

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA TÉCNICA DE GESTÃO

**INSTRUTIVO PARA O PREENCHIMENTO DA
PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA
PARA AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
(PPI-VS)**

SUMÁRIO

1. NOTIFICAÇÃO

Ação 1.1. Notificar casos de paralisia flácida aguda (PFA)	06
Ação 1.2 Realizar notificação de sarampo	07

2. INVESTIGAÇÃO

Ação 2.1. Iniciar investigação epidemiológica oportunamente para doenças exantemáticas	07
Ação 2.2. Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA	08
Ação 2.3. Notificar e investigar os surtos de doenças transmissíveis por alimentos e água (DTA) ocorridos nos municípios com mais de 100.000 habitantes	08
Ação 2.4. Notificar os surtos de DTA ocorridos nos municípios com menos de 100.000 habitantes	10
Ação 2.5. Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC)	11

3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE AGRAVOS DE SAÚDE PÚBLICA

Ação 3.1. Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas – sarampo e rubéola	12
Ação 3.2. Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial	13
Ação 3.3. Realizar testagem do HIV em gestantes	13
Ação 3.4. Implantar triagem sorológica para hepatites virais nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)	14
Ação 3.5. Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes	15
Ação 3.6. Elaborar documento sobre a rede de laboratórios públicos e conveniados, identificados pelo LACEN no estado, que realizam o diagnóstico de doenças de notificação compulsória e agravos de interesse sanitário, segundo instrumento de avaliação elaborado pela CGLAB	16

4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Ação 4.1. Cadastrar áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas	17
Ação 4.2. Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA	18

5. VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E ANTROPOZOONOSES

5.1. Vigilância Entomológica

Ação 5.1.1. Realizar pesquisa e/ou monitoramento de triatomíneos nos municípios, conforme classificação das áreas estabelecidas na estratificação de risco	19
Ação 5.1.2. Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do <i>Aedes aegypti</i> e <i>Aedes albopictus</i> em imóveis – municípios infestados	19
Ação 5.1.3. Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i>	20

Ação 5.1.4. Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos nos municípios, conforme classificação epidemiológica para leishmaniose visceral	21
5.2. Vigilância de Hospedeiros e Reservatórios	
Ação 5.2.1. Prover sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais	22
5.3. Controle Vetorial	
Ação 5.3.1. Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneo	23
Ação 5.3.2. Realizar tratamento de imóveis com focos de mosquitos, visando o controle da dengue	23
5.4. Imunizações de Reservatórios	
Ação 5.4.1. Realizar campanha de vacinação anti-rábica em cães	24
6. CONTROLE DE DOENÇAS	
Ação 6.1. Curar casos novos de tuberculose bacilíferos	25
Ação 6.2. Aumentar a taxa de cura de hanseníase	26
Ação 6.3. Realizar exames coproscópicos para controle de esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas	27
Ação 6.4. Reduzir a Incidência Parasitária Anual por malária (IPA)	28
Ação 6.5. Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV), de acordo com as diretrizes	28
7. IMUNIZAÇÕES	
7.1. Vacinação de Rotina	
Ação 7.1.1. Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tetravalente em < 1 ano	29
Ação 7.1.2. Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tríplice viral em crianças de 1 ano	30
Ação 7.1.3. Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a hepatite B em < 1 ano	31
7.2. Vacinação de Campanha	
Ação 7.2.1. Realizar campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite	31
Ação 7.2.2. Realizar campanha anual contra a influenza	32
7.3. Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação	
Ação 7.3.1. Investigar os eventos adversos graves pós-vacinação	32

8. MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ação 8.1. Detectar surtos de Doenças Diarréicas Agudas (DDA) por meio da Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (DDA)	33
Ação 8.2. Implantar a vigilância epidemiológica de sífilis em gestantes	34
Ação 8.3. Elaboração de plano de ação para implementação da vigilância e prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT	34
Ação 8.4. Investigar óbitos maternos	35

9. DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Ação 9.1. Elaborar informes epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da situação epidemiológica de agravos relevantes	36
---	----

10. ELABORAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EPIDEMIOLOGIA

Ação 10.1. Realizar análise da situação de saúde	36
--	----

11. ALIMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

11.1. Sistema de Informação de Mortalidade - SIM

Ação 11.1.1. Realizar coleta das declarações de óbito – DO	37
Ação 11.1.2. Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito	38

11.2. Sinasc

Ação 11.2.1. Realizar coleta da declaração de nascidos vivos – DN	39
---	----

11.3. Sinan

Ação 11.3.1. Realizar envio regular de dados (Sinan)	40
--	----

12. ACOMPANHAMENTO DA PPI-VS

Ação 12.1. Supervisionar a PPI-VS	41
-----------------------------------	----

13. PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ação 13.1. Elaborar e pactuar os planos de ação em VISA que contemplem o Plano Diretor de Vigilância Sanitária	42
Ação 13.2. Ação educativa em Vigilância Sanitária	43

13.3. Inspeção Sanitária

Ação 13.3.1. Serviços de alimentação	44
Ação 13.3.2. Creches e estabelecimentos de educação infantil	44

ANEXOS

Anexo 1 – Planilha de controle de oportunidade de notificação e investigação de surtos de DTA	47
Anexo 2 - Prazo para encerramento dos casos notificados como suspeitos ou confirmados	48
Anexo 3 – Prazo no qual foram incluídos casos notificados como suspeitos ou confirmados para avaliação do encerramento	49
Anexo 4 - Relatório padronizado da Vigilância em Saúde de populações expostas a solo contaminado e ficha de campo	50
Anexo 5 – Modelo de relatório das ações em Vigilância Ambiental relacionados a qualidade da água para consumo humano	55
Anexo 6 - Estimativa de cães a serem vacinados por Unidade da Federação	58
Anexo 7 –Planilhas de Monitorização de Doenças Diarréicas Agudas – MDDA	59
Anexo 8 - Roteiro para Plano de Ação de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis para estados e capitais	62
Anexo 9 – Proporção de municípios e população residente em municípios com CGM<4 segundo a UF e respectiva meta a ser alcançada.	66
Anexo 10 - Proporção de óbitos por causas mal definidas em 2004 e meta de mortalidade proporcional por causas mal definidas para os estados brasileiros em 2006	67
Anexo 11 – Nascidos vivos estimados, Brasil, Regiões e Estados, 2006.	68

Este instrutivo pretende disponibilizar às Secretarias Estaduais de Saúde, Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB) informações para o planejamento das ações e adequado preenchimento do instrumento de pactuação da PPI-VS 2006.

1. NOTIFICAÇÃO

Ação 1.1 - Notificar casos de paralisia flácida aguda (PFA)

Parâmetro: Coeficiente de detecção esperada de PFA na América Latina.

Meta: Um caso por 100.000 habitantes menores de 15 anos.

Importância do Indicador:

Representa o esforço das UF na detecção de casos de paralisias flácidas agudas, com o objetivo de monitorar a manutenção da erradicação da poliomielite no Brasil. A detecção de casos é a primeira etapa para desencadear a investigação epidemiológica (incluindo a coleta de material para exame laboratorial), possibilitando a rápida identificação de casos importados de poliomielite, ou de casos associados à vacina ou ainda a circulação de vírus derivados vacinais na população.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Total de casos de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos notificados}}{\text{População de menores de 15 anos da UF}} \times 100.000 \text{ hab.}$$

Fonte de Verificação: Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN.

Informações Adicionais:

Este indicador tem que ser analisado conjuntamente com dois outros indicadores operacionais da vigilância das PFA: investigação oportuna e coleta oportuna de fezes.

Ação 1.2 - Realizar notificação de sarampo

Parâmetro: Número de unidades notificando negativa ou positivamente, por semana epidemiológica.

Meta: 80% das unidades notificantes.

Importância do Indicador:

O sarampo é uma doença sob processo de eliminação das Américas. A notificação negativa ou positiva reflete o esforço dos serviços de saúde na identificação precoce de casos suspeitos, o que possibilita a adoção imediata das medidas de controle.

Método de Cálculo:

Somatório das unidades que notificaram casos suspeitos de sarampo e das unidades que informaram notificação negativa para esta doença $\frac{\text{Total de unidades notificantes existentes na UF, na semana epidemiológica de notificação}}{\text{Total de unidades notificantes existentes na UF, na semana epidemiológica de notificação}} \times 100$

Fonte de Verificação: Boletim de Notificação Semanal (BNS).

Informações Adicionais:

O BNS consolida, no nível estadual, informações semanais de agregados de casos suspeitos, confirmados e descartados de Sarampo, Rubéola e de Síndrome da Rubéola Congênita.

2. INVESTIGAÇÃO

Ação 2.1 - Iniciar investigação epidemiológica oportunamente para doenças exantemáticas (sarampo e rubéola)

Parâmetro: Casos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) investigados em 48 horas em relação aos notificados.

Meta: 80% dos casos.

Importância do Indicador:

O esforço de erradicação do sarampo e de eliminação da rubéola pressupõe agilidade na caracterização do risco da ocorrência de surtos e epidemias por estas doenças e na adoção das medidas cabíveis de controle, o que é feito mediante a investigação epidemiológica. Este indicador informa sobre a agilidade da vigilância frente à detecção de casos suspeitos.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados até 48 horas após a notificação}}{\text{Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola notificados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN

Ação 2.2 - Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA

Parâmetro: Casos de PFA com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora, em relação ao total de casos de PFA detectados.

Meta: 80% dos casos.

Importância do Indicador:

Monitorar a circulação de enterovírus no país e garantir alta especificidade ao sistema de vigilância das PFA, garantindo a adoção de medidas efetivas para manter a erradicação da poliomielite no país.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Total de casos de PFA com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora}}{\text{Total de casos de PFA detectados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

Informações Adicionais:

Este indicador tem que ser analisado conjuntamente com dois outros indicadores operacionais da vigilância das PFA: taxa de detecção em menores de 15 anos e investigação oportuna.

Ação 2.3 - Notificar e investigar os surtos de doenças transmissíveis por alimentos e água (DTA) ocorridos nos municípios com mais de 100.000 habitantes

Parâmetro: Recebimento mensal dos relatórios dos surtos investigados ou notificação negativa dos surtos de DTA nos municípios com mais de 100.000 habitantes ou alimentação do módulo de surto do SINAN.

Meta: 70% dos municípios com mais de 100.000 habitantes realizando notificação e investigação de surtos de DTA.

Importância do Indicador:

Permite o conhecimento, acompanhamento e investigação oportuna dos surtos de DTA pela equipe municipal.

Fonte de Verificação: Formulários específicos da VE-DTA /Módulo de Surtos do SINAN-NET.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de municípios que estão realizando notificação negativa ou notificação/} \\ \text{investigação de surtos até o dia 5 de cada mês}}{\text{Total de municípios com mais de 100.000 habitantes na UF}} \times 100$$

Informações Adicionais:

Todos os surtos de DTA deverão ser notificados imediatamente às SES por telefone e no módulo de surtos do SINAN-NET (em fase final de teste, com implantação prevista para 1º semestre de 2006). As notificações negativas de surtos de DTA deverão ser feitas mensalmente pelas SMS à SES até o dia 5 de cada mês.

No dia 6 de cada mês ou próximo dia útil, o técnico da SES, responsável pela VE-DTA, deve consolidar o número de surtos notificados por município na **Planilha de Controle de Oportunidade de Notificação e Investigação de Surtos de DTA**, sugerida pela Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – COVEH (**Anexo 1**). Também se deve verificar o número de surtos de DTA notificados no SINAN-NET por município e anotar na planilha. Esse total deve ser igual ao número de surtos informados por telefone à SES. Anotar como número zero os municípios com notificação negativa e como IGN (ignorado) os municípios que não enviaram as informações até o dia 5 de cada mês. Calcular o percentual de municípios com notificação negativa ou notificação/investigação até dia 05 de cada mês para controlar a ação 2.3 mês a mês. Essa planilha deve ser enviada para o endereço eletrônico da COVEH/SVS (coveh@saude.gov.br), até o dia 10 de cada mês ou próximo dia útil.

Os municípios com mais de 100.000 habitantes devem realizar a investigação com a equipe local. Quando a SMS não tiver condições técnicas, solicitar apoio da SES. Todo surto de DTA deve ser notificado no mês de ocorrência e a investigação deve ser imediata, no entanto o encerramento do surto

pode ser feito até 60 dias após a data da notificação. O Formulário 5 da VE-DTA, que contém os resultados da investigação do surto, deve ser digitado no SINAN-NET e encaminhado à SES. Enquanto o SINAN-NET não estiver implantado, somente enviar o Formulário 5 para a SES.

Ação 2.4 - Notificar os surtos de DTA ocorridos nos municípios com menos de 100.000 habitantes

Parâmetro: Recebimento mensal das notificações de surtos ou notificação negativa dos surtos de DTA nos municípios com menos de 100.000 habitantes ou alimentação do módulo de surto do SINAN.

Meta: 70% dos municípios com menos de 100.000 habitantes realizando notificação dos surtos de DTA.

Importância do Indicador:

Possibilitar que os surtos de DTA possam pelo menos ser identificados e notificados oportunamente às Secretarias Estaduais de Saúde para que estas possam colaborar em, em tempo oportuno, na investigação.

Fonte de Verificação: Formulários específicos da VE-DTA /Módulo de Surtos do SINAN-NET.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de municípios que estão realizando notificação negativa ou notificação de surtos até o dia 5 de cada mês}}{\text{Total de municípios com menos de 100.000 habitantes na UF}} \times 100$$

Informações Adicionais:

Todos os surtos de DTA deverão ser notificados imediatamente às SES por telefone e no módulo de surtos do SINAN-NET (em fase final de teste, com implantação prevista para 1º semestre de 2006). As notificações negativas de surtos de DTA deverão ser feitas mensalmente pelas SMS à SES até o dia 5 de cada mês.

No dia 6 de cada mês ou próximo dia útil, o técnico da SES, responsável pela VE-DTA, deve consolidar o número de surtos notificados por município na **Planilha de Controle de Oportunidade de Notificação e Investigação de Surtos de DTA**, sugerida pela Coordenação de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – COVEH (**Anexo 1**). Também se deve verificar o número de surtos de DTA notificados no SINAN-NET por município e anotar na planilha. Esse total deve ser igual

ao número de surtos informados por telefone à SES. Anotar como número zero os municípios com notificação negativa e como IGN (ignorado) os municípios que não enviaram as informações até o dia 5 de cada mês. Calcular o percentual de municípios com notificação negativa ou notificação/investigação até dia 05 de cada mês para controlar a ação 2.4 mês a mês. Essa planilha deve ser enviada para o endereço eletrônico da COVEH/SVS (coveh@saude.gov.br), até o dia 10 de cada mês ou próximo dia útil.

Os municípios com menos de 100.000 habitantes podem realizar a investigação com a equipe local ou solicitar apoio da SES. Todo surto de DTA deve ser notificado no mês de ocorrência e a investigação deve ser imediata, no entanto o encerramento do surto pode ser feito até 60 dias após a data da notificação. O Formulário 5 da VE-DTA, que contém os resultados da investigação do surto, deve ser digitado no SINAN-NET e encaminhado à SES. Enquanto o SINAN-NET não estiver implantado, somente enviar o Formulário 5 para a SES.

Ação 2.5 - Realizar encerramento oportuno da investigação epidemiológica das doenças de notificação compulsória (DNC)

Parâmetro: Casos de doenças de notificação compulsória (DNC) notificados, exceto dengue.

Meta: Incremento mínimo de 15% sobre o percentual verificado em 2004 em cada UF, atingindo um mínimo de 50% naquelas em que o incremento mínimo não for suficiente para atingir esse valor. O alcance de 80% será considerado aceitável, mesmo sem o incremento mínimo de 15%.

Importância do Indicador:

Útil para avaliar a eficiência de um sistema de vigilância epidemiológica quanto à sua agilidade em encerrar casos notificados.

A informação da investigação concluída oportunamente fornece o conhecimento de casos confirmados e descartados e, por conseguinte permite orientar a aplicação e avaliação das medidas de controle em tempo hábil.

Este indicador contribui ainda para construção de mais dois indicadores quantitativos de avaliação de um sistema de vigilância epidemiológica, quer seja a sensibilidade que é a capacidade do sistema detectar casos, quer seja a especificidade que expressa a capacidade de exclusão dos “não-casos”.

Disponibilidade de informação para interromper ou prevenir exposição continuada que conduza a doença.

Prover bases para planejamento de programa de controle de doença.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de casos residentes notificados em determinado período com investigação encerrada oportunamente, conforme relatório gerado por arquivo pgm específico}}{\text{Número de casos residentes notificados em determinado período, conforme relatório gerado por arquivo pgm específico}} \times 100$$

Fonte de Verificação: base de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação - Sinan, utilizando arquivo de programação do Epi-Info (pgm específico).

Informações Adicionais:

A ação refere-se ao percentual de notificações de casos residentes que tiveram suas respectivas investigações encerradas oportunamente, isto é, contém dados do diagnóstico final e da data do encerramento preenchidos no prazo estabelecido para cada agravo.

O **Anexo 2** apresenta o quadro com o prazo esperado para encerramento da investigação dos casos notificados, segundo agravo. O encerramento das investigações referentes aos casos notificados como suspeitos e/ou confirmados deverá ser efetuado após um período de tempo definido, de acordo com o agravo notificado (**Anexo 3**). Esta avaliação é realizada por meio da leitura do banco de dados do SINAN por um arquivo de programação do programa Epi-Info (pgm), elaborado especificamente para este propósito, atualizado regularmente e disponibilizado aos interlocutores do SINAN nas Secretarias Estaduais de Saúde.

3. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE AGRAVOS DE SAÚDE PÚBLICA

Ação 3.1 - Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas - sarampo e rubéola

Parâmetro: Casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados laboratorialmente por meio de sorologia, em relação ao total de casos notificados dessas doenças.

Meta: 80% dos casos.

Importância do Indicador:

Reflete a especificidade do sistema de vigilância epidemiológica destas doenças.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Total de casos suspeitos de sarampo e rubéola com investigação laboratorial por meio de sorologia realizada}}{\text{Total de casos suspeitos notificados de sarampo e rubéola}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN

Ação 3.2 – Encerrar casos de meningite bacteriana por critério laboratorial

Parâmetro: Proporção de casos de meningite bacteriana diagnosticados laboratorialmente por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex, em relação ao total de casos confirmados dessa forma clínica.

Meta: Incrementar no mínimo cinco pontos percentuais, em relação ao alcançado em 2004.

Importância do Indicador:

As meningites bacterianas de interesse em Saúde Pública incluem a doença meningocócica, a meningite tuberculosa, a meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b e a meningite por pneumococos pela magnitude de sua ocorrência, potencial de transmissão, patogenicidade e relevância social. Desse modo, torna-se essencial a confirmação laboratorial para orientar as medidas de controle, preferencialmente com a identificação do agente etiológico.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de casos de meningite bacteriana confirmados por critério laboratorial (cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex)}}{\text{Nº de casos de meningite bacteriana confirmados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN.

Ação 3.3 – Realizar testagem do HIV em gestantes

Parâmetro: 01 teste na gestação e/ou parto.

Meta - 100% das gestantes com teste HIV realizado.

Importância do Indicador:

Este indicador é importante para acompanhamento da redução das taxas de transmissão vertical. Para o controle do HIV, a orientação do Ministério da Saúde é a realização de 01 teste HIV na gestação ou no momento do parto. Quando a gestante faz o teste precoce e realiza o tratamento adequado (profilaxia durante a gravidez, o parto, não aleitamento e a profilaxia do recém-nascido, segundo o protocolo ACTG 076) a taxa de transmissão vertical cai para menos de 1%.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestantes com pelo menos 1 teste HIV realizado durante a gestação ou no momento do parto}}{\text{Número total de gestantes atendidas na rede pública}} \times 100$$

Fonte de Verificação: SIA-SUS e SIH-SUS.

Informações Adicionais:

Em 2006, no SIA-SUS, a informação do grupo passa a ser obrigatória para o procedimento HIV, e no SIH-SUS, o HIV passa a ser destacado do restante dos exames que compõem o campo Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT).

Ação 3.4 – Implantar triagem sorológica para hepatites virais nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)

Parâmetro: Percentual de CTA existentes, de acordo com a meta proposta para cada UF, com triagem sorológica para hepatites virais implantada.

Meta:

- 100% de CTA realizando sorologia para hepatite viral em 16 UF (AC, AL, AM, AP, BA, CE, DF, MS, PB, PR, PI, RN, RO, RR, SE, TO);
- 80% de CTA realizando sorologia para hepatite viral em 6 UF (ES, GO, MA, PE, RJ, RS);

- 70% de CTA realizando sorologia para hepatite viral em 5 UF (MT, MG, PA, SC, SP).

Importância do Indicador:

Permite avaliar a ampliação do acesso às ações de prevenção e o diagnóstico precoce das hepatites B e C.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de CTA realizando triagem sorológica para hepatites virais}}{\text{Número de CTA existentes}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Coordenações Estaduais de Hepatites Virais.

Ação 3.5 – Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes

Parâmetro: no mínimo um teste na gestação e/ou parto.

Meta - 100% das gestantes com VDRL realizado, conforme definido no parâmetro.

Importância do Indicador:

Esse indicador é importante para acompanhamento do cumprimento da meta de governo e Pacto das Américas, que consistem na eliminação da sífilis congênita em 2007 e conseqüentemente na redução das taxas da transmissão vertical.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de gestantes com pelo menos 1 VDRL realizado durante a gestação ou no momento do parto}}{\text{Número total de gestantes atendidas na rede pública, na gestação ou momento do parto}} \times 100$$

Fonte de Verificação: SIA/SUS e SIH/SUS.

Informações Adicionais:

Para composição das metas por estado, os dados utilizados foram extraídos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), somando-se o número de partos normais (vaginais), cesáreos e curetagens pós-aborto realizadas.

A partir de 2005, no SIA-SUS, a informação do grupo passa a ser obrigatória para o procedimento VDRL e, no SIH-SUS, o VDRL passa a ser destacado do restante dos exames que compõem o campo Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT).

Ação 3.6 – Elaborar documento sobre a rede de laboratórios públicos e conveniados, identificados pelo LACEN no estado, que realizam o diagnóstico de doenças de notificação compulsória e agravos de interesse sanitário, segundo instrumento de avaliação elaborado pela CGLAB.

Parâmetro: Elaboração de documento.

Meta - Documento elaborado até 01 de dezembro de 2006.

Fonte de Verificação: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

Informações Adicionais:

O instrumento deverá ser utilizado para conhecer as sub-redes por doença/agravo e o seu conteúdo básico deverá constar o seguinte:

- Listagem dos laboratórios que realizam o diagnóstico laboratorial das seguintes doenças e agravos: doenças de notificação compulsória e doenças de interesse sanitário (esquistossomose, filariose, influenza, tracoma, oncocercose, varicela);
- Municípios onde estão localizados os laboratórios;
- Característica de gestão do laboratório: público (federal, estadual ou municipal) ou privado (conveniado, contratado);
- Tipos de exames realizados para cada doença;
- Recursos humanos envolvidos com o diagnóstico da doença/agravo em cada laboratório – número e categoria profissional;
- Número de exames realizados em 2005 para o diagnóstico laboratorial da doença ou agravo listados por tipo de exame;
- Informações a respeito de análises de água para o consumo humano;
- Informações a respeito do controle de qualidade, interno e externo, dos exames realizados.

4. VIGILÂNCIA AMBIENTAL

Ação 4.1 - Cadastrar áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas.

Parâmetro: Elaboração de relatório, conforme modelo padronizado.

Meta - Emitir um relatório anual, com cadastramento de no mínimo uma área em 50% dos municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes.

Importância do Indicador:

Identificar populações expostas em áreas com solo contaminado para subsidiar ações de vigilância e atenção à saúde dessas populações.

Tradicionalmente, municípios com população acima de 100.000 habitantes incorporaram a suas periferias áreas industriais e depósitos irregulares de resíduos químicos, possibilitando a exposição das populações residentes nesses locais a substâncias químicas manipuladas nos processos industriais e dispostas de forma irregular no ambiente.

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Vigilância em Saúde Relacionado a Solos Contaminados – SISOLO.

Informações Adicionais:

O acompanhamento das ações previstas para serem realizadas pelos estados e municípios constitui o principal mecanismo para a efetivação e implementação das ações de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado - VIGISOLO. A meta proposta para o VIGISOLO consiste no envio de um relatório anual, contendo as ações estruturantes da área técnica de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado.

O prazo para envio do relatório, pelo município, será no máximo até o dia **15 de novembro de cada ano**. Cada município com áreas identificadas deverá enviar ao estado o relatório, obrigatoriamente com as fichas de campo anexadas, em meio eletrônico (disquete) e uma via impressa com assinatura do Secretário Municipal de Saúde, acompanhado de uma análise sucinta do desenvolvimento das ações.

Caberá ao estado consolidar os relatórios de seus respectivos municípios e encaminhá-los, acompanhados de análise sucinta do desenvolvimento das ações realizadas pelos municípios, até a data limite de **15 de dezembro**. Cabe ressaltar que esse relatório deverá ser encaminhado à SVS, em versão impressa assinada pelo Secretário Estadual de Saúde e outra em meio digital, em disquete ou pelo correio eletrônico vigisolo@gmail.com com todas as fichas de campo anexadas ao referido

relatório. Os modelos e orientações de preenchimento das **fichas de campo** e do **relatório padronizado** encontram-se no **Anexo 4**.

4.2. - Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIÁGUA.

Parâmetro: Desenvolver o VIGIÁGUA em municípios com população igual ou acima de 100.000 habitantes.

Meta: Emitir dois relatórios anuais (um por semestre) contendo informações sobre as ações desenvolvidas pelo VIGIÁGUA, conforme modelo padronizado pela CGVAM.

Importância do Indicador:

A atual situação do abastecimento de água para consumo humano, associada ao número de casos de doenças de transmissão hídrica registrados no Brasil, as atribuições do Setor Saúde constantes na Constituição Federal de 1.988, Lei 8080 de 1990 e Portaria MS nº 518 de 2004, requerem a implementação de um Programa de Vigilância de Qualidade da Água para Consumo Humano, com vistas a garantir o acesso à água com qualidade satisfatória, desencadeando medidas que visem a prevenção e controle dessas doenças, promovendo a saúde da população. A partir da avaliação dos relatórios enviados será possível conhecer a realidade do abastecimento da água consumida pela população, possibilitando o planejamento de ações voltadas para a minimização de riscos à saúde humana.

Fonte de Verificação: Sistema de Informação da Qualidade da Água para Consumo Humano - SISAGUA e população estimada IBGE.

Informações Adicionais:

O acompanhamento será feito através do recebimento de **dois relatórios**, sendo um **semestral** e outro **anual** com descrição das ações de Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada a Qualidade da Água para Consumo Humano (**Anexo 5**) definidas na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano, no Programa Nacional da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano e na Portaria MS nº 518/2004.

5. VIGILÂNCIA DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E ANTROPOZOONOSES

5.1 – VIGILÂNCIA ENTOMOLOGICA

Ação 5.1.1 - Realizar pesquisa e/ou monitoramento de triatomíneos nos municípios conforme classificação das áreas estabelecida na estratificação de risco.

Parâmetro: Municípios programados, conforme classificação epidemiológica.

Meta: 100% dos municípios programados.

Importância do Indicador:

Permite monitorar as espécies que possam colonizar os domicílios; prover bases para planejamento das atividades do programa de controle da doença e conhecer as espécies existentes e o seu comportamento, em cada estado.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Nº de municípios (alto, médio ou baixo risco) com pesquisa e/ou monitoramento realizado}}{\text{Total de municípios programados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema informatizado das atividades do programa de Chagas.

Informações Adicionais:

Para estratificação de risco será utilizado como referência a definição explicitada no Consenso Brasileiro em Doenças de Chagas, Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Vol.38: suplemento III, 2005.

A Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis/DEVEP/SVS encontra-se a disposição para assessoramento sobre este assunto pelo telefone (61) 3315 2750 ou por e-mail cgdt@saude.gov.br.

Ação 5.1.2 - Realizar identificação e eliminação de focos e/ou criadouros do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em imóveis – municípios infestados

Parâmetro: Seis inspeções por ano, por imóvel, nos municípios infestados em 2005.

Meta: 100% das inspeções programadas.

Importância do Indicador:

Dimensionar o risco de transmissão da doença; direcionar ações estratégicas para reduzir o índice de infestação predial dos municípios; permite identificar os depósitos predominantes do vetor da dengue, importante para realização das atividades educativas para a prevenção da doença.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Número de imóveis inspecionados}}{\text{Total de imóveis programados}} \times 100$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue – FAD.

Ação 5.1.3 - Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo *Aedes aegypti*.

Parâmetro: Municípios não infestados em 2005.

Meta – 100% dos municípios não infestados.

Importância do Indicador:

Monitorar os municípios não infestados por *Aedes aegypti* com o objetivo de detectar precocemente uma possível infestação do vetor.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Nº de municípios com vigilância implantada}}{\text{Total de municípios programados}} \times 100$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue – FAD.

Informações Adicionais:

As Secretarias Municipais de Saúde dos municípios **não infestados** deverão realizar pesquisas entomológicas semanais, por meio de armadilhas (ovitrampas ou larvitampas) distribuídas na proporção média de uma armadilha para cada nove quarteirões ou 225 imóveis. Nos pontos estratégicos a pesquisa entomológica deverá obedecer a ciclos quinzenais.

OU

Implantação da vigilância entomológica em 100% dos municípios não infestados em 2005 - para o cumprimento da meta, as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios não infestados deverão realizar três inspeções por ano, por imóvel, obedecendo à seguinte amostragem:

Localidades com até 400 imóveis: pesquisa em 100% dos imóveis existentes;

Localidades com 401 a 1.500 imóveis: pesquisa em 33% dos imóveis existentes;

Localidades com 1.501 a 5.000 imóveis: pesquisa em 20% dos imóveis; e

Localidades com mais de 5.000 imóveis: pesquisa em 10% dos imóveis existentes.

Nos pontos estratégicos a pesquisa entomológica deverá obedecer a ciclos quinzenais.

Ação 5.1.4 – Realizar levantamento, investigação e/ou monitoramento de flebotomíneos nos municípios, conforme classificação epidemiológica para leishmaniose visceral.

Parâmetro: Municípios programados pela SES, conforme classificação epidemiológica.

Meta - 100% dos municípios programados.

Importância do Indicador:

Levantamento Entomológico: Verificar a presença de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi* em municípios sem casos humanos de LV ou municípios silenciosos; verificar a presença de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi* em municípios com transmissão esporádica, moderada ou intensa e que não tenham sido realizadas investigações anteriores; conhecer a dispersão do vetor no município, a fim de apontar naqueles sem casos autóctones de LV as áreas receptivas para a realização do inquérito amostral canino e nos municípios com transmissão da LV orientar as ações de controle do vetor.

Investigação Entomológica: Verificar a presença de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi* em municípios com a ocorrência do primeiro caso de LV ou em situação de surto e confirmar a área como de transmissão autóctone.

Monitoramento: Conhecer a distribuição sazonal e abundância relativa das espécies *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi*, visando estabelecer o período mais favorável para a transmissão da LV e direcionar as

medidas de prevenção e controle químico do vetor. Recomendado em municípios com transmissão moderada e/ou intensa.

Método de Cálculo:

Levantamento Entomológico: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios que realizaram levantamento entomológico}}{\text{N}^\circ \text{ de municípios programados}} \times 100$

Investigação Entomológica: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios que realizaram investigação}}{\text{N}^\circ \text{ de municípios programados}} \times 100$

Monitoramento: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de municípios que realizaram monitoramento}}{\text{N}^\circ \text{ de municípios programados}} \times 100$

Fonte de Verificação: Planilha de atividades das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde.

Informações Adicionais:

Segundo a metodologia proposta pelo Programa Nacional de Controle das Leishmanioses, descrita no **Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral**, editado em 2003, ficou normatizado que o objetivo dos estudos entomológicos é levantar as informações de caráter quantitativo e qualitativo destes vetores para aplicação na vigilância e controle do agravo. Deverá ser observada a classificação epidemiológica da área a ser estudada, bem como as ações a serem desencadeadas (ver manual supracitado). Existem áreas focais de peste em nove Unidades Federadas (Piauí, Ceará, Alagoas, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraíba, Bahia, Minas Gerais e Rio de Janeiro). Além da realização de exames laboratoriais em espécimes coletados de roedores e carnívoros dos focos naturais, o monitoramento da peste é realizado também mediante a vigilância de eventos de importância epidemiológica que podem indicar a circulação do bacilo na natureza, tal como a detecção de roedores mortos sem causa aparente.

5.2 – VIGILÂNCIA DE HOSPEDEIRO E RESERVATÓRIOS

5.2.1 – Prover sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais

Parâmetro: Número de amostras coletadas carnívoros e roedores resistentes.

Meta: 100% dos carnívoros e roedores resistentes, com coleta de amostras para sorologia realizada.

Importância do Indicador:

A vigilância laboratorial de peste é fundamentada especialmente no uso de exames sorológicos, os quais apresentam vantagens em termos de sensibilidade, especificidade e praticabilidade, para monitoramento da circulação do agente etiológico no ambiente dos focos naturais.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Número de amostras coletadas}}{\text{Número de amostras programadas}} \times 100$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação do Programa de Controle da Peste – SISPESTE.

5.3 – CONTROLE VETORIAL

Ação 5.3.1 - Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneos.

Parâmetro: domicílios positivos.

Meta: 100% dos domicílios positivos.

Importância do Indicador: Avaliar o controle químico realizado pelos municípios.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Número de domicílios borrifados}}{\text{Total de domicílios positivos}} \times 100$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação do Programa de Controle da Doença de Chagas.

Ação 5.3.2 - Realizar tratamento de imóveis com focos de mosquitos, visando o controle da dengue.

Parâmetro: Número de imóveis com depósitos positivos e/ou vulneráveis a focos de mosquito, não elimináveis.

Meta: Tratar 100% dos imóveis com depósitos positivos e/ou vulneráveis a focos de mosquito, não elimináveis.

Importância do Indicador:

Eliminar o vetor da dengue, em sua fase jovem por meio de tratamento focal mecânico e/ou químico.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Número de imóveis tratados}}{\text{Número de imóveis programados}} \times 100$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue.

5.4 – IMUNIZAÇÕES DE RESERVATÓRIOS

Ação 5.4.1 – Realizar campanha de vacinação anti-rábica em cães.

Parâmetro: População canina estimada por UF.

Meta: 80% da população canina estimada.

Importância do Indicador:

Permite evitar casos de raiva humana transmitida por cães, através da imunização;

Contribui para avaliar o nº de cães vacinados para um controle adequado da raiva e impedimento da circulação viral entre os cães. É necessário que no mínimo 80% da população canina esteja imunizada para interromper o ciclo de transmissão.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Número de cães vacinados}}{\text{Total da população canina estimada}} \times 100$

Fonte de Verificação: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Informações Adicionais:

Devido a não existência de censos caninos, na maioria dos municípios brasileiros, a estimativa da população canina é de extrema importância, para quantificarmos o número de cães que necessitam serem vacinados, anualmente. O percentual utilizado serve como base de cálculo para estimar a população canina e varia conforme cada unidade federativa, considerando as características distintas para cada estado, podendo variar entre 10 a 20% em relação à população humana. A fórmula de cálculo utilizada para a estimativa de cães a serem vacinados por UF é a seguinte: população humana x percentual = população canina estimada (**Anexo 6**).

6. CONTROLE DE DOENÇAS

Ação 6.1 – Curar casos novos de tuberculose bacilíferos

Parâmetro: Percentual de casos novos de tuberculose bacilíferos curados em relação aos diagnosticados **na coorte de 2006 (de abril/2005 a março/2006)**.

Metas:

- UF com proporção de cura de 85% ou mais de casos novos de tuberculose bacilíferos diagnosticados na coorte de 2005 (de abril/2004 a março/2005): manter em pelo menos 85% na coorte de 2006 (de abril/2005 a março/2006);
- UF com proporção maior ou igual a 80% e menor que 85%: atingir, no mínimo, 85%; UF com proporção maior ou igual a 75% e menor que 80%: aumentar 6 pontos percentuais em relação ao ano anterior;
- UF com proporção menor que 75%: aumentar 10 pontos percentuais em relação ao ano anterior;
- UF com proporção menor que 50%: incrementar para, no mínimo, 50%.

Importância do Indicador:

Permite avaliar a efetividade do tratamento nos casos infectantes e a qualidade da atenção prestada. Importante medida de avaliação do Programa de Controle de Tuberculose, cujo propósito é reduzir a transmissão do bacilo da tuberculose na população por meio das ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{N.º de casos novos curados de tuberculose bacilíferos}}{\text{N.º total de casos novos de tuberculose bacilíferos notificados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN.

Informações Adicionais:

O Brasil está priorizado pela OMS pela alta carga da doença no país, necessitando intensificar as ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose. O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação do

Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) da Secretaria de Vigilância em Saúde, busca implementar as ações de controle da tuberculose nos estados, municípios e Distrito Federal, estabelecendo as diretrizes fundamentais com a revisão do Plano Nacional de Controle da Tuberculose em 2004, reforçando a necessidade do alcance das metas de detecção e cura de casos. Como estratégia para o alcance das metas, o PNCT tem como prioridade, a descentralização de suas ações e a expansão da estratégia do tratamento supervisionado (DOTS) a todos os serviços de atenção primária dos 315 municípios prioritários do país.

Ação 6.2 - Aumentar a taxa de cura de hanseníase

Parâmetro: Proporção de casos curados dentre os casos diagnosticados.

Metas:

- UF com percentual de cura < 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o percentual verificado em cada UF;
- UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais;
- UF com percentual > 55%, incrementar cinco (5) pontos percentuais.

Importância do Indicador:

Avaliar a efetividade do serviço, medir a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos e a disponibilidade de Poliquimioterapia (PQT/OMS).

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31 de dezembro do ano de avaliação}}{\text{Total de casos diagnosticados nos anos das coortes}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN.

Informações Adicionais:

Linha de Base: Ano de avaliação: 2006 - Para coorte Paucibacilar (PB), utilizar casos novos diagnosticados entre 01/01/2005 a 31/12/2005; para coorte Multibacilar (MB) utilizar casos novos diagnosticados no segundo ano anterior ao que se quer avaliar, portanto, casos novos diagnosticados entre 01/01/2004 a 31/12/2004.

Para estabelecer a meta o percentual de incremento para os estados no ano de 2006 baseou-se na coorte do ano de 2004, pois a coorte de 2005 será fechada em março/2006.

Ação 6.3 – Realizar exames coproscópicos para controle de esquistossomose e outras helmintoses em áreas endêmicas.

Parâmetro: Número de exames programados, de acordo com as normas do Programa.

Meta: 100% dos exames programados.

Importância do Indicador:

A estratégia básica, mais factível e de muito boa relação custo-benefício, de vigilância e prevenção da esquistossomose (como doença clínica e como infecção) consta do uso intensivo, sistemático e regular de exames coproscópicos para identificar as pessoas infectadas e possibilitar seu tratamento precoce. As informações geradas pelos inquéritos coproscópicos também propiciam o planejamento oportuno das ações objetivando o enfrentamento dessa endemia amplamente distribuída no Brasil, endêmica ou focal em 19 UF.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Nº exames coproscópicos realizados}}{\text{Nº exames coproscópicos programados}} \times 100$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose SISPCE ou Relatórios de Atividades das SES e SMS.

Informações Adicionais:

O objetivo principal das atividades de controle da endemia é detectar portadores de *Schistosoma mansoni* a partir da realização de inquéritos coproscópicos abrangendo toda a população sob risco.

Periodicidade dos inquéritos coproscópicos: a frequência da realização dos inquéritos coproscópicos em áreas endêmicas é estabelecida em função da situação epidemiológica de cada região ou área

trabalhada e varia de acordo com a evolução do programa e o impacto sobre a doença. A periodicidade pode ser fixada a cada (02) dois anos.

Ação 6.4 – Reduzir a Incidência Parasitária Anual por malária (IPA).

Parâmetro: Incidência parasitária anual por malária (IPA) em 2005, nos estados da Amazônia Legal.

Meta : Reduzir 15% em 2006, em relação a 2005.

Importância do Indicador:

Possibilita a estratificação do risco de transmissão da malária na população em determinada área.

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Número de lâminas positivas (casos residentes) para malária}}{\text{População residente na área}} \times 1000$$

Fonte de Verificação: Sistema de informações epidemiológicas de malária – SIVEP- Malária.

Informações Adicionais:

Este índice limita-se ao cálculo até a base municipal em decorrência da falta de dados populacionais por localidade. Assim, apresenta viés, pois nem toda população do município está exposta ao risco de adoecer de malária.

Ação 6.5 - Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) e leishmaniose visceral (LV), de acordo com as diretrizes.

Parâmetro: Percentual do número de casos de LTA e LV curados, em relação aos diagnosticados, em 2006, tendo como linha de base o percentual de cura em 2004.

Metas:

- UF com percentual de cura $\geq 85\%$ em 2004, manter no mínimo 85% em 2006;
- UF com percentual de cura $\geq 80\%$ e $< 85\%$ em 2004, atingir 85% em 2006;
- UF com percentual de cura $\geq 70\%$ e $< 80\%$, incrementar, no mínimo, 6% sobre o percentual de cura;
- UF com percentual de cura $\geq 50\%$ e $< 70\%$, incrementar, no mínimo, 21% sobre o percentual de cura;

- UF com percentual de cura > 30% e < 50%, incrementar, no mínimo, 40% sobre o percentual de cura; UF com percentual de cura <= 30%, atingir 50%.
- UF que apresentarem menos de 10 casos/ano deverão manter no mínimo o percentual de 85% de cura, independente do alcançado em 2004.

Importância do Indicador:

Avaliar o percentual de cura dos pacientes diagnosticados com LTA e LV.

A informação da cura clínica é um indicador operacional que permite avaliar o serviço, bem como a sua organização e a necessidade de implementação das ações de vigilância e assistência.

Este indicador contribui para avaliar a redução da morbimortalidade da LV, bem como para o controle da LTA e redução das formas graves e deformidades. Além de apoiar no planejamento de aquisição e distribuição de medicamentos.

Método de Cálculo:

$$\text{LV: } \frac{\text{Número de casos confirmados de LV curados}}{\text{Total de casos de LV confirmados no período}} \times 100$$

$$\text{LTA: } \frac{\text{Número de casos confirmados de LTA curados}}{\text{Total de casos de LTA confirmados no período}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Informações Adicionais:

A definição de caso confirmado de LTA consta no Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana - pág 38 e a definição de caso confirmado de LV do Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral – pág 53.

7. IMUNIZAÇÕES

7.1 – VACINAÇÃO DE ROTINA

Ação 7.1.1 - Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tetravalente em < 1ano.

Parâmetro: Municípios com cobertura adequada.

Meta: 70% dos municípios com cobertura adequada.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de municípios com cobertura vacinal adequada para tetravalente } (\geq 95\%)}{\text{Total de municípios do Estado}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API

Informações Adicionais: (válidas para todas as ações)

É reconhecido o êxito do Programa Nacional de Imunizações nos últimos anos no País, refletindo e contribuindo para melhorias na saúde da população ao prevenir doenças infecciosas redutíveis por imunizantes. É reconhecida a redução significativa da ocorrência de doenças imunopreveníveis, como sarampo, rubéola, tétano, difteria, coqueluche, meningite tuberculosa e meningite por hemófilo e a erradicação de doenças como a varíola e a poliomielite.

Para garantia desse estado de controle, de eliminação e/ou de erradicação dessas doenças imunopreveníveis, faz-se necessária a manutenção em níveis elevados de coberturas vacinais de rotina e em campanhas ($\geq 95\%$) de forma homogênea em cada estado, isto é, espera-se que no mínimo 70% dos municípios obtenham 95% de cobertura para a maioria das vacinas (SABIN, Tetravalente, contra Hepatite B, tríplice viral), 90% para a BCG e 100% para a vacina contra febre amarela nas áreas indicadas. As informações constantes no Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC serão utilizadas como base de cálculo para as coberturas vacinais.

Ação 7.1.2 - Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a tríplice viral em crianças de 1 ano

Parâmetro: Municípios com cobertura adequada.

Meta: 70% dos municípios com cobertura adequada.

Importância do Indicador:

Garantir cobertura vacinal contra o sarampo, rubéola e caxumba suficiente e necessária para controle/ eliminação dessas doenças.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de municípios com cobertura vacinal adequada para a tríplice viral } (\geq 95\%)}{\text{Total de municípios do Estado}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API.

Ação 7.1.3 - Atingir percentual de 70% de municípios do estado com cobertura vacinal adequada (95%) para a hepatite B em < 1ano

Parâmetro: Municípios com cobertura adequada.

Meta: 70% dos municípios com cobertura adequada.

Importância do Indicador:

Garantir cobertura vacinal contra a hepatite tipo B em nível suficiente para reduzir a morbidade e mortalidade por esta doença.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de municípios com cobertura vacinal adequada para hepatite B } (\geq 95\%)}{\text{Total de municípios do Estado}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API.

7.2 – VACINAÇÃO DE CAMPANHA

Ação 7.2.1 - Realizar campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite

Parâmetro: 95% de cobertura vacinal contra poliomielite na população < 5 anos.

Meta: Vacinar 95% da população definida no parâmetro (< 5 anos), em cada etapa.

Importância do Indicador:

Manutenção da erradicação da poliomielite no País.

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Número de crianças } < 5 \text{ anos vacinadas contra poliomielite}}{\text{Total de crianças menores de 5 anos}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API.

Informações Adicionais:

A ocorrência de casos de poliomielite em outros continentes que não o americano e a reintrodução do poliovírus selvagem em países que deixaram de realizar as campanhas nacionais mesmo com coberturas de rotina elevadas. A estratégia de campanha nacional contra a poliomielite objetiva impedir a reintrodução do poliovírus selvagem e assim garantir o País livre da poliomielite. Esta estratégia consiste no alcance de coberturas vacinais mínimas de 95% em todo País para a população menor de cinco anos de idade, possibilitando a imunidade coletiva e impedindo a reintrodução do poliovírus selvagem.

Ação 7.2.2 - Realizar campanha anual contra a influenza

Parâmetro: 70% de cobertura vacinal contra influenza na população com 60 anos e mais.

Meta: Vacinar 70% da população definida no parâmetro.

Importância do Indicador:

Contribuir com a redução de hospitalizações e mortes decorrentes das complicações causadas pelas doenças respiratórias por influenza em indivíduos com 60 e mais anos de idade em todo país.

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Número de pessoas} \geq 60 \text{ anos de idade vacinadas}}{\text{População de} \geq 60 \text{ anos de idade}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações - SI-API.

7.3 – VIGILÂNCIA DE EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINAÇÃO**Ação 7.3.1 - Investigar os eventos adversos graves pós-vacinação**

Parâmetro: Número de casos notificados de eventos adversos graves pós-vacinação.

Meta: 100% dos casos graves notificados investigados.

Importância do Indicador:

As vacinas adquiridas pelo PNI são seguras e eficazes garantindo o controle e a prevenção de doenças imunopreveníveis. No entanto, como qualquer medicamento, a vacina pode acarretar alguns efeitos

indesejáveis que deverão ser do conhecimento do Programa para acompanhamento e direcionamento de condutas necessárias. Portanto faz-se necessário para a manutenção da efetividade do sistema de vigilância de eventos adversos pós-vacinação.

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Total de eventos adversos graves pós-vacinação investigados}}{\text{Total de eventos adversos graves pós-vacinação notificados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: SI_EAPV (sistema de informação de eventos adversos pós-vacinação).

Informações Adicionais:

Todo caso de evento adverso grave pós-vacinação notificado deve ser investigado.

8. MONITORIZAÇÃO DE AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ação 8.1 - Detectar surtos de Doenças Diarréicas Agudas (DDA) por meio da Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA)

Parâmetro: Número de surtos de DDA detectados por meio da MDDA em relação ao total de surtos de DDA identificados.

Meta: 70% dos surtos de DDA identificados por meio da MDDA.

Importância do Indicador:

Avaliar a sensibilidade do sistema MDDA em relação à identificação de surtos de DDA, a partir desse diagnóstico deverão ser avaliadas as medidas necessárias à implementação do sistema.

A identificação de surtos através da MDDA contribuirá para o desencadeamento da investigação e as medidas de prevenção e controle oportunas.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Nº. de surtos de DDA identificados através da MDDA}}{\text{Total de surtos de DDA identificados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação SIVEP-DDA ou planilhas específicas da MDDA.

Informações Adicionais:

Para o cálculo deste indicador, utilizar no numerador dados de notificação de surtos das planilhas específicas da MDDA (**Anexo 7**) ou Sistema de Informação SIVEP-DDA; para o denominador, dados das diversas fontes notificadoras (MDDA, SINAN, profissionais de saúde, população, laboratório, etc.).

Ação 8.2 - Implantar a vigilância epidemiológica de sífilis em gestantes

Parâmetro: Vigilância epidemiológica de sífilis em gestantes implantada nas SES e SMS.

Meta: 100% das gestantes com sífilis diagnosticadas e notificadas.

Importância do Indicador:

O pacto de eliminação da sífilis congênita na região das Américas até 2007 foi assinado pelo Brasil, em 2000, e os estudos de abrangência nacional revelam ser a sífilis congênita um grave problema de saúde pública ao estimarem que 1,6% das parturientes (cerca de 50 mil parturientes) do país apresentavam (em 2004) sífilis ativa e altas taxas de prevalência regionais (Norte 1,8%, Nordeste 1,9%, Centro Oeste 1,3%, Sudeste 1,6% e Sul 1,4%); a estimativa de 12 mil nascidos vivos com sífilis;

A inclusão da sífilis em gestante na lista de notificação compulsória foi de acordo com a Portaria SVS nº 033, de 14 de julho de 2005.

Fonte de Verificação: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan.

Informações Adicionais:

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), com exceção da Aids, embora devam ser objeto de vigilância e possam ser notificadas utilizando-se o Sinan, não se constituem doenças de notificação compulsória. A ausência de dados consistentes sobre a incidência e prevalência dessas doenças traz, como principal prejuízo, uma dificuldade no planejamento de ações efetivas de controle das mesmas.

Ação 8.3 Elaboração de plano de ação para implementação da vigilância e prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT

Parâmetro: Plano de Ação por Unidade Federada e capitais.

Meta: Plano de ação apresentado, conforme instrutivo em anexo (**Anexo 8**).

Importância do Indicador:

A elaboração desse plano se justifica em função da importância no acompanhamento da implantação destas ações em estados e municípios e também em função dos recursos que serão repassados (Portaria nº 2608/05 publicada ad *referendum* da CIT, em janeiro de 2006, que *define recursos do Teto de Vigilância em Saúde para implementação de ações de vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, em especial recursos para os ambientes livres de tabaco, incentivo às ações de atividade física e alimentação saudável*); além dos recursos por convênio já repassado para os núcleos de violência e prevenção de acidente de trânsito e recursos repassados para apoio as atividades dos Registros de Câncer de base populacional. Em 2006 iremos incentivar a implantação dos serviços de Vigilância Sentinelas de Violência.

Informações Adicionais:

Apresentar plano de ação de vigilância e prevenção de DANT para estados e capitais com uma descrição da proposta de intervenção baseada no cenário epidemiológico dos estados /municípios. Este plano deve conter diretrizes, objetivos, estratégias, ações, indicadores e metas pretendidas.

Ação 8.4 – Investigar óbitos maternos

Parâmetro: Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil - MIF detectados, investigados.

Meta: Capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes, investigar no mínimo 70% dos óbitos de mulheres em idade fértil. Municípios com 100.000 habitantes ou menos, implantar a vigilância de óbitos maternos.

Importância do Indicador:

Reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher. Taxas elevadas de mortalidade materna estão geralmente associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo. Subsidiaria processos de planejamento, gestão e políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Método de Cálculo:**Para capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes:**

$\frac{\text{Número de óbitos em mulheres com 10 a 49 anos de idade, nas capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes, investigados.}}{\text{Número de óbitos em mulheres com 10 a 49 anos de idade, nas capitais e municípios com mais de 100.000 habitantes, ocorridos.}}$	$\times 100$
--	--------------

Para municípios com menos de 100.000 habitantes:

$$\frac{\text{Número de municípios com } \leq 100.000 \text{ habitantes com, pelo menos, 20\% dos óbitos de MIF investigados}}{\text{Número de municípios com } \leq 100.000 \text{ habitantes e com registro de óbitos de MIF.}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informações de Mortalidade - SIM e relatório do Comitê Estadual de Mortalidade Materna.

Informações Adicionais:

Entende-se por investigar óbitos de mulheres em idade fértil confirmar ou descartar a possibilidade de gravidez, aborto ou parto no momento do óbito ou até 12 meses antes. Se, durante a entrevista domiciliar ou investigação nos serviços de saúde, ficar evidente que a mulher não estava grávida no momento do óbito, não há necessidade de dar prosseguimento à investigação mais detalhada.

Entende-se por vigilância de óbitos maternos implantada quando pelo menos 20% dos óbitos de mulheres em idade fértil estiverem sendo investigados.

9. DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Ação 9.1 – Elaborar informes epidemiológicos com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da situação epidemiológica de agravos relevantes.

Parâmetro: Duas publicações por estado, por ano.

Meta: 100% das publicações.

Importância do Indicador:

Contribuir para o conhecimento da situação de saúde.

10. ELABORAÇÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM EPIDEMIOLOGIA

Ação 10.1 – Realizar análise da situação de saúde.

Parâmetro: Uma análise por unidade federada, com estudo descritivo ou analítico que contribua para o conhecimento da situação da saúde da Unidade Federada.

Meta: Documento com análise de situação de saúde elaborado e divulgado.

Importância do Indicador:

Contribuir para o conhecimento da situação de saúde.

Informações Adicionais:

Recomenda-se que na análise de situação de saúde seja avaliado um conjunto de indicadores de Vigilância em Saúde por estado e regiões intra-estaduais, tendo como parâmetro a produção de relatório e divulgação por meio de folder, internet e outras formas, contendo os principais indicadores de vigilância em saúde, que contribua para o conhecimento da situação de saúde.

11. ALIMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

11.1 - Sistema de Informações de Mortalidade – SIM

Ação 11.1.1 – Realizar coleta das declarações de óbito – DO

Parâmetro: Proporção da população da Unidade Federada (UF) residente em municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM (coeficiente geral de mortalidade padronizado menor que 4 por 1000 habitantes).

Metas:

- UF com mais de 30% da população residente em municípios com CGM Padronizada < 4: reduzir para menos de 25%;
- UF com percentual >25 até 30%: reduzir para menos de 20%;
- UF com percentual > 20 a 25 % reduzir para menos de 15%;
- UF com percentual de > 15 a 20 % reduzir para menos de 10%;
- UF com percentual de ≥ 5 a 15 % reduzir para menos de 5%;
- UF com percentual < 5 %: reduzir para qualquer percentual.

Importância do Indicador:

- Analisar variações temporais e geográficas na proporção de dados coletados pelo SIM, objetivando avaliar sua consistência;
- Servir de critério para utilização da base do SIM no cálculo direto de Indicadores;

- Contribuir para o desenvolvimento operacional do SIM, identificando áreas críticas que requeiram maior atenção.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Soma da população residente em municípios com CGM padronizada} < 4}{\text{População do Estado}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Informações Adicionais:

Adota-se com este parâmetro a classificação da adequação das informações de mortalidade proposta por *Szwarcwald e Leal* em 2002, estando classificados neste grupo aqueles municípios que apresentam deficiências importantes na cobertura do SIM (**Anexo 9**).

O **Anexo 9** mostra o cálculo da proporção da população residente em municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM (coeficiente geral de mortalidade padronizado menor que 4 por 1000 habitantes) e serve de referência para a definição da meta de cada UF. O cálculo foi efetuado a partir do banco de dados do SIM e dados populacionais de 2004.

Ação 11.1.2 - Melhorar a qualidade da notificação das causas básicas de óbito

Parâmetro: Percentual de óbitos informados ao SIM com causas básicas mal definidas em relação ao total de óbitos notificados em 2004.

Metas:

- Unidade Federada (UF) com percentual de causas mal definidas >30%, reduzir para menos de 25%;
- UF com percentual de >23 a 30%, reduzir para 20% ou menos;
- UF com percentual de >16 a 23 %, reduzir para 15% ou menos;
- UF com percentual de >13 a 16 %, reduzir para 12% ou menos;
- UF com percentual de >10 a 13%, reduzir para 10% ou menos;
- Demais estados (<=10%) manter percentual abaixo de 10%.

Importância do Indicador:

- Servir de critério para utilização da base do SIM no cálculo direto de Indicadores;
- Contribuir para o desenvolvimento operacional do SIM, identificando áreas críticas que requeiram maior atenção;
- Possibilitar a avaliação da consistência dos dados quanto à qualidade das informações.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de óbitos não fetais por causas mal definidas}}{\text{Total de óbitos não fetais informados ao SIM}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Informações Adicionais:

O **Anexo 10** mostra o cálculo do percentual de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas mal definidas em relação ao total de óbitos não fetais notificados ao sistema, e serve de referência para a definição da meta de cada UF. O cálculo foi efetuado a partir do banco de dados do SIM de 2004. Os óbitos são classificados no capítulo XVIII da Classificação Internacional de Doenças – sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte.

11.2 - SINASC**Ação 11.2.1 - Realizar coleta da declaração de nascidos vivos – DN:**

Parâmetro: Número de nascidos vivos captados pelo Sinasc no ano.

Metas:

Coletar o número de NV esperados para 2006, segundo os seguintes critérios:

Para os estados (AC, AM, RR, AP, MA, CE, RN, PE, MG, ES, RJ, SP, PR, SC, RS, MS, MT, DF) que tem seus dados de nascidos vivos considerados válidos pelo critério pactuado com a RIPSA– Rede

Interagencial de Informações para a Saúde, será a projeção estimada para 2005 com base na tendência de nascimentos informados ao Sinasc pela UF no período de 1999 a 2004. (Anexo 11a)

Para os demais estados (RO, PA, TO, PI, PB, AL, SE, BA, GO) a meta será calculada com base nas estimativas do SVS/IBGE atualizadas (Anexo 11b).

Importância do Indicador:

- Avaliar variações geográficas e temporais na proporção de dados coletados pelo Sinasc, com o objetivo de avaliar sua consistência;
- Prover um parâmetro para estimar a sub-numeração de dados da base do Sinasc. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde públicas relativas à atenção materno-infantil;
- Contribuir para o desenvolvimento operacional do Sinasc, identificando áreas críticas que requeiram maior atenção.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Nascidos vivos informados ao Sinasc em 2006}}{\text{Nascimentos estimados para 2006 com base nas projeções realizadas (anexo 11a ou anexo 11b)}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistema de Informações de Nascidos Vivos / Estimativas SVS/IBGE

Informações Adicionais:

O **Anexo 11c** explicará como foram feitos os cálculos dos anexos 11a e 11 b.

11.3 - SINAN

Ação 11.3.1 - Realizar envio regular de dados (SINAN)

Parâmetro: Remessa regular, a cada 15 dias, de um banco de dados da Unidade Federada para a Secretaria de Vigilância em Saúde.

Meta: 24 remessas regulares de bancos de dados do Estado para Secretaria de Vigilância em Saúde.

Importância do Indicador:

O cumprimento deste indicador é importante para manter atualizada a base de dados do SINAN nas três esferas de gestão do sistema de saúde e assim permitir subsidiar as tomadas de decisão oportunamente

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de remessas enviadas pela SES à SVS/MS, dentro do prazo}}{\text{Total de remessas programadas}} \times 100$$

Fonte de Verificação Planilha de acompanhamento de envio de dados do SINAN.

Informações Adicionais:

Uma das atribuições da esfera municipal, atendendo as normas e rotinas do Manual do SINAN, é o envio de dados, observados os fluxos e prazos definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Conforme normatizado, o arquivo de transferência do SINAN deverá ser encaminhado semanalmente das Secretarias Municipais da Saúde para as Secretarias Estaduais da Saúde. Portanto, entende-se por remessa regular, o envio de dados do SINAN nos prazos semanais estabelecidos por cada Secretaria Estadual da Saúde.

12. ACOMPANHAMENTO DA PPI-VS**Ação 12.1 – Supervisionar a PPI-VS**

Parâmetro: Realizar uma supervisão/ano.

Metas:

- 100% dos municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes;
- 50% dos municípios com população inferior a 100.000 habitantes.

Importância do Indicador:

Permite a prestação de apoio e cooperação técnica para o aprimoramento do sistema de vigilância em saúde e a realização da avaliação e controle da execução das ações pactuadas entre as três esferas de governo buscando, em última instância o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Método de Cálculo:**Para municípios acima de 100.000 hab**

Total de supervisões realizadas em municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes
Total de municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes

Para municípios igual ou inferior a 100.000 hab

Total de supervisões realizadas em municípios com população inferior a 100.000 habitantes
Total de municípios com população inferior a 100.000 habitantes

Fonte de Verificação: Secretarias Estaduais de Saúde.

13. PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**Ação 13.1 – Elaborar e pactuar os planos de ação em VISA que contemplem o Plano Diretor de Vigilância Sanitária.**

Parâmetro: Planos pactuados.

Metas:

- 100% dos Estados;
- 100% dos municípios que pactuaram o Termo de Ajustes de Metas (TAM);
- 50% dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que não pactuaram o TAM;
- 20% dos demais municípios.

Importância do Indicador:

Qualificar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nos âmbitos municipal e estadual, corroborando a importância do uso dos conceitos de objetos de VISA, risco, territórios e necessidades de saúde, na definição das prioridades em Vigilância Sanitária;

A elaboração de Planos de Ação em Vigilância Sanitária é importante no sentido de conduzir as ações dos Serviços às prioridades definidas no Pacto pela Saúde.

Fonte de Verificação: Plano de Ação

Informações Adicionais:

O Plano de Ação em Vigilância Sanitária deve considerar os riscos, as necessidades locais de saúde e as metas pactuadas, bem como deve ser norteado pelas diretrizes do Pacto pela Saúde e do Plano Diretor de Vigilância Sanitária.

Ação 13.2 – Ação Educativa em Vigilância Sanitária.

Parâmetro: Equipes de PSF/PACS desenvolvendo ações educativas em Vigilância Sanitária.

Meta: 30% das equipes PSF/PACS desenvolvendo ações educativas em Vigilância Sanitária.

Importância do Indicador:

Este indicador expressa:

- a integralidade nas ações básicas de saúde no município;
- o grau de disseminação de informações básicas de promoção de saúde dentro de um processo de capacitação das Equipes de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde desenvolvido pelo Serviço de Vigilância Sanitária; e
- a articulação dos Serviços de Vigilância Sanitária com outros setores do Sistema de Saúde, objetivando a intersetorialidade.

Método de Cálculo:

$$\frac{\text{Número de equipes de PSF e PACS que desenvolvem ações educativas}}{\text{Número total de equipes de PSF e PACS}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Relatórios de atividade emitidos pelas equipes de PSF/PACS, contemplando informações quantitativas e qualitativas sobre as ações educativas em Vigilância Sanitária desenvolvidas.

Ação 13.3 – INSPEÇÃO SANITÁRIA.

13.3.1 – Serviços de alimentação

Parâmetro: Inspeção por ano por estabelecimento.

Meta: 20% do total de estabelecimentos cadastrados.

Importância do Indicador:

O indicador expressa a capacidade dos Serviços Municipais de Vigilância Sanitária em executar as ações de fiscalização sob sua competência.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Total de Estabelecimentos Inspeccionados}}{\text{Total de Estabelecimentos Cadastrados}} \times 100$

Fonte de Verificação: Relatório consolidado das inspeções e cadastro.

Informações Adicionais:

O conceito adotado para serviços de alimentação está expresso na RDC 216/04.

13.3.2 – Creches e estabelecimentos de educação infantil.

Parâmetro: Inspeção por ano por estabelecimento.

Meta: 100% do total de estabelecimentos cadastrados.

Importância do Indicador:

O indicador expressa a capacidade dos Serviços Municipais de Vigilância Sanitária em executar as ações de fiscalização sob sua competência.

Método de Cálculo: $\frac{\text{Total de Estabelecimentos Inspeccionados}}{\text{Total de Estabelecimentos Cadastrados}} \times 100$

Fonte de Verificação: Relatório consolidado das inspeções e cadastro.

13.3.3 – Instituições de longa permanência para idosos.

Parâmetro: Inspeção por ano por estabelecimento.

Meta: 100% do total de estabelecimentos cadastrados.

Importância do Indicador:

O indicador expressa a capacidade dos Serviços Municipais de Vigilância sanitária em executar as ações de fiscalização sob sua competência.

Para este ano, indo ao encontro das prioridades pactuadas no Pacto pela Vida, os interlocutores do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em reunião técnica tripartite, decidiram pela inclusão do indicador com a clara intenção de conduzir as ações de vigilância sanitária num sentido que a consolide dentro do Sistema Único de Saúde.

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Total de Estabelecimentos Inspeccionados}}{\text{Total de Estabelecimentos Cadastrados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Relatório consolidado das inspeções e cadastro.

Informações Adicionais:

A RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Nesta programação pactuada, a Inspeção em Serviços de Alimentação não contempla as ações de média e alta complexidade constantes desta Resolução, a exemplo de cozinhas industriais e comissárias.

ANEXOS

ANEXO 1 – PLANILHA DE CONTROLE DE OPORTUNIDADE DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DTA .

Planilha de Controle de Oportunidade de Notificação e Investigação de Surto de Doenças Transmitidas por Alimentos e Água - DTA

Secretaria Estadual de Saúde de _____

Municípios com mais de 100.000 habitantes	População*	Nº surtos de DTA notificados pelas SMS à SES até dia 05 de cada mês**											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Número de municípios que estão realizando notificação negativa ou notificação/investigação de surtos de DTA até o dia 5 de cada mês													
Número total de municípios com mais de 100.000 habitantes na UF													
% Municípios com notificação negativa ou notificação e investigação até dia 05 de cada mês***													

*Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

**Anotar como número 0 (zero) os municípios com notificação negativa e como IGN (ignorado) os municípios que não enviaram as informações até o dia 5 de cada mês.

***Realizar cálculo no dia 6 de cada mês ou próximo dia útil

Municípios com menos de 100.000 habitantes	População*	Nº surtos de DTA notificados pelas SMS à SES até dia 05 de cada mês**											
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Número de municípios que estão realizando notificação negativa ou notificação de surtos de DTA até o dia 5 de cada mês													
Número total de municípios com menos de 100.000 habitantes na UF													
% Municípios com notificação negativa ou notificação e investigação até dia 05 de cada mês***													

*Fonte: IBGE - Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

**Anotar como número 0 (zero) os municípios com notificação negativa e como IGN (ignorado) os municípios que não enviaram as informações até o dia 5 de cada mês.

***Realizar cálculo no dia 6 de cada mês ou próximo dia útil

ANEXO 2 - PRAZO PARA ENCERRAMENTO DOS CASOS NOTIFICADOS COMO SUSPEITOS OU CONFIRMADOS

Agravo		Prazo
• Sarampo • Rubéola		30 dias após a data notificação
• Cólera • Coqueluche • Difteria • Doença de Chagas (casos agudos) • Febre Amarela • Febre Maculosa • Febre Tifóide • Hantavirose	• Leptospirose • Malária • Meningites • Peste • Poliomielite • Paralisia Flácida Aguda • Raiva Humana • Tétano Neonatal • Tétano Acidental	60 dias após a data notificação
• Leishmaniose Tegumentar Americana • Leishmaniose Visceral		180 dias após a data notificação
• Síndrome da Rubéola Congênita •		180 dias após a data nascimento da criança
• Hepatites Virais		240 dias após a data notificação

ANEXO 3 - Prazo no qual foram incluídos casos notificados como suspeitos ou confirmados para avaliação do encerramento

Agravos			Período da avaliação						
			Abril/05	Junho/05	Agosto/05	Outubro/05	dezembro/05	Fevereiro/06	Ano 2005
Cólera	Coqueluche	Leptospirose	Até 31/01/05	Até 31/03/05	Até 31/05/05	Até 31/07/05	Até 31/09/05	Até 31/11/05	Todos
Difteria	Doença de Chagas (casos agudos)	Malária							
Febre Amarela	Febre Maculosa	Meningites							
Febre Tifóide	Hantavírus	Peste							
Paralisia		Poliomielite	Até 28/02/05	Até 30/04/05	Até 30/06/05	Até 31/08/05	Até 31/10/05	Até 31/12/05	Todos
Flácida Aguda		Paralisia							
Raiva Humana		Flácida Aguda							
Tétano Neonatal		Raiva Humana							
Tétano Acidental		Tétano Neonatal	De 01/09 a 30/09/04	De 01/09 a 30/11/04	De 01/09 a 31/12/04 De 01/01 a 31/01/05	De 01/09 a 31/12/04 De 01/01 a 31/03/05	De 01/09 a 31/12/04 De 01/01 a 31/05/05	De 01/09 a 31/12/04 De 01/01 a 31/07/05	De 01/09 a 31/12/04 De 01/01 a 31/08/05
		Tétano Acidental							
Sarampo	Rubéola	Sarampo							
		Rubéola							
Leishmaniose Tegumentar Americana	Leishmaniose Visceral	Síndrome da Rubéola Congênita	De 01/07 a 31/07/04	De 01/07 a 30/09/04	De 01/07 a 30/11/04	De 01/07 a 31/12/04 De 01 a 31/01/05	De 01/07 a 31/12/04 De 01/01 a 31/03/05	De 01/07 a 31/12/04 De 01/01 a 30/05/05	De 01/07 a 31/12/04 De 01/01 a 30/06/05
		Hepatites Virais							
ARQUIVOS (PGM)			OP05_ABR LISTA5AB	OP05_JUN LISTA5JU	OP05_AGO LISTA5AG	OP05_OUT LISTA5OU	OP05_DEZ LISTA5DE	OP06_FEV LISTA6FE	OP05_FIN* LISTA5F
DADOS (REC)			RESUAB5	RESUJU5	RESUAG5	RESUOU5	RESUDE5	RESUFE6	RESUMO5
TABELAS (TXT)			RESUAB5	RESUJU5	RESUAG5	RESUOU5	RESUDE5	RESUFE6	RESUMO5
LISTA (TXT)			LISTA5AB	LISTA5JU	LISTA5AG	LISTA5OU	LISTA5DE	LISTA6FE	LISTA5F

*O PGM05_FIN só poderá ser rodado a partir de março de 2006

ANEXO 4 – RELATÓRIO PADRONIZADO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A SOLO CONTAMINADO E FICHA DE CAMPO

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO ANUAL DAS AÇÕES DO VIGISOLO NOS MUNICÍPIOS E ESTADOS

1. Identificação :		
Respondido por	() Município	() Estado
Município:	UF:	
Setor Responsável pelo VIGISOLO	Nome do responsável pelo VIGISOLO:	
Telefone e Fax::	Período da Avaliação:	
E-mail:	Data do preenchimento:	
2. Cadastrar Áreas Contaminadas ou sob Suspeita de Contaminação		Número
Nº total de áreas cadastradas no SISOLO:		
Nº total de áreas cadastradas em atividade:		
Nº total de áreas cadastradas de propriedade pública:		
Nº total de áreas cadastradas com estudos sobre a contaminação ambiental:		
3. Informações de Saúde das Populações Expostas, ou sob Risco de Exposição, a Áreas com Solo Contaminado		Número
Nº total de áreas com população residente nas proximidades (raio de 1 km):		
Nº total estimado de pessoas expostas, ou sob risco de exposição, residentes nas proximidades das áreas cadastradas:		
Nº total de áreas cadastradas com estudos sobre a exposição humana:		
4. Categorizar Áreas Contaminadas ou sob Suspeita de Contaminação		Número
Nº total de áreas cadastradas categorizadas como vermelha:		
Nº total de áreas cadastradas categorizadas como azul:		
Nº total de áreas cadastradas categorizadas como roxa:		
Nº total de áreas cadastradas categorizadas como amarela:		
Nº total de áreas cadastradas categorizadas como preta:		
5. Principais problemas para a realização das atividades estruturantes do VIGISOLO		
6. Proposta de superação dos problemas encontrados (utilizar anexo)		
7. Análise sucinta das ações realizadas pelos estados e municípios (utilizar anexo)		

Local e Data: _____

Assinatura

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO PADRONIZADO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE POPULAÇÕES EXPOSTAS A SOLO CONTAMINADO

1. Identificação

Município ou Estado: Nome do município e UF.

Sector Responsável pelo VIGISOLO: Identificar qual o setor responsável pelas ações do VIGISOLO no município ou Estado.

Nome do Responsável pelo VIGISOLO: Nome do técnico responsável pelas ações do VIGISOLO no município ou Estado.

Telefone: Número do telefone de acesso ao setor responsável pelo VIGISOLO.

Fax: Número do fax do setor responsável pelo VIGISOLO.

E-mail: E-mail do setor ou do responsável pelo VIGISOLO.

Período: informar o período em que foi realizada a avaliação.

Data do Preenchimento: Informar a data que o relatório foi preenchido, levando em consideração que o envio é anual.

2. Cadastrar Áreas Contaminadas ou sob Suspeita de Contaminação

Nº total de áreas cadastradas no SISOLO: Informar o número de cadastros de áreas contaminadas, ou sob suspeita de contaminação, realizado com base nas fichas de campo.

Nº total de áreas cadastradas em atividade: Informar o número total de cadastros de áreas contaminadas, ou sob suspeita de contaminação, que estão em atividade, ou seja, cujos materiais estão sendo depositados com frequência, com base nas fichas de campo.

Nº total de áreas cadastradas de propriedade pública: Informar o número total de cadastros de áreas contaminadas, ou sob suspeita de contaminação, que se encontram localizadas em propriedades públicas, com base nas fichas de campo.

Nº total de áreas cadastradas com estudos sobre a contaminação ambiental: Informar o número total de cadastros de áreas contaminadas, ou sob suspeita de contaminação, para as quais tenham sido realizados estudos sobre a contaminação do local, com base nas fichas de campo.

3. Prestar Informações de Saúde das Populações Expostas, ou sob Risco de Exposição, a Áreas com Solo Contaminado.

Nº total de áreas cadastradas com população nas proximidades (raio de 1 km): Informar o número total de áreas cadastradas com população residente nas proximidades do local avaliado, considerando um raio de 1 km, com base nas informações da ficha.

Nº total estimado de pessoas expostas, ou sob risco de exposição, residentes nas proximidades das áreas cadastradas: Informar o total estimado de população exposta, ou sob o risco de exposição, residente nas proximidades das áreas cadastradas, com base na ficha de campo.

Nº de áreas cadastradas com estudos sobre a exposição humana: Informar o número total de cadastros de áreas contaminadas, ou sob suspeita de contaminação, para as quais tenham sido realizados estudos para avaliação da exposição humana, com base nas fichas de campo.

4. Categorizar Áreas Contaminadas ou sob Suspeita de Contaminação

Nº total de áreas cadastradas categorizadas como vermelha: Informar o número total de cadastros de áreas com populações expostas a solo contaminado, com base nas informações da Ficha de Campo.

Nº total de áreas cadastradas categorizadas como azul: Informar o número total de cadastros de áreas com populações expostas a solo com suspeita de contaminação, com base nas informações da Ficha de Campo.

Nº total de áreas cadastradas categorizadas como roxa: Informar o número total de cadastros de área com populações sob risco de exposição a solo contaminado, com base nas informações da Ficha de Campo.

Nº total de áreas cadastradas categorizadas como amarela: Informar o número total de cadastros de área com populações sob risco de exposição a solo com suspeita de contaminação, com base nas informações da Ficha de Campo.

Nº total de áreas cadastradas categorizadas como preta: Informar o número total de cadastros de áreas sem populações, em um raio de 1 km, com solo contaminado ou com suspeita de contaminação, com base nas informações da Ficha de Campo.

5. Principais problemas para a realização das atividades estruturantes do VIGISOLO

Descrever, objetivamente, os principais problemas enfrentados durante a realização das atividades estruturantes de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado – VIGISOLO.

6. Proposta de superação dos problemas encontrados (utilizar anexo)

Com base nos problemas descritos no item anterior, apresente propostas para superá-los.

7. Análise sucinta das ações realizadas pelos estados e municípios (utilizar anexo)

Os Estados deverão realizar uma análise sucinta das ações realizadas por todos os municípios. Cabe ressaltar, que os municípios com áreas identificadas deverão realizar uma análise sucinta do desenvolvimento das suas ações.

O Relatório de Acompanhamento Anual das Ações do VIGISOLO deve ser assinado pelo Secretário Municipal, ou Estadual, de Saúde.

IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS COM POPULAÇÕES EXPOSTAS A SOLO CONTAMINADO
FICHA DE CAMPO

1) Categoria: () área vermelha () área azul () área roxa () área amarela () área preta		
2) Data: ____/____/____		
3) UF: _____	4) Município: _____	
5) Denominação da área: _____		6) Distância da Capital: ____Km
7) Nome do Proprietário: _____		8) Tipo de Propriedade: () Pública () Privada
9) Endereço: _____		10) Latitude: _____ 11) Longitude: _____
12) Classificação da Área: () AD () AI () ADRI () DA () CN () AM () AA () ADRU () UPAS		
13) Caso a área seja AI, informe que tipo: _____		
14) Área em Atividade: () sim () não	15) Tamanho da área: _____ m ²	16) População nas proximidades: () sim () não
17) Distância da moradia mais próxima: _____ m	18) População estimada nas proximidades: () 1 até 50 pessoas () 51 até 1000 pessoas () 1001 até 5 mil pessoas () mais de 5 mil pessoas	
19) Contaminantes: _____ _____		
20) Formas de Acondicionamento de Resíduos: () sim () não Especificar: _____		
21) Tipo de atividade nas proximidades: () residências () hospital () creche () escola () asilo () comércio () indústrias () agrosilvopastoril () hospedagem () outros: _____		
22) Perfil da População: () Flutuante () Trabalhadores () Urbana () Rural		
23) Estratificação Social: () Classe Alta () Classe Média () Classe Baixa		
4) Curso de água: () nenhum () rio/riacho () lagoa/lago/açude () Igarapé () barragem/represa () mar	Nome: _____ Nome: _____ Nome: _____ Nome: _____ Nome: _____	Distância: _____ m Distância: _____ m Distância: _____ m Distância: _____ m Distância: _____ m

25) Tipo de abastecimento de água: para cada tipo de abastecimento encontrado na área informar se é para uso (1)agrícola, (2)doméstico, (3)comercial e/ou (4)industrial.

() caminhão pipa: _____ () poço/cacimba: _____

() público: _____ () superficial: _____

26) Existência de estudo sobre a contaminação: () não () sim

Caso afirmativo, especificar:

() Solo: _____

() Ar: _____

() Água: _____

() Exposição humana: _____

() Outros: _____

27) Origem das Informações: _____

28) Remediação: () não () sim, especificar: _____

29) Observações:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Nome do Técnico: _____

CPF:

ANEXO 5 – MODELO DE RELATÓRIO DAS AÇÕES EM VIGILÂNCIA AMBIENTAL RELACIONADOS A QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO RELATÓRIO

1- IDENTIFICAÇÃO

Município ou Estado: **Nome do município e UF.**

Sector Responsável pelo VIGIAGUA: **Identificar qual o setor responsável pelas ações do VIGIAGUA no município.**

Nome do Responsável pelo VIGIAGUA: **Nome do técnico responsável pelas ações do VIGIAGUA no município.**

Telefone: **Número do telefone de acesso ao setor responsável pelo VIGIAGUA.**

Fax: **Número do Fax do setor responsável pelo VIGIAGUA.**

E-mail: **E-mail do setor ou do responsável pelo VIGIAGUA.**

Período: **informar o período em que foi realizada a avaliação.**

Data do Preenchimento: **Informar a data que o relatório foi preenchido, levando em consideração que o envio é semestral. As informações do primeiro relatório correspondem ao primeiro semestre e as do segundo relatório correspondem ao ano todo.**

2- - Cadastrar as diversas formas de abastecimento de água (SAA, SAC e SAI)

Nº total de cadastros de Sistemas de Abastecimentos de Água (SAA): **Informar o número de cadastros de Sistemas de Abastecimento de Água, que foram realizados.**

N.º total de cadastros de Soluções Alternativas Coletivas (SAC): **Informar o número de cadastros de Soluções Alternativas Coletivas, que foram realizados.**

Nº total de cadastros de Soluções Alternativas Individuais (SAI): **Informar o número de cadastros de Soluções Alternativas Individuais, que foram realizados.**

Total de domicílios por SAA, SAC e SAI, cadastrados: **Informar o somatório do número de domicílios correspondentes aos SAA, SAC e SAI cadastrados.**

População abastecida por SAA, SAC e SAI, cadastrados: **Informar o somatório da população abastecida por SAA, SAC e SAI.**

A População abastecida é calculada por meio da multiplicação entre a média de habitantes por domicílio (dado do IBGE -2000) e o número total de domicílios correspondentes aos SAA, SAC e SAI cadastrados.

Ex.: População abastecida por SAA, SAC e SAI cadastrados = média de habitantes por domicílio (IBGE -2000) x total de domicílios por SAA, SAC e SAI, cadastrados.

Nº esperado para a população abastecida por SAA, SAC e SAI cadastrados, para os Estados e Municípios acima de 100 mil habitantes: **Conforme previsto na meta, corresponde a 50% da população total do município e do Estado, (Censo do IBGE -2000).**

Ex.: *Nº esperado para a população abastecida por SAA, SAC e SAI, cadastrados =*
= nº da população total do Município ou Estado (IBGE-2000) x $\frac{50}{100}$

% da população abastecida por SAA, SAC e SAI, cadastrados: **Informar o percentual da população abastecida por SAA, SAC e SAI cadastrados, tomando por base a população abastecida e o nº esperado para a população abastecida.**

Ex.: *% da população abastecida por SAA, SAC e SAI cadastrados =*
= $\frac{\text{população abastecida por SAA, SAC e SAI, cadastrados}}{\text{nº esperado para a população abastecida por SAA, SAC e SAI cadastrados}} \times 100$

Obs. O cumprimento da meta prevista para a ação de cadastro pressupõe que tanto os municípios acima de 100 mil habitantes, quanto os Estados, garantam que sejam efetuados cadastros de SAA, SAC e SAI que correspondam a uma cobertura populacional de, no mínimo, 50% da população total do município e do Estado (segundo o Censo do IBGE-2000).

3- Receber dos prestadores de serviços os relatórios mensais de controle dos SAA cadastrados

Nº total de relatórios mensais de controle para SAA, enviados pelos prestadores de serviços: **Informar o número de relatórios de controle de qualidade da água enviados mensalmente e semestralmente pelos prestadores de serviços dos Sistemas de Abastecimento de Água. De acordo com a Portaria MS n.º 518/2004, os responsáveis pelos Sistemas de Abastecimento de Água devem encaminhar, no mínimo, um relatório mensal contendo informações sobre o controle da qualidade da água (turbidez, cloro residual, fluoreto e Coliformes) e um relatório semestral (contendo informações sobre agrotóxicos e mercúrio). Como linha de base serão considerados 12 relatórios anuais para cada sistema cadastrado, sendo que no SISAGUA as informações dos parâmetros de agrotóxicos e mercúrio estão inseridas no relatório mensal.**

N.º de relatórios de controle esperados para os SAA cadastrados, para os Estados e Municípios acima de 100 mil habitantes: **6 relatórios/ano para cada sistema de abastecimento de água cadastrado.**

% de relatórios de controle para os SAA cadastrados: **Informar o percentual alcançado, tomando por base o total de relatórios esperado, em relação aos recebidos.**

Ex.: *% =* **= $\frac{\text{nº de relatórios de controle de SAA recebidos}}{\text{nº relatórios de controle esperados para os SAA cadastrados}} \times 100$**

4 - Realizar o monitoramento da qualidade da água para consumo humano para os parâmetros de cloro e turbidez, pela vigilância

N.º de amostras realizadas de cloro residual: **Informar o número de amostras de cloro residual, que o município acima de 100 mil habitantes realizou, no período correspondente a este relatório.**

N.º total de amostras esperadas de cloro residual, para municípios acima de 100 mil habitantes: **Informar o número de amostras que o município deverá realizar no período correspondente, conforme o Plano Nacional de Amostragem do VIGIAGUA (Tabela 1).**

% de amostras de cloro realizadas: **Informar o percentual alcançado, tomando por base o total de amostras realizadas, em relação às esperadas.**

Ex.: % = $\frac{n^{\circ} \text{ amostras realizadas de cloro}}{n^{\circ} \text{ amostras esperadas de cloro}} \times 100$

N.º de amostras realizadas de turbidez: **Informar o número de amostras de turbidez, que o município acima de 100 mil habitantes realizou, no período correspondente a este relatório.**

Nº total de amostras esperadas de turbidez, para municípios acima de 100 mil habitantes: **Informar o número de amostras que o município deverá realizar no período correspondente, tendo como base no Plano Nacional de Amostragem do VIGIAGUA (Tabela 1).**

% de amostras de turbidez realizadas: **Informar o percentual alcançado, tomando por base o total de amostras realizadas, em relação às esperadas.**

Ex.: % = $\frac{n^{\circ} \text{ amostras realizadas de turbidez}}{n^{\circ} \text{ de amostras esperadas de turbidez}} \times 100$

Tabela 1 - Plano de Amostragem da Vigilância: Número mínimo de amostras (mensal) para vigilância da qualidade da água para consumo humano, para fins de análises química de cloro residual livre e Turbidez em função da população total do município

PARÂMETRO	TIPO DE MANANCIAL	POPULAÇÃO TOTAL DO MUNICÍPIO					
		<5000 hab.	5001 a 10.000 hab.	10.001 a 20.000 hab.	20.001 a 50.000 hab.	50.001 a 100.000 hab.	> 100.000 hab
CRL ¹⁾	Superficial ou Subterrâneo	10	14	18	25	36	53
Turbidez	Superficial ou Subterrâneo	10	14	18	25	36	53

Notas: (1)Cloro Residual Livre

Responsável pela informação: **Informar a pessoa responsável pela informação.**

5 - JUSTIFICATIVAS E COMENTÁRIOS FINAIS

Utilize anexo, caso necessite justificar as ações que não foram desenvolvidas.

6- ANÁLISE SUCINTA DAS AÇÕES REALIZADAS PELOS ESTADOS E MUNICÍPIOS

Os Estados deverão realizar uma análise sucinta das ações realizadas por todos os municípios. Cabe ressaltar, que os municípios acima de 100 mil habitantes também deverão realizar uma análise sucinta do desenvolvimento das suas ações.

ANEXO 6 - ESTIMATIVA DE CÃES A SEREM VACINADOS POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO

BRASIL – 2006

U.F.Macro-região	População Humana Estimada*	% da População Canina Estimada**	População Canina Estimada
Brasil	184.184.264		21.192.006
NORTE	14.698.878		1.957.013
Rondônia	1.534.594	19,8	303.849
Acre	669.736	14,7	98.451
Amazonas	3.232.330	11,0	355.556
Roraima	391.317	12,5	48.914
Para	6.970.586	13,0	906.176
Amapá	594.587	12,5	74.323
Tocantins	1.305.728	13,0	169.744
NORDESTE	51.019.091		6.232.726
Maranhão	6.103.327	14,0	854.465
Piauí	3.006.885	13,0	390.895
Ceará	8.097.276	12,5	1.012.159
Rio Grande do Norte	3.003.087	10,0	300.308
Paraíba	3.595.886	15,0	539.382
Pernambuco	8.413.593	10,0	841.359
Alagoas	3.015.912	10,0	301.591
Sergipe	1.967.791	13,5	265.651
Bahia	13.815.334	12,5	1.726.916
SUDESTE	78.472.017		10.640.830
Minas Gerais	19.237.450	13,5	2.597.055
Espírito Santo	3.408.365	14,3	487.396
Rio de Janeiro	15.383.407	11,0	1.692.174
São Paulo	40.442.795	14,5	5.864.205
CENTRO-OESTE	13.020.767		2.361.437
Mato Grosso do Sul	2.264.468	20,0	452.893
Mato Grosso	2.803.274	18,0	504.589
Goiás	5.619.917	20,0	1.123.983
Distrito Federal	2.333.108	12,0	278.972
SUL	26.973.511		
Paraná ***	10.261.856	23,0	137.924
Santa Catarina	5.866.568	Não realiza Campanha	
Rio Grande do Sul	10.845.087	Não realiza campanha	

*Fonte: IBGE – Estimativas Populacionais, 2005

**Este percentual representa a base de cálculo em relação à população humana

*** Vacina somente municípios próximos à fronteira com o Paraguai, totalizando 25 municípios com uma população humana de 606.670.

ANEXO 7 – PLANILHAS DE MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

IMPRESSO II - MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, PLANO DE TRATAMENTO E PROCEDÊNCIA	Semana Epidemiológica de Atendimento
	Ano

Município: _____ Unidade de Saúde: _____
Regional de Saúde _____

Faixa Etária	Nº de Casos
< 1 a	
1 a 4 a	
5 a 9 a	◆
10 ou +	
IGN	
TOTAL	

Plano de Tratamento	Nº de Casos
A	
B	
C	
Outras Conduitas	
IGN	
TOTAL	

[illegible][illegible]

ANALISE

- 1) Houve aumento de casos? ☐ Sim ☐ Não
- 2) Se sim, que fatores contribuíram para o aumento de casos?

- 3) Houve mudanças de faixa etária? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, para qual?

O que sugere essa mudança?

- 4) Os casos estão concentrados em alguma(s) localidade(s)? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, em qual(is) e qual a explicação?

- 5) Qual o plano de tratamento mais usado?

Se C, por quê?

- 6) Se houve mudança no comportamento usual das diarréias, quais as medidas tomadas?

- 7) Houve ocorrência de surto(s)? ☐ Sim ☐ Não

Total de surtos:

Nº Surtos Investigados:

- 8) Colheu material para exame? ☐ Sim ☐ Não

Qual?

A SER PREENCHIDO PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

Unidades de Saúde que atendem Diarréia: N°

Unidades de Saúde que monitorizam Diarréias	Nº
---	----

Nome:

Assinatura:

Visto da Chefia:

Data / /

	IMPRESSO III - MONITORIZAÇÃO DAS DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, PLANO DE TRATAMENTO E PROCEDÊNCIA, POR MUNICÍPIO	Semana Epidemiológica de Atendimento Ano																
Regional: _____ U.F.: _____																		
MUNICÍPIO	FAIXA ETÁRIA						PLANO DE TRATAMENTO						U.S.*	U.S.**	SURTO			
															SIM		NÃO	
	<1	1a4	5a9	10+	IGH	TOTAL	A	B	C	Outras Conduitas	IGH	TOTAL	(H*)	(H**)	H*	Investigados (H*)		
* Número de Unidade de Saúde que atende(m) diarréias ** Número de Unidade de Saúde que monitoriza(m) diarréias																		
OBSERVAÇÕES 																		
Data: ____/____/____ Nome: _____ Assinatura: _____																		

ANEXO 8 - ROTEIRO PARA PLANO DE AÇÃO DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS PARA ESTADOS E CAPITAIS

1 – Identificação

- Indicar: a sigla da Unidade Federada, Município, número do registro do município no IBGE
- ☐ Informar: o endereço completo do órgão, município, sigla da UF, código do endereçamento postal, nome completo do Secretário de Saúde, o número do Registro Geral (RG), órgão expedidor, Cadastro de Pessoa Física (CPF), a condição de Gestão NOB 01/96 ou NOAS 2001/2002 e a data da Portaria de Certificação para ações de Vigilância em Saúde (Epidemiologia e Controle de Doenças).
- ☐ Indicar: nome completo do da gerência e sub-coordenação do Plano de Plano de ação de vigilância e prevenção de DANT, com respectivos códigos de discagem direta à distância de número de telefones e fac-símile e endereço do correio eletrônico (via INTERNET).
- Indicar se o Plano foi aprovado no CMS, CES, Conferencia, ou CIB e a data de sua aprovação
- Anexar ao Plano de Plano de ação de vigilância e prevenção de DANT

2 - Análise sucinta da situação das DANT nos Estados / Municípios

2.1 Contextualização das DANT no cenário institucional: Aspectos gerais institucionais incluindo organização institucional (organograma), com destaque às áreas que tem as DANT como objeto de trabalho, modelo de gestão, profissionais envolvidos, organização dos serviços (vigilância, prevenção e atenção) e principais programas e atividades atuais da área de Vigilância de DANT, entre outros.

2.2 Aspectos gerais relativos ao perfil demográfico e epidemiológicas que justificam (ou não) a priorização da vigilância, prevenção das DANT .

Destacar a análise dos indicadores básicos de DANT selecionados e discutidos nos fóruns regionais e seus subgrupos de idade, sexo e/ou outros indicadores que o estado e município considere relevante segundo a realidade local, que não faz parte dos indicadores básicos (ANEXO1).

3 – Descrição sucinta da proposta de intervenção baseada no cenário epidemiológico Estados/Municípios

A partir da contextualização elaborada e dos problemas destacados, tanto na Análise de Situação das DANT do estado/ município, quanto na Situação do Sistema de Saúde, descrever os principais componentes e ações estratégicas a serem desenvolvidos que comporão o plano de Vigilância e Prevenção de DANT.

Este plano deve conter (**diretrizes, objetivos, estratégias, ações, indicadores e metas pretendidas**) referentes aos seguintes temas:

- Vigilância e prevenção de DCNT e seus fatores de risco e proteção
- Vigilância e prevenção de violências (Integração com projetos de redução de morbimortalidade de acidentes de trânsito, núcleos de prevenção de violência; Serviços de Informação Sentinela)
- Participação no monitoramento e Vigilância de FR e FP de escolares (Pesquisa Nacional de Saúde de Escolares)
- Integração com Registro de Câncer Base Populacional
- Implantação dos ambientes livres de tabaco.
- Implantação da Estratégia Global - atividade física, alimentação saudável
- Parcerias / Intersetorialidade
- Identificação de iniciativas locais dos temas propostos e outras ações de promoção à saúde.

4 – Quadro de Indicadores e Metas do Plano

Este quadro é de fundamental importância no processo de elaboração do plano, estabelecendo os indicadores de execução e metas. Dessa forma, é relevante que haja durante todo o

desenvolvimento do plano de Plano de ação de vigilância e prevenção de DANT, monitoramentos e avaliações que indicarão o seu andamento.

5 - Quadro Demonstrativo das Ações e da Utilização dos Recursos da Secretaria de Saúde Destinados para a Vigilância de DANT e Promoção da Saúde

Este campo tem como objetivo sintetizar os gastos efetuados com DANT e a partir da proposta apresentada, verificar o grau de complementaridade e otimização dos recursos financeiros, uso dos recursos Federais e locais.

INDICADORES PACTUADOS NOS FÓRUMS REGIONAIS

Fatores comportamentais de Risco (caso disponível):

- *Tabagismo*

Prevalência de fumantes por sexo e faixa etária (15 – 24, 25 e + anos)

Prevalência de ex-fumantes por sexo

- *Alimentação*

Proporção de indivíduos que consomem frutas, verduras e legumes frescos 5 ou mais vezes por dia.

Proporção de indivíduos que consomem frutas, verduras e legumes frescos 5 ou mais vezes por dia por sexo e faixa etária (15 – 24, 25 e + anos).

- *Atividade física*

Prevalência de indivíduos com atividade física insuficiente por sexo e faixa etária (15 – 24, 25 e + anos).

- *Consumo de álcool*

Prevalência de consumo diário de álcool nos últimos 30 dias considerado de risco (> 2 doses/dia para homens e > 1 dose/dia para mulheres).

Prevalência de consumo diário de álcool nos últimos 30 dias considerado de risco por sexo e faixa etária (15 – 24, 25 e + anos) (> 2 doses/dia para homens e > 1 dose/dia para mulheres).

Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis

- Doenças Cérebro-vasculares (I60 a I69) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Doenças Isquêmicas do coração (I20 a I 25) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Diabetes (E10 a E 14) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Câncer de traquéia, brônquios e pulmão (C33 a C34) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).

- Câncer de mama (C 50) por faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Câncer de cólon e reto (C 18 a C20) por sexo e faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Câncer de colo de útero (C 53) por faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Câncer de colo de útero de porção não especificada (C 55) por faixa etária (20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).

Mortalidade por acidentes e violências

- Acidente de transporte (V01-V99) por sexo e faixa etária (< 5, 5 - 9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 - 74 anos).
- Suicídio (X60-X84) por sexo e faixa etária (5 -9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Agressão (X85-Y09) por sexo e faixa etária (5 -9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Eventos de intenção indeterminada (Y10 –Y34) por sexo e faixa etária (5 -9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).
- Quedas (W00-W19) por sexo e faixa etária (5 -9 , 10 -19 , 20 - 39, 40 - 59 ,60 -74 anos).

ANEXO 9 – PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO RESIDENTES EM MUNICÍPIOS COM CGM < 4 SEGUNDO UF E RESPECTIVA META A SER ALCANÇADA

Estados		Coeficiente de Mortalidade Geral Padronizado (*)						
		Municípios		CGM<4 em 2004			Meta	
		total	População 2004	Municípios	Mun %	pop	Pop %	2006
11	Rondônia	52	1.479.940	15	28,85	149.679	10,11	reduzir para menos de 5%
12	Acre	22	614.205	10	45,45	101.982	16,6	reduzir para menos de 10%
13	Amazonas	62	3.100.136	43	69,35	1.107.771	35,73	reduzir para menos de 25%
14	Roraima	15	367.701	2	13,33	27.872	7,58	reduzir para menos de 5%
15	Pará	143	6.695.940	75	52,45	2.071.473	30,94	reduzir para menos de 25%
16	Amapá	16	553.100	8	50	63.795	11,53	reduzir para menos de 5%
17	Tocantins	139	1.253.256	52	37,41	256.574	20,47	reduzir para menos de 15%
21	Maranhão	217	5.943.807	110	50,69	2.095.174	35,25	reduzir para menos de 25%
22	Piauí	222	2.949.133	85	38,29	675.142	22,89	reduzir para menos de 15%
23	Ceará	184	7.862.067	36	19,57	623.756	7,93	reduzir para menos de 5%
24	Rio Grande do Norte	167	2.923.287	72	43,11	610.490	20,88	reduzir para menos de 15%
25	Paraíba	223	3.542.167	65	29,15	371.089	10,48	reduzir para menos de 5%
26	Pernambuco	185	8.238.849	12	6,49	147.632	1,79	reduzir para qualquer percentual
27	Alagoas	102	2.947.717	20	19,61	300.889	10,21	reduzir para menos de 5%
28	Sergipe	75	1.903.065	15	20	201.752	10,6	reduzir para menos de 5%
29	Bahia	417	13.552.649	176	42,21	3.307.996	24,41	reduzir para menos de 15%
31	Minas Gerais	853	18.762.404	175	20,52	1.321.840	7,05	reduzir para menos de 5%
32	Espírito Santo	78	3.298.541	5	6,41	51.070	1,55	reduzir para qualquer percentual
33	Rio de Janeiro	92	15.033.317	0	0	-	0	manter
35	São Paulo	645	39.239.360	29	4,5	100.420	0,26	reduzir para qualquer percentual
41	Paraná	399	10.015.425	11	2,76	63.486	0,63	reduzir para qualquer percentual
42	Santa Catarina	293	5.686.503	28	9,56	102.506	1,8	reduzir para qualquer percentual
43	Rio Grande do Sul	496	10.613.256	60	12,1	213.492	2,01	reduzir para qualquer percentual
50	Mato Grosso do Sul	77	2.198.640	3	3,9	25.537	1,16	reduzir para qualquer percentual
51	Mato Grosso	139	2.697.717	18	12,95	94.475	3,5	reduzir para qualquer percentual
52	Goiás	246	5.402.335	55	22,36	505.731	9,36	reduzir para menos de 5%
53	Distrito Federal	1	2.233.614	0	0	-	0	Manter
Total		5.560	179.108.131	1.180	21,22	14.591.623	8,15	-

(*) população adotada para padronização: Censo 2000 - IBGE

ANEXO 10 - PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS EM 2004, E META DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS PARA OS ESTADOS BRASILEIROS EM 2006

	2004			Meta PPI
Estado	Óbitos totais	Óbitos por causas mal definidas	%	2006
BRASIL	1.021.356	127.207	12,5	reduzir para ≤ 10%
NORTE	54.210	11.266	20,8	reduzir para ≤ 15%
Rondonia	6.317	704	11,1	reduzir para ≤ 10%
Acre	2.663	773	29,0	reduzir para ≤ 20%
Amazonas	10.867	2.468	22,7	reduzir para ≤ 15%
Roraima	1.407	112	8,0	manter <10%
Para	25.878	6.664	25,8	reduzir para ≤ 20%
Amapá	1.949	284	14,6	reduzir para ≤ 12%
Tocantins	5.129	261	5,1	manter <10%
NORDESTE	256.113	61.059	23,8	reduzir para ≤ 20%
Maranhao	22.813	8.343	36,6	reduzir para < 25%
Piauí	13.642	3.348	24,5	reduzir para ≤ 20%
Ceara	41.173	10.224	24,8	reduzir para ≤ 20%
R G do Norte	14.800	2.938	19,9	reduzir para ≤ 15%
Paraíba	20.625	6.185	30,0	reduzir para ≤ 20%
Pernambuco	53.145	8.779	16,5	reduzir para ≤ 15%
Alagoas	15.684	3.937	25,1	reduzir para ≤ 20%
Sergipe	9.499	1.185	12,5	reduzir para ≤ 10%
Bahia	64.732	16.120	24,9	reduzir para ≤ 20%
SUDESTE	486.230	41.272	8,5	manter <10%
Minas Gerais	107.329	13.285	12,4	reduzir para ≤ 10%
Espirito Santo	18.627	865	4,6	manter <10%
Rio de Janeiro	116.301	11.431	9,8	manter <10%
Sao Paulo	243.973	15.691	6,4	manter <10%
SUL	163.064	10.071	6,2	manter <10%
Paraná	60.272	3.072	5,1	manter <10%
Santa Catarina	30.551	2.849	9,3	manter <10%
R G do Sul	72.241	4.150	5,7	manter <10%
CENTRO-OESTE	61.739	3.539	5,7	manter <10%
M Grosso do Sul	12.539	205	1,6	manter <10%
Mato Grosso	12.877	1.067	8,3	manter <10%
Goiás	26.749	1.929	7,2	manter <10%
Distrito Federal	9.574	338	3,5	manter <10%

ANEXO 11 - NASCIDOS VIVOS ESTIMADOS, BRASIL, REGIÕES E ESTADOS, 2006

Serão divulgados até 15/02/2006 os anexos 11a, 11b, e 11c, contendo respectivamente as metas para os estados com cobertura maior ou igual a 90%, as metas para os estados com cobertura menor que 90% e o método utilizado para realizar estas projeções.

A tabela abaixo, com os dados de estimativa para 2005, serve apenas como uma aproximação da meta de cada UF, não é válida para efeito de pactuação. Será substituída pelos anexos 11a e 11b com projeções para 2006, conforme mencionado acima e na descrição da Ação 11.2.1.

UF	POPULAÇÃO (*)	NASCIDOS VIVOS ESTIMADOS
BRASIL	184.184.264	3.113.535
NORTE	14.698.878	334.759
RONDÔNIA	1.534.594	32.718
ACRE	659.865	16.681
AMAZONAS	3.242.201	73.047
RORAIMA	391.317	10.404
PARÁ	6.970.586	160.323
AMAPÁ	594.587	13.513
TOCANTINS	1.305.728	28.073
NORDESTE	51.019.091	1.002.254
MARANHÃO	6.103.327	131.588
PIAUÍ	3.006.885	62.423
CEARÁ	8.097.276	147.613
RIO G. DO NORTE	3.003.087	55.917
PARAÍBA	3.595.886	70.120
PERNAMBUCO	8.413.593	154.978
ALAGOAS	3.015.912	70.814
SERGIPE	1.967.791	43.547
BAHIA	13.815.334	265.254
SUDESTE	78.472.017	1.168.348
MINAS GERAIS	19.237.450	302.028
ESPÍRITO SANTO	3.408.365	54.602
RIO DE JANEIRO	15.383.407	220.444
SÃO PAULO	40.442.795	591.274
SUL	26.973.511	371.976
PARANÁ	10.261.856	148.489
SANTA CATARINA	5.866.568	73.716
RIO G. DO SUL	10.845.087	149.771
CENTRO-OESTE	13.020.767	236.198
MATO GROSSO DO SUL	2.264.468	38.768
MATO GROSSO	2.803.274	53.515
GOIÁS	5.619.917	98.349
DISTRITO FEDERAL	2.333.108	45.566