente, por isso é um agravo de interesse nacional e notificado pelas Unidades de Saúde no SINAN. Os dados, coletados e atualizados na ficha de notificação/investigação, estão disponíveis para análise nos bancos de dados das três esferas de governo.



Saiba Mais

Consultando as informações disponíveis no site: <http://www.saude.gov.br/svs>.

Existem ainda o Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas (SINITOX), responsável pela análise e divulgação de casos de intoxicação e envenenamento, e o Programa de Análise de Resíduos de Agrotóxicos em Alimentos (PARA). Dados do SINITOX, 2006, mostraram 6.297 casos registrados de intoxicação por agrotóxicos de uso agrícola no Brasil, sendo 43% por tentativa de suicídio, 65% do sexo masculino, 59% deles ocorridos na área urbana e 26% na faixa etária entre 20-29 anos. Em Santa Catarina, foram registrados 615 casos em 2006, sendo 49% por tentativa de suicídio, 65% do sexo masculino, 54% deles ocorridos na área urbana e 25% na faixa etária entre 20-29 anos. Informe-se sobre a atuação da vigilância ambiental no seu município. Além da vigilância ambiental, existe a vigilância em saúde do trabalhador, protegendo o ser humano no seu ambiente de trabalho (BRASIL, 2009).

4.4 Vigilância em Saúde do Trabalhador

Os primeiros estudos sobre a segurança e saúde do trabalho se iniciaram no século XVIII, com o médico Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho, que, na anamnese para diagnóstico clínico, acrescentava uma nova pergunta ao paciente:

qual a sua ocupação? No seu tratado médico, descrevia uma série de doenças relacionadas com mais de 50 profissões.

Mas a preocupação da sociedade com a relação entre trabalho e doença só surgiu após a Revolução Industrial na Inglaterra, em razão do aumento do número de acidentes de trabalho e de doenças. Nesse contexto, surgiram as primeiras leis de proteção ao trabalhador e ao meio ambiente.

No Brasil, o primeiro decreto de proteção ao trabalho surgiu em 1919 e tratava da assistência médica e da indenização. Após a Revolução de 1930, o aumento das reivindicações trabalhistas fez surgir, em 1943, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e outras leis sobre segurança e saúde do trabalhador.

O homem está sujeito a riscos de saúde ocasionados por agentes agressores no seu ambiente de trabalho, como:

- a) **Riscos químicos:** gases, vapores, poeiras, fumos, névoas, neblina;
- b) **Riscos físicos:** temperaturas extremas, ruído e vibrações, pressões anormais, radiações ionizantes e não ionizantes;
- c) **Riscos biológicos:** vírus, bactérias, fungos, protozoários, parasitas;
- d) **Riscos de acidentes:** eletricidade, iluminação, maquinário e equipamentos, incêndio/explosão, armazenamento, ferramentas inadequadas, animais;
- e) **Riscos ergonômicos:** postura, esforço físico, levantamento de peso, transporte de peso, ritmo de trabalho, turno de trabalho, jornada de trabalho, repetitividade.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador, em vigor desde 2004, visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, através de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.

Considerando a importância do trabalho para a qualidade de vida do ser humano e para a sociedade e que todos os indivíduos já foram, são ou serão trabalhadores, é importante que os profissionais da saúde conheçam as relações entre saúde e trabalho e incorporem esse conhecimento em sua prática cotidiana. Suas diretrizes são descritas na Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005 e compreendem:

A atenção integral à saúde; a articulação intra e intersetorial; a estruturação da rede de informações em Saúde do Trabalhador; o apoio a estudos e pesquisas; a capacitação de recursos humanos; e a participação da comunidade na gestão dessas ações (BRASIL, 2005, p. 1).

4.4.1 Segurança do Trabalho

A segurança do trabalho é a parte da engenharia que trata de reconhecer, avaliar e controlar as condições, atos e fatores humanos de insegurança nos ambientes de trabalho, com o intuito de evitar acidentes.

No sistema de saúde brasileiro, existem duas formas de prover a atenção à saúde dos trabalhadores: a rede pública, com os programas e centros de referência em saúde do trabalhador; e a rede privada, constituída por: Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), mantidos pelo empregador, os serviços assistenciais mantidos pelas empresas e os serviços de medicina de grupo, seguro saúde.

A segurança do trabalho é a prevenção das perdas, e os recursos utilizados para a eliminação dos riscos de acidentes podem ser:

Com uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como: o cinto de segurança (proteção contra queda); capacetes de segurança (proteção para cabeça); óculos de segurança (proteção visual); luvas de segurança (proteção para membros superiores); calçados de segurança (proteção para membros inferiores); capas de segurança (proteção para o tronco); protetores auriculares (proteção auricular); e máscaras respiratórias (proteção respiratória).

Com uso de Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC): são dispositivos que atuam no controle das fontes geradoras de agentes agressores ao homem e ao meio ambiente, como: exaustores, extintores de incêndio, paredes corta-fogo e outros.

As empresas devem ter programas de treinamento para os trabalhadores sobre os EPI, para transmitir práticas seguras no trabalho e criar hábitos de segurança.

4.4.2 Redes de Atenção à Saúde do Trabalhador

Encontra-se implantada atualmente a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) que é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e por uma Rede Sentinela de serviços de média e alta complexidade, responsáveis por diagnosticar acidentes e doenças relacionados ao trabalho e pelo registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET).

A RENAST responde pela execução de ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação à saúde do trabalhador brasileiro.

Os CEREST promovem ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador através da prevenção e da vigilância em níveis regional e estadual.

Os CEREST regionais têm por objetivo: capacitar equipes de trabalho na rede, apoiar as investigações, assessorar convênios de cooperação técnica, subsidiar a formulação de políticas públicas, apoiar a estrutura da assistência de média e alta complexidade para atender os acidentes e agravos da lista de doenças relacionadas ao trabalho e os agravos de notificação compulsória, contida na Portaria GM/MS nº 777, de 28 de abril de 2004. A equipe é formada por quatro profissionais de nível médio, sendo dois auxiliares de enfermagem, e por seis de nível superior, sendo um médico, um enfermeiro e outros (BRASIL, 2004).

Os CEREST estaduais têm por objetivo elaborar e executar a política estadual de saúde do trabalhador, acompanhar os planos de ação dos CEREST regionais, coordenar a pactuação para definição da Rede Sentinela e contribuir para as ações de vigilância em saúde. A equipe é formada por cinco profissionais de nível médio, sendo dois auxiliares de enfermagem, e dez de nível superior, sendo dois médicos, um enfermeiro e outros.

A Rede Sentinela é composta por unidades de saúde chamadas unidades sentinelas que identificam, investigam e notificam, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes do trabalho.

4.4.3 O Trabalho Infantil

A legislação brasileira permite, em circunstâncias especiais, o trabalho para maiores de 14 anos na condição de aprendizes e para maiores de 16 anos na condição de trabalhadores, protegidos e com os direitos trabalhistas e previdenciários assegurados. Entretanto, de acordo com o IBGE, cerca de 91% das crianças de 5 a 9 anos, 72% das crianças

de 10 a 14 anos e 33% dos jovens de 15 a 17 anos não recebem remuneração pelos trabalhos que desempenham (IBGE, 2009).

O trabalho diminui o tempo disponível da criança para o lazer, para a família, para a educação e para estabelecer relações com outras crianças e outras pessoas. A proporção de abandono escolar é maior entre crianças e adolescentes que trabalham, assim como aumentam os problemas no desempenho escolar e na saúde. Somando-se a isso, ainda se tem os acidentes e doenças associados ao trabalho que refletem as precárias condições a que são submetidas às crianças e adolescentes.

O Trabalho infantil vem diminuindo a cada ano, porém preocupa o trabalho exercido nas faixas etárias impróprias, de 5 a 15 anos, que ocorre principalmente em atividades agrícolas, concentrando-se na região Nordeste (IBGE, 2009).

A sua região possui empresas e fábricas?
Elas possuem Comissão Interna de Prevenção de Acidentes?
Sua unidade de saúde atende trabalhadores urbanos?
E da área rural? E as crianças e adolescentes?



Saiba Mais

Procure ampliar seus conhecimentos, lendo:

Brasil. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde ambiental**: dados e indicadores selecionados. Brasília, 2008. (Edição especial, v. 3, n. 3).

Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm_id_area=928>. Acesso em: 14 ago. 2009.

SÍNTESE DA UNIDADE

Para finalizar o módulo você estudou, na Unidade 4, as áreas de atuação da vigilância ambiental estadual. Também viu questões relativas à vigilância em saúde do trabalhador, à segurança do trabalho, às redes de atenção à saúde do trabalhador e ao trabalho infantil.

CAROS ESPECIALIZANDOS

Recordando o que acabamos de verificar sobre o tema “Vigilância em Saúde” nos vários tópicos apresentados, podemos agora observar a importância que se reveste o assunto quando desenvolvemos qualquer atividade na área da saúde coletiva. Os dados de notificação conhecidos e trabalhados cientificamente se transformam em informações que fundamentam discussões, embasando claramente o planejamento e execução de ações para a eliminação, controle ou a prevenção das doenças e agravos, assegurando-se melhores indicadores de saúde para a população. Assim fica mais fácil. O sucesso tem sabor agradável. Vamos em frente desenvolvendo nosso trabalho!

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas (SINITOX). **Registros de intoxicações, 2006**. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=111>. Acesso em: 18 dez. 2009.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005. Suspende por até 30 dias, o efeito das Portarias para análise de impactos financeiros e apreciação da Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1187_2005.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2009.

BRASIL. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinelas específica, no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2004. Seção 1, p. 37-38.

IBGE. **O trabalho infantil**: síntese de indicadores sociais 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.br>>. Acesso em: 4 dez. 2009.

SAÚDE ocupacional. Disponível em: <<http://images.google.com.br/images?hl=pt-BR&gbv=2&tbs=isch:1&q=saude+do+trabalhador+and+mineiro&sa=N&start=18&ndsp=18>>. Acesso em: 7 abr. 2010.

AUTORES

Alcides Milton da Silva

Possui graduação em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialização em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia das Doenças Transmissíveis, Sistema único de Saúde e Vigilância em Saúde. Foi Secretário Municipal de Saúde em três gestões, nos períodos: 1988/1992, 1998/ 2000 e 2003/2004.

Jane Maria de Souza Philippi

Graduação em Farmácia e Bioquímica, tecnologia de alimentos pela Universidade Federal de Santa Catarina. Sanitarista com Especialização em Saúde Pública pela Escola São Camilo, São Paulo. Mestre em Ciência dos Alimentos pela Universidade Federal de Santa Catarina e Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. É professora adjunta da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando nos temas: saúde pública, sistema único de saúde, qualidade de vida, saúde do escolar, saúde da mulher, vigilância sanitária, saneamento e alimentos.

Este módulo pretende instrumentalizar o grupo para desenvolver ações planejadas e programadas a partir da notificação de doenças e agravos, visando o aprimoramento da assistência na atenção básica de saúde. Para isto, contaremos com quatro unidades que abordarão os temas necessários para alcançar nossos objetivos.

Ministério
da Saúde



**Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina**