

# Plano de Gestão da Vigilância

## em Saúde



Pernambuco - 2013

**SEVS**  
Secretaria Executiva  
de Vigilância em Saúde



**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria  
de Saúde



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde

# **Guia para Gestão da Vigilância em Saúde**

Procedimentos Operacionais Padronizados

1ª Edição

Pernambuco - 2013

**Governador de Pernambuco**  
Eduardo Henrique Accioly Campos

**Vice- governador**  
João Soares Lyra Neto

**Secretário Estadual de Saúde**  
Antônio Carlos dos Santos Figueira

**Chefe de Gabinete**  
Humberto Antunes

**Assessora do Gabinete**  
Joanna Freire

**Secretária Executiva de Coordenação Geral**  
Ana Paula Menezes Soter

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde**  
Eronildo Felisberto

**Secretária Executiva de Atenção à Saúde**  
Tereza de Jesus Campos Neta

**Secretária Executiva de Regulação em Saúde**  
Adelaide Caldas Cabral

**Secretária Executiva de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde**  
Cinthia Kalyne de Almeida Alves

**Secretário Executivo de Administração e Finanças**  
Jorge Antonio Dias Correia de Araújo

**Superintendência de Comunicação**  
Thiago Nunes

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde**  
Eronildo Felisberto

**Assessoria do Gabinete SEVS**  
Ana Cláudia Simões Cardoso  
Ana Coelho de Albuquerque

**Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas da Vigilância Epidemiológica**  
Patrícia Ismael de Carvalho

**Gerência de Informações Estratégicas**  
Romildo Siqueira de Assunção

**Coordenação do Sinan**  
Andréa Barbosa

**Coordenação do Cievs**  
Patrícia Lima

**Coordenação de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar**  
Maria do Carmo Rocha

**Gerência de Monitoramento e Vigilância de Eventos Vitais**  
Cândida Correia

**Coordenação do Sinasc**  
Maíley Barreto

**Coordenação do SIM**  
Bárbara Figueiroa

**Gerência da Rede SVO**  
Bárbara Araújo

**Diretora Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde**  
Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

**Gerência de Monitoramento e Avaliação em Saúde**  
Juliana Martins

**Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde**  
Monik Duarte

**Coordenação de Análise e Disseminação da Informação em Saúde**  
Tereza Farias

**Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção à Saúde**  
Marcella Abath

**Coordenação de Mobilização Comunitária e Promoção de Modos de Vida Saudáveis**  
Isabella Paes

**Coordenação de Vigilância de Acidentes e Violência**  
Sandra Luzia Souza

**Gerência de Atenção à Saúde do Trabalhador**  
Denise Timóteo



**Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos**

*Roselene Hans Santos*

**Assessoria da Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos**

*Sílvia Cabral*

**Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST**

*François Figueiroa*

**Coordenação de Prevenção de DST**

*Djair Sena*

**Coordenação de Prevenção e Controle da Aids**

*Khaled Almahnoud*

**Coordenação de Prevenção das Hepatites**

*Adriana Cavalcante*

**Coordenação de Vigilância Ambiental de Riscos Ambientais**

*Danielle Ferreira*

**Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias**

*Ana Lucia Souza*

**Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose**

*Nadianara Araújo*

**Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase**

*Raissa Alencar*

**Gerência de Prevenção e Controle das Zoonoses, Endemias e Riscos Ambientais**

*Bárbara Morgana*

**Coordenação de Prevenção da Leishmaniose, Raiva e Peste**

*Francisco Duarte*

**Coordenação de Prevenção da Esquistossomose**

*Gabriella Murakami*

**Coordenação de Vigilância de Chagas, Tracoma e Malária**

*Gênova Azevedo*

**Coordenação de Prevenção da Dengue e Febre Amarela**

**Gerência de Prevenção e Controle dos Agravos Agudos**

*Nara Melo*

**Coordenação de Doenças Imunopreveníveis**

*Ana Antunes Fonseca*

**Coordenação de Doença de Veiculação Hídrica e Alimentar**

*Camila Vasconcelos*

**Diretor Geral do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN**

*Ovídio Araripe*

**Diretor da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA**

*Jaime Brito*

**Apoio Administrativo**

*Camila Moura*

*José Everaldo Bezerra Júnior*

*Marta Ximenes*

*Ricardo Alex de Lima*

*Sóstenes Marcelino da Silva Junior*

*Wanessa Cristina de Souza*

**Agradecimentos aos Gestores, Técnicos, Residentes e Estagiários que compõem a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e que participaram da equipe de elaboração deste Guia.**

© 2013. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

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

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.ª edição – 2013 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519,

Bongi - Recife-PE

CEP: 50751-530

Telefone: (81) 3184-0104

E-mail: [sevs@saude.pe.gov.br](mailto:sevs@saude.pe.gov.br)

Homepage: [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)

Coordenação

Ana Coelho de Albuquerque

Revisão

Eronildo Felisberto

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Capa e Diagramação

Rafael Azevedo de Oliveira

#### Ficha Catalográfica

---

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde – Procedimentos Operacionais Padronizados / Secretaria Estadual de

Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. - 1. ed. - Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2013.

148p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

1. Vigilância Epidemiológica. 2. Saúde Pública. I. Título. II. Série.

---

# Sumário

Apresentação	7
Vigilância em Saúde	9
Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde	11
Agentes de Combate às Endemias e demais Agentes que atuam na Vigilância em Saúde	12
Financiamento da Vigilância em Saúde	15
<b>Procedimentos Operacionais Padronizados (POP)</b>	
<b>Parte 1: Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Transmissíveis</b>	<b>21</b>
1.1 Aids	23
1.1.1 Gestante HIV	26
1.1.2 Criança exposta ao HIV	28
1.2 Coqueluche	30
1.3 Difteria	33
1.4 Doenças Exantemáticas	35
1.5 Hanseníase	37
1.6 Hepatites Virais	40
1.7 Influenza	43
1.8 Meningites	45
1.9 Paralisia Flácida Aguda (PFA) / Poliomielite	47
1.10 Sífilis	49
1.11 Surtos de Doença Transmitida por Alimentos (DTA)	51
1.12 Tétano Acidental	53
1.13 Tétano Neonatal	55
1.14 Tuberculose	57
<b>Parte 2: Vigilância Epidemiológica das Zoonoses e Endemias</b>	<b>61</b>
2.1 Acidentes com Animais Peçonhentos	63
2.2 Dengue	65
2.3 Doença de Chagas	68
2.4 Esquistossomose / Geohelmintíases	71
2.5 Filariose	74
2.6 Hantavirose	76
2.7 Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)	78
2.8 Leishmaniose Visceral (LV)	81
2.9 Leptospirose	84
2.10 Malária	86
2.11 Peste	88
2.12 Raiva	91
2.13 Tracoma	

<b>Parte 3: Vigilância de Riscos Ambientais</b>	<b>93</b>
3.1 Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiagua)	95
3.2 Vigilância da Qualidade do Ar (Vigiar)	98
3.3 Vigilância de Populações Expostas a Solo Contaminado (Vigisolo)	100
3.4 Vigilância dos Riscos Decorrentes de Desastres de Origem Natural (Vigidesastres)	101
<b>Parte 4: Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica</b>	<b>103</b>
4.1 Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs)	105
4.2 Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	107
4.3 Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH)	109
<b>Parte 5: Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis</b>	<b>111</b>
5.1 Violências Domésticas, Sexuais e Outras Violências	113
5.2 Acidentes de Transporte Terrestre	115
5.3 Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	117
<b>Parte 6: Promoção da Saúde</b>	<b>119</b>
6.1 Programa Academia da Saúde	121
6.2 Programa de Controle do Tabagismo / Outros Fatores de Risco de Câncer	123
<b>Parte 7: Vigilância em Saúde do Trabalhador</b>	<b>127</b>
7.1 Saúde do Trabalhador	129
7.2 Intoxicações Exógenas	133
<b>Parte 8: Sistemas de Informação em Saúde</b>	<b>137</b>
8.1 Sistema de Informação sobre Mortalidade	139
8.2 Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos	142
8.3 Sistema de Informação de Agravos de Notificação	145
Legislação Básica	<b>147</b>



## Apresentação

O sistema de saúde brasileiro vem buscando aperfeiçoar seu modelo organizacional, promovendo uma maior racionalização de responsabilidades entre suas instâncias gestoras com o reconhecimento do município como o espaço privilegiado para tratar das questões setoriais. O processo de descentralização adotado, a partir da década de 1990, teve como estratégia central a transferência para os municípios da responsabilidade e dos recursos necessários para o exercício das funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando os recursos financeiros, as ações e os serviços de saúde prestados em seu território. Assim, os municípios foram estimulados a adquirir novas competências e capacidades político-institucionais, tendo a colaboração dos estados e da União, os quais fornecem cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Embora os brasileiros residentes nas mais longínquas áreas rurais e urbanas tenham se beneficiado das políticas públicas de saúde, nas últimas décadas, a pluralidade de contextos vivenciados por municípios e regiões exige o desenho de políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. O papel de cada gestor é, portanto, determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas da população, presente em cada localidade brasileira.

A Vigilância em Saúde guarda peculiaridades e especificidades ao integrar o sistema nacional de saúde e é notória a variação na implantação e descentralização das ações, o que gera preocupações em torno da qualificação dos processos de gestão. Apesar do inegável avanço na execução das atividades com a descentralização de responsabilidades e recursos, a qualidade das ações e a eficiência nos resultados são desafios ainda presentes. Além disso, em se tratando de política de caráter interfederativo a Vigilância em Saúde exige permanente e intenso processo de negociação e pactuação. Entre as atribuições da instância estadual estão: a formulação de políticas, o planejamento, o co-financiamento, a qualificação dos trabalhadores da área, o monitoramento e a avaliação, a cooperação técnica, além da execução suplementar de ações, quando constatado insuficiência por parte dos municípios.

Nessa perspectiva, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS) da Secretaria Estadual de Saúde do Governo de Pernambuco (SES-PE), com o objetivo de apoiar a gestão e o desenvolvimento das ações, desenvolveu este **Guia para Gestão da Vigilância em Saúde**. Esta publicação, dividida em duas partes, é composta inicialmente de tópicos gerais considerados relevantes à gestão da Vigilância em Saúde no âmbito municipal e, posteriormente, dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de cada área técnica e/ou programa específico. Descreve, de forma sucinta, os procedimentos e rotinas da vigilância, de modo que gestores e técnicos possam ter à mão informações básicas e necessárias que permitam orientar a operacionalização, em tempo oportuno e com qualidade, das ações normatizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde.

Eronildo Felisberto  
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde  
Secretaria Estadual de Saúde



## 1. Vigilância em Saúde

Desde o início do processo de construção e implantação do Sistema Único de Saúde, na década de 1990, foi debatida uma proposta da Vigilância em Saúde devido à necessidade de reorganizar e reorientar os serviços de saúde no país. Assim, a integração entre as ações típicas de vigilância na execução dos programas de prevenção e controle de doenças vem suscitando intensos debates em determinados períodos da história sanitária recente do país, ao mesmo tempo em que produziu e legitimou práticas concretas no sistema de saúde.

Um panorama geral da saúde dos brasileiros aponta características importantes, como por exemplo, uma crescente tendência ao envelhecimento da população, o aumento do adoecimento biopsíquico, o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e questões relacionadas à exploração inadequada e predadora dos recursos naturais. Em contrapartida, ainda persistem doenças infecciosas como tuberculose, esquistossomose, meningites, hepatites virais, e ainda aquelas apontadas como emergentes e reemergentes como aids e dengue.

A incorporação da noção de risco e especialmente a busca de identificação dos fatores de risco envolvidos na determinação das doenças, não só as infectocontagiosas, mas principalmente as crônico-degenerativas, vêm provocando a modernização das estratégias de ação no campo da saúde pública, tornando os objetos da atividade de vigilância mais amplos com a coexistência desses perfis. Desde então, uma série de portarias e normatizações foram publicadas com o objetivo de consolidar o papel da vigilância e as atribuições das esferas federal, estadual e municipal dentro do Sistema Único de Saúde.

A Vigilância em Saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. As ações específicas de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador fazem parte da Vigilância em Saúde, cabendo a cada esfera de gestão as responsabilidades específicas. Assim, de um modo geral, compete às Secretarias Municipais de Saúde:

1. Gestão dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas;
2. Promoção, proteção e recuperação da Saúde da população;
3. Coordenação municipal das ações definidas na Política Nacional, Estadual e Municipal de Promoção da Saúde;
4. Vigilâncias em Saúde Ambiental, Epidemiológica, Sanitária e Saúde do Trabalhador;
5. Participação no financiamento das ações de vigilância em saúde, (conforme disposições contidas no Capítulo VII do Anexo da Portaria GM/MS n. 3.252/09 e normas complementares);
6. Coordenação das ações de resposta às emergências de Saúde Pública de importância municipal;

7. Notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;
8. Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, estado e município;
9. Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
10. Busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
11. Coordenação, monitoramento e avaliação da Estratégia de Vigilância em Saúde Sentinela em Âmbito Hospitalar, no seu âmbito de gestão;
12. Vigilância Epidemiológica e monitoramento da violência doméstica, sexual e outras violências;
13. Coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde;
14. Promoção e execução da Educação Permanente em Vigilância em Saúde;
15. Gerência do estoque municipal de insumos de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo o armazenamento e o transporte desses insumos para seus locais de uso, de acordo com as normas vigentes;
16. Coordenação, acompanhamento e avaliação da rede municipal de laboratórios públicos e privados que realizam análises essenciais às ações de vigilância epidemiológica, saúde ambiental, sanitária e saúde do trabalhador;
17. Realização de análises laboratoriais de interesse à Vigilância em Saúde, conforme organização da rede estadual de laboratórios pactuada na CIB;
18. Coleta, armazenamento e transporte adequado de amostras laboratoriais para os laboratórios de referência;
19. Coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
20. Colaboração com a União e os estados na execução das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental de portos, aeroportos e fronteiras; dentre outras.

Portanto, o fortalecimento da gestão municipalizada da Vigilância em Saúde constitui uma estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população à promoção, proteção e recuperação da saúde. Porém, tal fortalecimento não depende apenas do governo federal ou estadual, mas também, e principalmente, da participação decisiva dos prefeitos e de seus secretários de saúde, para que os avanços desejados sejam obtidos.



## 2. Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde de Pernambuco

A Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde do estado de Pernambuco (SEVS/SES-PE) vem promovendo meios e estratégias que visem à qualificação da gestão da vigilância em saúde. Entre estas, destaca-se o monitoramento do desempenho da gestão cujos objetivos são:

- Fortalecer o processo de gestão da Vigilância em Saúde com foco no desempenho e responsabilização;
- Fomentar a cultura do monitoramento nas áreas técnicas que compõem a Vigilância em Saúde;
- Identificar fragilidades na gestão da Vigilância em Saúde;
- Contribuir para a tomada de decisão de forma oportuna e qualificada;
- Acompanhar a implementação das decisões tomadas.

A elaboração do instrumento de monitoramento foi realizada de forma participativa envolvendo os técnicos e gestores do nível central desta Secretaria Executiva. As etapas adotadas foram: definição do arcabouço teórico e identificação dos componentes da gestão da vigilância em saúde no âmbito estadual, desenho do modelo lógico, seleção e validação dos indicadores, compatibilização com os indicadores da agenda estratégica da SVS/MS e os indicadores propostos para os Contratos Organizativos da Ação Pública (COAP).

No intuito de orientar os profissionais que trabalham na gestão da Vigilância em Saúde, a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde (GMAVS) elaborou um instrutivo para o preenchimento e interpretação dos indicadores que poderá ser disponibilizado pelo e-mail da Gerência citado ao final desta sessão. No nível central o monitoramento é realizado trimestralmente em reunião com a presença do Secretário Executivo, Assessoria, Diretores e Gerentes com o intuito de discutir conjuntamente estratégias para superação dos problemas identificados. No âmbito regional a GMAVS vem discutindo a proposta e a metodologia para que as Regionais de Saúde realizem o monitoramento junto aos municípios de sua abrangência.

A expectativa é que este instrumento seja um orientador para a qualificação das ações de Vigilância em Saúde no âmbito estadual, regional e municipal, buscando qualificar a gestão por meio da identificação dos principais entraves no alcance das metas/objetivos propostos, bem como potencializar as ações planejadas.

Dúvidas e esclarecimentos, entrar em contato com:

Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde

**Gerência de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde (GMAVS)**

Fone: (81) 3184-0341 | E-mail: [monitoramentosevspe@gmail.com](mailto:monitoramentosevspe@gmail.com)

### **3. Programa dos Agentes de Combate às Endemias e demais Agentes que atuam em Vigilância em Saúde**

De acordo com a Lei nº 11.350/06, o Agente de Combate às Endemias (ACE) tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado. Esta proposta abrange todos os trabalhadores que desempenham atividades nessa área, como agentes de combate às endemias (ACE), agentes de controle de zoonoses (ACZ), agentes de vigilância ambiental (AVA), agentes de controle do *Aedes* (ACA), agentes de saúde ambiental (ASA) e outras denominações que tenham sido adotadas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde no país.

A incorporação dos ACE nas Equipes de Saúde da Família (ESF) pressupõe a reorganização dos processos de trabalho e integração das bases territoriais com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como a definição de papéis e responsabilidades, tendo como funções essenciais aquelas relacionadas ao controle ambiental, controle de endemias/zoonoses, de riscos e danos à saúde, de promoção à saúde entre outras. A supervisão dos ACE deve ser realizada pelos profissionais de nível superior da equipe de SF.

A Portaria nº 1.007/10 instituiu o incentivo financeiro para as equipes de SF que incorporarem o ACE na Atenção Primária à Saúde. No entanto, a adesão a esta Portaria é opcional e ocorrerá por decisão do gestor municipal, sendo importante destacar que esta adesão representa uma das ações indutoras da integralidade da atenção. Como forma de manter as equipes de trabalho e garantir o controle de doenças, as modalidades de contratação e financiamento dos atuais quadros municipais deverão ser mantidas. A não adesão do município à inclusão dos ACE nas equipes de SF não desobriga as mesmas de desenvolverem as ações de VS de sua competência.

Segundo a Lei nº 11.350/06, os ACE admitidos pelos gestores locais do SUS na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a lei local dispuser de forma diversa. A contratação deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do ACE, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

- I – prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
- II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;
- III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei nº 9.801, de 14 de junho de 1999; ou
- IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em trinta dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

O ACE deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

- I. Haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e
- II. Haver concluído o ensino fundamental.

Com relação ao número de ACE que vão compor cada equipe, a Portaria nº 1.007/10 instituiu que esta definição será dada pelo gestor municipal de acordo com as necessidades do território, observado o perfil epidemiológico e sanitário, densidade demográfica, área territorial e condições sócio-econômicas e culturais, e preferencialmente devem ser alocados aqueles ACE que já desenvolvem ações no território.

O valor dos recursos financeiros para as ESF que tiverem ACE incorporados corresponde a uma parcela extra-anual do incentivo mensal destas equipes. Os ACE devem cumprir carga horária de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais, sendo permitido substituir um ACE com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais por 2 (dois) que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um. Os critérios de elegibilidade de municípios para o recebimento dos incentivos financeiros federais para as ESF que tiverem ACE incorporado são:

- I. Municípios que tenham aderido ao Pacto pela Saúde, por meio da homologação dos respectivos Termos de Compromisso de Gestão; e
- II. Municípios conforme cobertura estimada de Saúde da Família e porte populacional:
  - Municípios com até 10.000 habitantes, ter 100% de cobertura de ESF;
  - Municípios com 10.001 a 50.000 habitantes, ter cobertura de ESF mínima de 80%;
  - Municípios com 50.001 a 100.000 habitantes, ter cobertura de ESF mínima de 60%;
  - Municípios com 100.001 a 500.000 habitantes, ter cobertura de ESF mínima de 40%; e
  - Municípios com população maior que 500.000 habitantes, ter cobertura de ESF mínima de 30%.

Obs.: Municípios com até 50.000 habitantes somente serão elegíveis para habilitação caso optem por incorporar o ACE a todas as ESF do município.

A definição dos municípios de cada estado a serem habilitados para o recebimento dos recursos referentes à Portaria nº 1.007/10 se dará por meio de pactuação na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Colegiado de Gestão Regional (CGR), respeitados os critérios de elegibilidade supracitados e o teto financeiro por Estado estabelecido no Anexo I da Portaria. Diante disso, as CIB ou CGR deverão levar em consideração aspectos epidemiológicos da região, assim como a existência anterior de iniciativa por parte deles de incorporação de ACE nas ESF, bem como deverá exigir dos municípios habilitados uma proposta de incorporação dos ACE nas ESF conforme o Anexo II da Portaria.

O processo de credenciamento dos municípios ao recebimento do incentivo financeiro para ESF que incorporem os ACE desempenhando suas atividades de forma integrada à Saúde da Família deverá obedecer ao seguinte fluxo:

- I. Após receber a listagem da CIB, o Ministério da Saúde publicará Portaria específica credenciando os municípios ao recebimento do incentivo federal para as ESF que tiverem ACE incorporado; e
- II. Após credenciamento, os municípios deverão cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) os ACE vinculados às ESF para recebimento do incentivo federal, que se dará no mês subsequente a este cadastramento.

A gestão municipal terá até 3 (três) competências subsequentes à publicação do credenciamento das ESF no Diário Oficial da União (DOU) para informar no CNES a incorporação do ACE à ESF. Findo esse prazo, o município que deixou de cadastrar no CNES o ACE nas equipes de ESF, terá estas equipes descredenciadas ao recebimento dos recursos da Portaria. Este repasse terá periodicidade anual, devendo ocorrer depois de decorridos 12 (doze) meses do repasse anterior. Nenhum ACE poderá estar cadastrado em mais de uma ESF.

O Ministério da Saúde suspenderá a continuidade do repasse se, por meio de monitoramento e/ou supervisão do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), houver ausência do ACE incorporado à equipe de SF por período superior a 90 (noventa) dias nos últimos 12 (doze) meses ou descumprimento da carga horária por parte do ACE. O repasse dos recursos financeiros será transferido de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, por meio do Componente Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável) do Bloco da Atenção Básica.

## 4. Financiamento da Vigilância em Saúde

Os recursos federais transferidos para estados, Distrito Federal e municípios para financiamento das ações de Vigilância em



Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por dois componentes:

I. Componente de Vigilância e Promoção da Saúde

II. Componente da Vigilância Sanitária

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, sendo repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica. Apenas o componente de Vigilância e Promoção da Saúde será tratado neste Guia, que se refere aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Promoção, Prevenção e Controle de Doenças.

Os recursos financeiros devem ser mantidos em conta apropriada e aplicados em caderneta de poupança, caso não sejam imediatamente utilizados na finalidade a que se destinam e cuja previsão de uso ocorra em período igual ou superior a um mês.

O Componente de Vigilância e Promoção da Saúde é constituído de um piso fixo (Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde – PFVPS) e um piso variável (Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS). Os valores do PFVPS são ajustados anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo compostos por um valor per capita estabelecido com base na estratificação, população e área territorial de cada unidade federativa. Para efeito do PFVPS, foi mantida na Portaria/MS nº 3.252/09 a proposta de estratificação dos estados, definida anteriormente quando da publicação da Portaria/MS nº 1.172, em 2004:

**-Estrato I:** Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e municípios pertencentes à Amazônia Legal dos estados do Maranhão e Mato Grosso;

**-Estrato II:** Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio

de Janeiro, Rio Grande do Norte, Sergipe e demais municípios do Maranhão e Mato Grosso;

**-Estrato III:** São Paulo e Paraná;

**-Estrato IV:** Distrito Federal, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

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

- I. As secretarias estaduais de saúde recebem valores equivalentes a, no mínimo, 10,0% do PFVPS atribuído ao estado correspondente, acrescidos dos valores referentes ao Fator de Incentivo para os Laboratórios Centrais de Saúde Pública – Finlacen;
- II. Cada município recebe valores equivalentes a, no mínimo, 60% (sessenta por cento) do per capita do PFVPS atribuído ao estado correspondente;
- III. A capital e municípios que compõem sua região metropolitana recebem valores equivalentes a, no mínimo, 80% do per

capita do PFVPS atribuído ao estado correspondente; e

- IV. Resta o valor denominado como “fator de ajuste da CIB”, pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), que é destinado ao financiamento dos ajustes necessários para o atendimento às especificidades regionais e/ou municipais, conforme características ambientais e/ou epidemiológicas que o justifiquem.

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

O Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde – PVVPS – é constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica:

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

Compõe também o componente de Vigilância e Promoção da Saúde uma reserva estratégica federal, constituída de valor equivalente até 5% (cinco por cento) dos recursos desse componente. O detalhamento dos valores referentes ao repasse federal do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde foi publicado por ato normativo conjunto da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde e da SVS/MS (Portaria Conjunta SE/SVS nº 01, de 11 de março de 2010). Por meio dessa portaria, conforme normas já pactuadas através da Portaria MS nº 3.252/09, foram definidos os valores anuais relativos aos recursos federais destinados ao Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) e Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), de cada estado.

A portaria conjunta SE/SVS nº 01/10 também detalhou os valores anuais do PFVPS e valores per capita de referência destinados às secretarias estaduais de saúde (SES), às capitais e municípios que compõem sua região metropolitana e aos municípios, bem como o Fator de Ajuste a ser pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Os valores foram estabelecidos com base no valor per capita de referência de cada estado, sem redução nos valores praticados anteriormente.

Previu-se que para recomposição do PFVPS de todos os estados e redução das desigualdades entre os estados pertencentes a cada estrato deveriam ser realizados incrementos no valor per capita de referência estadual, de acordo com a disponibilidade orçamentária.

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

- Portaria MS nº 413, de 25 de fevereiro de 2010, republicada em 26 de março de 2010, que incorporou ao PFVPS o valor global de R\$ 45.872.868,84, referente ao montante anual repassado às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e municípios no ano de 2009, para contratação de pessoal e execução de ações de campo de combate ao vetor da dengue e malária.
- Portaria MS nº 652, de 25 de março de 2010, que aprovou os critérios para financiamento das campanhas de vacinação anuais de influenza sazonal, de poliomielite e de raiva animal, estabelecidos com base na própria estratificação já estabelecida na Portaria MS nº 3.252/09.

Os recursos do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde não poderão ser utilizados em atividades assistenciais, e sim, exclusivamente, em ações de Vigilância em Saúde. É recomendável que cada Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde estabeleça um plano de aplicação para os recursos do PFVPS, compatível com o Plano Estadual e/ou Municipal de Saúde que contemple as diversas áreas de utilização dos mesmos, como material de consumo, equipamentos, serviços de terceiros de pessoa física, serviços de terceiros de pessoa jurídica, treinamentos, consultorias, etc.

Exemplos de algumas formas de aplicação dos recursos do PFVPS:

1. Despesas de custeio:
  - Recursos humanos
  - Serviços de terceiros
  - Material de consumo
2. Despesas de capital:
  - Equipamentos/material permanente

#### **Recursos humanos:**

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

para participação em eventos ligados à área.

**Serviços de terceiros:**

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

Os recursos do PFVPS não podem ser aplicados em:

- Compra de inseticidas, imunobiológicos, medicamentos, *kits* de laboratório, já que esses materiais classificam-se como insumos estratégicos, com aquisição garantida pelo Ministério da Saúde. Estados e municípios também podem adquirir insumos estratégicos cuja aquisição está atribuída a outra esfera de gestão, mediante pactuação entre as esferas governamentais e em situações especiais mediante comunicação formal com justificativa à SVS/MS (ou à Secretaria Estadual de Saúde, se o insumo for de responsabilidade de aquisição dos estados);
- Contratação de recursos humanos para desenvolver ações/atividades de assistência médica, mesmo se voltadas para a Atenção Básica, por exemplo: pagamento de médicos/enfermeiros para atendimento a pacientes portadores de tuberculose, hanseníase, aids;
- Pagamento de servidores inativos;
- Servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos à Vigilância em Saúde, previstos no respectivo plano de saúde;
- Gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles ligados diretamente às funções relacionadas à Vigilância em Saúde, previstos no respectivo plano de saúde;
- Pagamento de Assessorias/Consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado.

**Material de consumo:**



- Óleo diesel, gasolina, álcool para abastecer os veículos, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente às atividades de Vigilância em Saúde;
- Isopor, termômetro, bobinas de gelo reciclável, e outros insumos para rede de frio, conservação de imunobiológicos e de amostras de laboratório;
- Material de escritório, desde que tenham seu uso destinado exclusivamente às atividades de vigilância em saúde;
- Compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para atividades de controle de vetores (competência da União, estados e municípios) de acordo com as necessidades referentes às ações sob sua competência;
- Reposição de peças para equipamentos de aspersão de inseticidas.;
- Lâminas, lamínulas, estiletes, papel-filtro para detecção/diagnóstico.

#### **Equipamentos/Material Permanente:**

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

#### **Bloqueio do repasse**

De acordo com a Portaria nº 204/07, as transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os estados, Distrito Federal e/ou municípios serão suspensas nas seguintes circunstâncias:

- quando os recursos nos estados, Distrito Federal e/ou municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa;
- quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da auditoria no bloco de financiamento correspondente, realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do estado, Distrito Federal e/ou município envolvido.

A regularização do repasse da parcela mensal do bloco da Vigilância em Saúde ocorrerá a partir do mês de competência da apresentação dos documentos comprobatórios do comprometimento de pelo menos 60,0% do saldo existente no bloco. Quando se tratar de municípios, a SVS/MS comunicará o bloqueio à respectiva secretaria estadual de saúde.

Para justificar o comprometimento dos recursos do PFVPS poderão ser acatadas as seguintes documentações: notas de empenho em fase de liquidação; pagamentos efetivados após a data de verificação do saldo bancário; processos licitatórios em andamento, com edital já publicado; processos licitatórios com recursos administrativos e/ou judiciais; ou recursos destinados à

reserva técnica para aplicações emergenciais, aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite, no valor máximo de 1,0% do PFVPS da respectiva unidade federada.


Para a comparação entre o valor total do saldo e o valor correspondente a seis meses de repasse, não serão computados os montantes depositados retroativamente, em função de alterações ou atualizações do PFVPS – esses valores somente serão considerados após 180 dias da data do depósito. O gestor receberá retroativamente os valores retidos, na hipótese de comprovação da aplicação dos recursos até 120 dias após a data do bloqueio. Caso a comprovação ocorra após 120 dias do bloqueio, o valor retido será repassado para a secretaria estadual de saúde, que aprovará na Comissão Intergestores Bipartite a aplicação do mesmo.

Para esclarecimentos acerca do repasse do PFVPS, as secretarias municipais de saúde podem acessar os *sites*: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs) e [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br).



# Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Transmissíveis



	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Vigilância Epidemiológica da Aids</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b>  Implementar a Vigilância Epidemiológica (VE) da Aids em Pernambuco, contribuindo para o enfrentamento da epidemia, prevenção de novos casos e melhoria da assistência aos pacientes.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Aids em criança:</b>  Toda pessoa com menos de 13 anos que tenha evidência laboratorial de infecção pelo vírus HIV 1/2, segundo as normas vigentes do Ministério da Saúde (Portaria SVS/MS Nº 151 de 14/10/2009) mais evidência de imunodeficiência. Em indivíduos menores de 18 meses de idade a evidência de infecção do HIV 1/2 se dá através de testes de detecção de RNA viral (carga viral), em dois momentos diferentes, sendo o primeiro exame realizado a partir do segundo mês de vida e o segundo exame com no mínimo um mês de intervalo do primeiro e ambos precisam apresentar carga viral detectável com valores acima de 1.000 cópias/mm<sup>3</sup>.  *Critérios de definição de aids em crianças*: CDC adaptado (doença indicativa de aids e/ou contagem de linfócitos TCD4+ menor do que o esperado para a idade atual) ou ainda critério excepcional óbito (menção de aids ou termos equivalentes em algum campo da declaração de óbito e investigação epidemiológica inconclusiva (aquela que não consegue descartar caso como aids, porém não o encaixa em critérios existentes)).</p> <p><b>Aids em adultos:</b>  Toda pessoa com 13 anos ou mais que tenha evidência laboratorial de infecção pelo vírus HIV 1/2, segundo as normas vigentes do Ministério da Saúde (Portaria SVS/MS Nº 151 de 14/10/2009). Toda pessoa que tenha dois Testes Rápidos de HIV Reagentes. Toda pessoa que tenha um TESTE ELISA HIV Reagente + Confirmatório Reagente, e preencha os critérios de definição de casos. (Critério Rio/Caracas: apresentar doenças que somem 10 pontos; Critério CDC Adaptado: apresentar uma doença definidora de aids, ou contagem de células CD4 menor que 350; Critério Óbito: declaração de óbito com menção de aids).</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p><b>Aids em criança e Aids em adulto:</b>  Os profissionais da unidade de saúde em que o paciente for diagnosticado devem preencher a ficha do Sinan <b>AIDS CRIANÇA ou AIDS ADULTO</b>, corretamente, de forma legível (letra de forma), sem deixar campos em branco. Não abreviar nomes. Os profissionais necessitam ter especial atenção quanto ao item "Provável Modo de Transmissão", sem omitir, supor ou inferir o dado, promovendo um diálogo aberto onde o paciente ou seu responsável possa se colocar o mais honestamente possível sem receio de críticas.  A notificação de casos de aids é feita pelos Serviços de Assistência Especializada (SAE), para onde devem ser encaminhados <u>todos</u> os pacientes diagnosticados com HIV.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b>  Os profissionais da unidade de atendimento em que o paciente for diagnosticado devem preencher a ficha do Sinan e remetê-la para a VE do município. A VE do município, por sua vez, deve revisar as fichas recebidas das unidades de saúde e resgatar os dados que estiverem faltando. Posteriormente, devem digitar todas as fichas no Sinan e fazer uma transferência semanal de dados para a VE da Gerência Regional de Saúde (Geres).</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b>  <b>Aids em criança:</b></p>	

Verificar o que motivou a não realização ou o diagnóstico tardio da mãe e a não adoção das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV.

#### **Aids em criança e adulto:**

Nos casos de aids por transfusão de sangue, comunicar a Geres e iniciar uma investigação *in loco* para rever prontuário, identificando e confirmando a transfusão anterior ao diagnóstico. Uma vez confirmado, comunicar ao Programa Estadual para continuidade da investigação junto com a APEVISA; nos casos de transmissão por UDI, verificar se o paciente fez uso realmente de droga injetável e tem essa exposição como o provável meio de transmissão do HIV. O uso de outras drogas pode contribuir com o aumento da vulnerabilidade à infecção, mas não define a classificação do provável meio de transmissão na ficha; nos casos que entram no banco do Sinan por óbito deve ser feita investigação para verificar o que motivou o não diagnóstico precoce e a não notificação anterior do caso.

Lembrar que todos os dados são confidenciais e que as ações de investigação não podem levar a uma quebra dessa confidencialidade.

### **MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

#### **Aids em crianças:**

A transmissão vertical (mãe – filho) é o principal modo de transmissão do HIV em crianças. Assim, a medida de prevenção é diagnosticar precocemente a gestante HIV+ no pré-natal e/ou parto e fazer corretamente o seguimento da mesma: antirretrovirais na gestação e parto, parto cesário eletivo (dependendo da carga viral da mãe), inibição da lactação com o fornecimento de fórmula infantil, xarope de AZT para criança desde o nascimento até 42 dias de vida (Protocolo PACTG 076 - disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).

#### **Aids em adulto:**

Estimular as medidas de prevenção entre a população geral e grupos de maior vulnerabilidade: uso correto e sistemático do preservativo em todas as relações sexuais, não compartilhamento de instrumentos perfuro cortantes, realização de testagem para infecção pelo HIV.

### **CONTROLE**

#### **Aids em criança:**

Captação precoce da gestante para o início do pré-natal (importância de realizar o teste anti-HIV no 1º e 3º trimestre gestacional, bem como no parto); Documentar a sorologia da gestante na carteira de gestante; Notificar o caso de gestante (a fim de fazer o seguimento gestacional com o PACTG 076); Prevenção da transmissão sexual (informação e educação visando a prática do sexo seguro); Prevenção da transmissão sanguínea (triagem dos hemoderivados com testes de detecção para o HIV. Inclui-se nesta via, a triagem da gestante a fim de evitar a transmissão para o filho).

#### **Aids em adulto:**

Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem realizar ações contínuas de prevenção as DST/Aids no seu território. Realizar ações extramuros incluindo saúde e prevenção nas escolas (SPE). Priorizar grupos mais vulneráveis. Promover e facilitar a distribuição de preservativos.

### **COLETA DE AMOSTRAS**

Todas as UBS devem realizar o aconselhamento pré-teste; realizar o Teste Rápido (TR) anti-HIV se possível. Realizar coleta de sangue para o teste ELISA ou encaminhar para uma unidade de maior complexidade ou CTA.

### **LINKS ÚTEIS**


-[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)

### **PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**


-Portaria SVS/MS nº 151 de 14/10/2009; Portaria MS/GM nº 104 de 25/01/2011  
-Portaria Estadual nº 104 de 09/03/2012

TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES		
Setor	Telefone	Email
DGCDA/ Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST/ Coordenação de Prevenção de DST	3184-0204/0206 3184-0207/0212 3184-0208	dstaidsestadualpe@gmail.com vedstaidspe@gmail.com testeraidope@gmail.com
Assistência	3184-0209	assistencia.aidspe@gmail.com




	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da gestante HIV positivo</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Implementar a Vigilância Epidemiológica (VE) da GESTANTE HIV+ em Pernambuco, contribuindo para a prevenção da transmissão vertical do HIV (transmissão de mãe para filho).</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Toda gestante que tenha evidência laboratorial de infecção pelo vírus HIV 1/2, segundo as normas vigentes do Ministério da Saúde. (Portaria SVS/MS Nº 151 de 14/10/2009); Toda gestante que tenha dois Testes Rápidos de HIV Reagentes; Toda gestante que tenha um TESTE ELISA HIV Reagente + Confirmatório Reagente.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Os profissionais de saúde da unidade em que a gestante for diagnosticada devem preencher a ficha do Sinan GESTANTE HIV+, corretamente, de forma legível (letra de forma), sem deixar campos em branco. Não abreviar nomes. As fichas devem ser disponibilizadas nos serviços de pré-natal, UBS, maternidades e ambulatórios materno-infantis públicos e privados que atendem a mulher gestante.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Após o preenchimento da ficha do Sinan, os profissionais da unidade de saúde (US) devem remetê-la para a VE do município. A VE por sua vez deve revisar as fichas recebidas das US e resgatar os dados que estiverem faltando. Por fim, deve digitar todas as fichas no Sinan e fazer uma transferência SEMANAL de dados para a VE da Gerência Regional de Saúde (Geres).</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Analisar as causas da não realização ou realização tardia dos testes na gestante (que devem ser feitos nas primeiras consultas e no início do terceiro trimestre da gestação e na maternidade na entrada para o parto); Verificar no caso de gestante HIV+ se o companheiro também foi testado; Verificar se a gestante HIV+ foi encaminhada para um Serviço de Assistência Especializada (SAE); Verificar se a parturiente HIV+, assim como o recém-nascido, receberam as medidas profiláticas da transmissão vertical do HIV.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>Estimular as mulheres a se testarem juntamente com o companheiro, antes de iniciarem as relações desprotegidas (sem camisinha) com o objetivo de engravidar; Orientar as gestantes que permanecem em vulnerabilidades para a infecção pelo HIV a continuarem usando preservativo durante a gravidez; Os casais soro discordantes devem ser acompanhados nos SAE para planejamento da gravidez.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>Devem ter início nas ações de atenção ao pré-natal, quando se esclarece à gestante sobre os benefícios do diagnóstico precoce do HIV. Neste sentido, as UBS, os serviços de pré-natal e de saúde da mulher devem garantir o acesso ao teste anti-HIV, e promover ações de aconselhamento pré e pós teste. Além disso, a disponibilização de preservativos masculinos e femininos faz parte de todo o processo educativo, inclusive, das ações dirigidas aos casais soro discordantes.</p>	
<p><b>COLETA DE AMOSTRAS</b></p> <p><del>Os testes devem ser realizados nas primeiras consultas de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na maternidade</del></p>	

quando do início do trabalho de parto.		
<b>LINKS ÚTEIS</b>		
-www.saude.gov.br; www.aids.gov.br; www.saude.pe.gov.pe		
<b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b>		
-Portarias: SVS/MS Nº151, de 14/10/2009; MS/GM Nº104, de 25/01/2011; SES-PE Nº104, de 09/03/2012.		
<b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b>		
<b>Setor</b>	<b>Telefone</b>	<b>Email</b>
DGCDA/ Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST/ Coordenação de Prevenção e Controle da Aids	3184-0204/ 0206 3184-0207/ 0212 3184-0208	dstaidsestadualpe@gmail.com vedstaidspe@gmail.com testerapidope@gmail.com
Assistência	3184-0209	assistencia.aidspe@gmail.com

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da criança exposta ao HIV</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Prevenir a transmissão vertical do HIV em Pernambuco, contribuindo para o enfretamento da epidemia de aids, prevenção de novos casos e melhoria da assistência aos pacientes.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Todas as crianças nascidas de mães com HIV+ ou com suspeita de infecção e ainda aquelas que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas ou com suspeita de HIV (mães de leite).</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Os profissionais da unidade de saúde em que a parturiente infectada pelo HIV+ for atendida devem preencher a ficha do Sinan CRIANÇA EXPOSTA AO HIV após o nascimento do concepto e preencher a ficha de gestante HIV+, se não preenchida anteriormente durante a gestação. Deve ser preenchida corretamente, legível (letra de forma), sem campos em branco. Não abreviar nomes e ter especial atenção aos itens que informam o uso de antirretroviral, tipo de parto e aleitamento, sem omitir, supor ou inferir o dado, monitorando o seguimento correto do protocolo de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis.</p> <p>A notificação de casos de criança exposta ao HIV é feita pelas unidades de saúde que atendem a parturiente HIV+ ou ainda nos Serviços de Assistência Especializada (SAE) no primeiro atendimento da criança exposta.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Os profissionais da unidade de saúde em que a parturiente infectada foi notificada devem remeter a ficha do Sinan para a VE do município. A VE, por sua vez, deve revisar as fichas recebidas das US e resgatar os dados que estiverem faltando. Por fim, deve digitar todas as fichas no Sinan e fazer uma transferência semanal de dados para a VE da Gerência Regional de Saúde (Geres).</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Monitorar o fluxo das maternidades com a notificação da criança exposta ao HIV e sucessiva referência em tempo hábil nos SAE.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>Ações de educação em saúde com o estímulo ao uso sistemático do preservativo como forma de evitar as doenças sexualmente transmissíveis e em especial o HIV; estímulo a testagem anti-HIV nas mulheres juntamente com os seus parceiros sexuais antes de iniciarem as relações desprotegidas com o objetivo de engravidar, bem como na atenção ao pré-natal, testando a gestante, esclarecendo sobre os benefícios do diagnóstico precoce para a utilização do protocolo da prevenção da transmissão vertical do HIV e Sífilis.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>Promover ações de aconselhamento a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids nos serviços de saúde, especialmente na atenção pré-natal; Captar precocemente as gestantes para o início do pré-natal (importância de realizar o teste anti-HIV nas primeiras consultas; no início do 3º trimestre e na entrada da maternidade no início do trabalho de parto); Documentar a sorologia da gestante na carteira de gestante; Notificar o caso de gestante HIV+; Notificar a criança exposta ao HIV; Disponibilizar os antirretrovirais para as gestantes e parturientes HIV+ e crianças expostas; Disponibilizar a fórmula láctea infantil para a criança exposta ao HIV como forma de garantir a substituição do leite materno; Disponibilizar os inibidores de lactação para as parturientes HIV+ evitando assim a amamentação e possível transmissão do vírus para o recém nascido.</p>	

<b>COLETA DE AMOSTRAS</b>		
Em todas as unidades de saúde deve ser realizado o aconselhamento pré-teste e, se disponível, deve ser realizado o teste rápido anti-hiv para todas as gestantes. Caso não esteja disponível o TR, realizar o aconselhamento pré-teste e coletar amostra de sangue para o teste ELISA HIV. Caso não seja possível realizar a coleta encaminhar a gestante para uma unidade de saúde de maior complexidade ou para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).		
<b>LINKS ÚTEIS</b>		
-www.saude.gov.br; www.aids.gov.br; www.saude.pe.gov.br.		
<b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b>		
-Portarias: SVS/MS nº 151 de 14/10/2009; GM/MS nº 104 de 25/01/2011; SES-PE nº 104 de 09/03/2012; GM/MS nº 488 de 17/06/1998		
-Nota técnica nº 62/07 GAB/UIV/PN-DST/AIDS/SEVS/MS		
<b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b>		
<b>Setor</b>	<b>Telefone</b>	<b>Email</b>
DGCD/ Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST/ Coordenação de Prevenção de DST	3184-0204/0206 3184-0207/0212 3184-0208	dstaidsestadualpe@gmail.com vedstaidspe@gmail.com testerapidope@gmail.com
Assistência	3184-0209	assistencia.aidspe@gmail.com

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância Epidemiológica da Coqueluche</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>- Acompanhar a tendência temporal da doença, para detecção precoce de surtos e epidemias, visando adotar medidas de controle pertinentes; Aumentar o percentual de isolamento em cultura, com envio de 100% das cepas isoladas para o laboratório de referência nacional, para estudos moleculares e de resistência bacteriana a antimicrobianos.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Suspeito:</b> Todo indivíduo independente da idade e estado vacinal, que apresente tosse seca há 14 dias ou mais, associado a um ou mais dos seguintes sintomas: tosse paroxística, guincho e/ou vômitos pós-tosse.</p> <p><b>Confirmado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Critério laboratorial:</b> todo caso suspeito de coqueluche com isolamento de <i>B.pertussis</i>.</li> <li>-<b>Critério clínico-epidemiológico:</b> Todo caso suspeito que teve contato com caso confirmado como coqueluche pelo critério laboratorial, durante o período de transmissibilidade</li> <li>-<b>Critério clínico:</b> Todo caso suspeito cujo hemograma apresente leucocitose acima de 20 mil leucócitos/mm<sup>3</sup> e linfocitose absoluta acima de 10 mil linfócitos/mm<sup>3</sup>, desde que sejam obedecidas as seguintes condições: resultado da cultura negativa ou não realizada; inexistência de vínculo epidemiológico; depois de realizado diagnóstico diferencial descartando outras etiologias.</li> </ul> <p><b>Descartado:</b> Caso suspeito que não se enquadre em nenhuma das situações descritas anteriormente.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>De acordo com Portaria Estadual nº104 de 09/03/2012 a notificação da coqueluche foi acrescentada ao anexo II como doença de notificação compulsória imediata estadual. Todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente às Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e estas deverão também informar de forma imediata a Secretaria Estadual de Saúde (SES).</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>As unidades notificadoras encaminham de forma imediata ao Cievs por meio de fax ou email as fichas de investigação; o Cievs repassa as fichas para área técnica, que envia por email para as Geres e estas devem encaminhar às SMS dos municípios de residência para conhecimento, investigação e medidas de controle, devendo o fluxo tanto em esfera municipal como estadual ocorrer de forma imediata. O envio de fichas de investigação da SES diretamente à SMS ocorre exclusivamente para os municípios de Recife, Olinda, Jaboatão e Paulista, por email, com cópia para a I Geres. As fichas são digitadas no Sinan na SMS de ocorrência, e as SMS de residência baixam pelo fluxo de retorno e acrescentam os dados da investigação, medidas realizadas e encerramento dos casos.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Todo caso suspeito e seus comunicantes devem ser imediatamente investigados, a fim de garantir a coleta oportuna de material para a realização de cultura de <i>B.pertussis</i>. A ficha de investigação contém os elementos essenciais a serem coletados em uma investigação de rotina. Todos os campos devem ser preenchidos, mesmo quando a informação for negativa. Outros itens e observações podem ser incluídos, conforme as necessidades, principalmente os exames complementares, enfatizando o hemograma, especificamente o nº de leucócitos e linfócitos, que fornecem subsídios para o encerramento adequado dos casos.</p>	

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO

A vacinação dos suscetíveis é feita na rotina da rede básica de saúde. A mesma deve ser aplicada mesmo em crianças cujos responsáveis refiram história da doença. A DTP (tríplice bacteriana) ou DTPa (tríplice acelular) é recomendada até a idade de seis anos (6 anos, 11 meses e 29 dias), sendo que a vacina combinada DTP+Hib+HB é preconizada para os menores de um ano pelo MS. Considera-se pessoa adequadamente vacinada quem recebeu três doses de vacina DTP (contra difteria, tétano e coqueluche) ou DTP+ HIB (contra difteria, tétano, coqueluche e infecções graves causadas pelo *Haemophilus influenzae*) ou DTP+HIB+HB (contra difteria, tétano, coqueluche, infecções graves causadas pelo *Haemophilus influenzae* e hepatite B).

O MS preconiza a administração de 3 doses da vacina DTP+Hib+HB, a partir dos 2 meses de vida, com intervalo de 60 dias. Doses reforço da vacina DTP deverão ser aplicadas aos 15 meses e aos 4 anos.

Também deve ser ressaltada a importância da procura aos serviços de saúde se forem observadas as manifestações que caracterizam a definição de caso suspeito de coqueluche.

### CONTROLE

-Em casos isolados e surtos proceder à vacinação seletiva da população suscetível (vacinação de bloqueio), visando aumentar a cobertura vacinal na área de ocorrência dos casos.

-Quimioprofilaxia de acordo com a indicação do Ministério da Saúde (GUIA VE 7ª edição).

### COLETA DE AMOSTRAS

A coleta de material de nasofaringe deve ser realizada nos casos suspeitos a fim de identificar a circulação da *B.pertussis*. Priorizar os casos em que a antibioticoterapia ainda não foi instituída ou que estão em uso de antimicrobiano no máximo há 03 dias.

Em situação de surto de síndrome coqueluchoide deve-se coletar material de nasofaringe para realização de cultura. Na impossibilidade de coletar material de todos os casos, selecionar uma amostra adequada de pacientes considerando: (i) tempo de doença - coletar espécime clínico de casos em fase aguda da doença (menos de 04 semanas de evolução); (ii) tempo de uso de antibiótico - priorizar casos antes do uso de antibioticoterapia ou no máximo com 3 dias de tratamento; (iii) distribuição dos casos- coletar casos de pontos distintos.

**Obs:** Não se deve aguardar os resultados dos exames para instituição do tratamento, desencadeamento das medidas de controle e de outras atividade da investigação, embora sejam imprescindíveis para confirmar os casos e nortear o encerramento das investigações.

#### Condições para coleta:

-Observar as condições do meio de transporte principalmente sua data de validade (60 dias);

-A coleta de material deve ser realizada preferencialmente no início dos sintomas (fase catarral), antes do tratamento ou no máximo com 03 dias de antibioticoterapia;

-Utilizar swabs finos com hastes flexíveis, estéreis e alginatados.

### LINKS ÚTEIS

-[www.opas.org.br](http://www.opas.org.br); [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)

### PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES:

-Guia de Vigilância Epidemiológica 7ª Edição. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2009.

-Portaria Estadual Nº 104, republicada no DOE Nº45 em 09 /03/2012.


-POP LACEN. Isolamento de *Bordetella Pertussis* de Amostras Clínicas em Nasofaringe.

### TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos/ Coordenação de Doenças	3184-0224	dpt.ses.pe@gmail.com

Imunopreveníveis		
CIEVS	Plantão 24h: 9488-4267	cievs.pe.saude@gmail.com
Lacen – Bacteriologia	3181-6319	nadjlaf@yahoo.com.br
Lacen – Recepção	3181-6317	patriciammlins@hotmail.com
PNI Estadual	3184-4000/01	pni_pe@yahoo.com.br



	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da Difteria</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Investigar todos os casos suspeitos e confirmados com vistas à adoção de medidas de controle pertinentes para evitar a ocorrência de novos casos; Aumentar o percentual de isolamento em cultura, com envio de 100% das cepas isoladas para o laboratório de referência nacional, para estudos moleculares e de resistência bacteriana a antimicrobianos; Acompanhar a tendência da doença, para detecção precoce de surtos e epidemias.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Todo caso suspeito deve ser notificado imediatamente para o desencadeamento da investigação e adoção das medidas de controle, bem como incluído no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>As unidades notificadoras encaminham imediatamente ao Cievs por fax ou email as fichas de investigação; o Cievs repassa as fichas para área técnica, que envia por email para as Geres e estas devem encaminhar as SMS de residência para conhecimento, investigação e medidas de controle pertinentes, de forma imediata. O envio de fichas de investigação da SES diretamente a SMS ocorre exclusivamente para os municípios de Recife, Olinda, Jaboatão e Paulista, por email com cópia para a I Geres.</p> <p>As fichas são digitadas no Sinan na SMS de ocorrência, e as SMS de residência baixam por meio do fluxo de retorno e acrescentam os dados da investigação, medidas realizadas e encerramento dos casos.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Devido ao curto período de incubação e alta transmissibilidade, a investigação dos casos e dos comunicantes deverá ter início imediatamente após a notificação do caso suspeito. Visando a detecção precoce de outros casos, é importante desencadear busca ativa na comunidade, escola, local de trabalho, perguntando se há casos de “amigdalite”, além de verificar se nos serviços de emergência e internação, apareceram casos com clínica compatível, pois a instituição da terapêutica específica (SAD e antibiótico), o mais precocemente possível, diminui a letalidade da doença.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>As pessoas devem ser informadas quanto à importância da vacinação como medida de prevenção e controle da difteria. Deve-se dar ênfase à necessidade de administrar o número de doses preconizado pelo calendário vigente. Cabe ressaltar que toda população sob risco deve ser alertada para procurar os serviços de saúde, caso observe manifestações clínicas compatíveis com a definição de caso suspeito de difteria.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>-Logo que se tenha conhecimento da suspeita de casos de difteria, deve-se desencadear um bloqueio vacinal seletivo com DTP e/ou dT nas áreas onde o paciente esteve no período de transmissibilidade;</p> <p>-Coletar material de comunicantes para pesquisa de portadores e iniciar a quimioprofilaxia dos comunicantes íntimos. É importante lembrar que a vacina DTP é indicada para crianças de dois meses a seis anos completos. O Ministério da Saúde preconiza a administração de três doses da vacina DTP+Hib+HB(pentavalente), a partir de dois meses de vida, com intervalo de 60 dias entre as doses. Doses subsequentes da vacina DTP deverão ser aplicadas aos 15 meses (1º reforço) e aos 4 anos de idade (2º reforço).A vacina dT deve ser administrada a partir de sete anos completos. O esquema preconizado para os que não têm história de vacinação prévia contra a difteria (DTP ou DTPa ou DT ou dT) é a</p>	

administração de três doses, com intervalo de dois meses entre elas (intervalo mínimo de 30 dias) e uma dose de reforço a cada 10 anos. Nas pessoas com vacinação prévia contra a difteria (DTP ou DTPa ou DT ou dT), deve-se completar o esquema, ou seja, considerar as doses (comprovadas) aplicadas anteriormente e nunca reiniciar o esquema.

#### COLETA DE AMOSTRAS

##### **Coleta e remessa de material para exames (Coleta de nasofaringe, orofaringe e lesões de pele dos casos e comunicantes)**

-Deve-se retirar material das lesões existentes (ulcerações, criptas das amígdalas), exsudatos de orofaringe e de nasofaringe, que são as localizações mais comuns, ou de outras lesões cutâneas, conjuntivas, genitália externa, etc., por meio de swab estéril, antes da administração de qualquer terapêutica antimicrobiana.

-Deve-se realizar cultura separada do material de nasofaringe ou da via oral e de lesão de pele.

-Na coleta do material da orofaringe, não remover a pseudomembrana, pois sua remoção acelera a absorção da toxina e leva ao sangramento.

-A coleta deve ser efetuada antes da administração de antibióticos.

**Obs:** Não devem ser aguardados os resultados dos exames para o desencadeamento das medidas de controle e outras atividades da investigação, embora sejam imprescindíveis para a confirmação de casos e para nortear o encerramento das investigações.

#### LINKS ÚTEIS:

[www.opas.org.br](http://www.opas.org.br); [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)


#### PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES

-Guia da Vigilância Epidemiológica 7ª Edição MS/SVS

-Nota Técnica de 13 de Agosto de 2010 MS/SVS (ALERTA DO CENÁRIO ATUAL)

#### TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos/Coordenação de Doenças Imunopreveníveis	3184-0224	dpt.ses.pe@gmail.com
Cievs – Plantão 24h	9488-4267	cievs.pe.saude@gmail.com
Lacen- Bacteriologia	3181-6319/6317	nadjlaf@yahoo.com.br
PNI Estadual	3184-0000 3184-0001	pni_pe@yahoo.com.br

	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Identificação precoce de casos para adoção das medidas de prevenção e controle, bem como identificar e monitorar as demais condições de risco.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Sarampo</b></p> <p><b>Suspeito:</b> Todo paciente que, independente da idade e da situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite; ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior nos últimos 30 dias ou de contato, no mesmo período, com alguém que viajou ao exterior.</p> <p><b>Confirmado:</b></p> <p><b>-Laboratorial:</b> caso suspeito cujo exame laboratorial teve resultado “reagente” ou “positivo para IgM” e a análise clínica epidemiológica indica a confirmação do sarampo. Todos os casos IgM + ou reagente para o sarampo devem ser analisados pela SMS/SES/SVS/MS.</p> <p><b>-Vínculo epidemiológico:</b> caso suspeito, contato de um ou mais casos de sarampo confirmados pelo laboratório, e que apresentou os primeiros sintomas da doença entre 7 a 18 dias da exposição do contato.</p> <p>Todo caso suspeito cujo exame laboratorial teve resultado “não reagente” ou “negativo para IgM”, em amostra coletada entre o 1º e o 3º dias a partir do aparecimento do exantema, e que teve contato com um ou mais casos confirmados por laboratório (entre 7 a 18 dias antes do aparecimento dos sinais e sintomas).</p> <p><b>-Clínico:</b> caso suspeito que, na avaliação clínica, os sinais e sintomas são compatíveis e não houve coleta de amostra para sorologia; ou não foi investigado; ou evoluiu para óbito sem a realização de exame laboratorial.</p> <p>A confirmação clínica do sarampo representa uma falha do sistema de vigilância epidemiológica.</p> <p><b>Rubéola</b></p> <p><b>Suspeito:</b> Todo paciente que apresente febre e exantema máculo-papular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independente da idade e situação vacinal, ou todo indivíduo suspeito com história de viagem ao exterior ou de contato nos últimos 30 dias, com alguém que viajou ao exterior.</p> <p><b>Confirmado:</b></p> <p><b>-Laboratorial:</b> quando a interpretação dos resultados dos exames sorológicos for positiva para rubéola.</p> <p><b>-Vínculo epidemiológico:</b> caso suspeito que teve contato com um ou mais casos de rubéola, confirmados por laboratório, e que apresentou os primeiros sintomas da doença entre 12 a 23 dias após a exposição ao caso.</p> <p><b>-Clínico:</b> quando há suspeita clínica de rubéola, mas as investigações epidemiológica e laboratorial não foram realizadas ou concluídas. Como o diagnóstico de rubéola não pode ser confirmado nem descartado com segurança, esse caso representa uma falha do sistema de VE.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO E FLUXO</b></p> <p>Obrigatória e imediata, devendo ocorrer nas primeiras 24 horas.</p> <p>US → SMS → SES → MS</p> <p>A notificação também pode ser feita por meio do Cievs que funciona 24 horas. Após a notificação, o Cievs entra em contato com a área técnica estadual que comunica à SMS e ao MS.</p>	

### INVESTIGAÇÃO

A investigação deve ser realizada pela SMS em até 48 horas.

-Confirmar suspeita diagnóstica; Identificar área de transmissão e sua extensão; Identificar a existência de surtos; Realizar coleta de amostra clínica; Distribuição temporal, espacial e segundo atributos pessoais.

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO

-**Vacinação de rotina** - crianças aos 12 e 15 meses com a vacina tríplice viral. A meta de cobertura é de 95%.

-**Ações de educação em saúde** informando a população sobre a doença e suas formas de transmissão.

### CONTROLE

-**Vacinação de bloqueio** limitada aos contatos de seis meses a 39 anos, com o objetivo de evitar casos secundários. A vacinação de bloqueio deve ocorrer preferencialmente em até 72 horas após a exposição.

-**Operação limpeza** é realizada frente a um caso confirmado ou surto, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão do vírus, numa área geográfica determinada.

-**Isolamento** dos casos durante o período de transmissibilidade.

### COLETA DE AMOSTRAS

A amostra de sangue do caso suspeito deve ser colhida no primeiro atendimento do paciente até, no máximo, 28 dias após o início do aparecimento do exantema.

### LINKS ÚTEIS

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)

### TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos/Coordenação de Doenças Imunopreveníveis	3184-0226/0225	imuno.pe@gmail.com exant.pfa@gmail.com
PNI Estadual	9204-7223	pni_pe@yahoo.com.br
Lacen	3181-6308/6309	virologialacen@hotmail.com
Cievs	3184-0192	cievs.pe.saude@gmail.com

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da Hanseníase</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>Detectar e tratar precocemente os casos novos para interromper a cadeia de transmissão e prevenir as incapacidades físicas.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico: (i) lesão(ões) e/ou área(s) de pele com alteração de sensibilidade; (ii) acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e (iii) baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.</p> <p>O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico. É realizado por meio da análise da história e das condições de vida do paciente e do exame dermatoneurológico.</p> <p>A recidiva consiste no caso que concluiu com êxito o tratamento PQT/OMS e que, posteriormente, desenvolve novos sinais e sintomas da doença. Geralmente ocorre em período superior a 5 anos após a cura.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sinan.</p> <p>As unidades notificantes são, geralmente, aquelas que prestam atendimento ao SUS, incluindo as UBS/USF. Essas unidades devem preencher e enviar mensalmente o Boletim de Acompanhamento de Casos/SINAN (Anexo V, da Portaria SVS/SAS/MS nº 3.125/2010) ao nível central da SMS.</p> <p>Dentre as atribuições de cada nível do sistema cabe a todos efetuar análise da qualidade dos dados, como duplicidade de registros, completude dos campos e consistência dos dados, análises epidemiológicas e divulgação das informações. No entanto, cabe somente ao primeiro nível informatizado a complementação de dados, correção de inconsistência e vinculação/exclusão de duplicidades.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>As unidades notificantes enviam semanalmente as fichas de notificação/investigação para as SMS, que enviam os arquivos de transferência de dados uma vez por semana à Gerência Regional de Saúde (Geres). A Geres envia os dados à Secretaria Estadual de Saúde (SES) que por sua vez, envia ao MS.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre os contatos intradomiciliares. Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de Hanseníase nos últimos cinco anos. Assim, todos os contatos intradomiciliares dos casos detectados devem fazer o exame dermatoneurológico. Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesões cutâneas, os de diagnóstico duvidoso e os casos em menores de 15 anos deverão ser encaminhados aos serviços de referência para confirmação diagnóstica.</p>	

### **Vigilância de casos em menores de 15 anos**

Todas as notificações de casos em menores de 15 anos deverão ser revisadas e investigadas. As US municipais, diante desse caso, devem preencher o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos” (Anexo II, da Portaria SVS/SAS/MS nº 3.125/2010) e, se confirmado o caso, remeter esse protocolo à SMS, com a ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do paciente. A SMS por sua vez, encaminha o protocolo à SES.

### **Vigilância de Recidivas**

Os casos notificados como recidiva deverão ser investigados e validados. As US, diante de um caso suspeito, devem preencher a “ficha de intercorrências pós-alta por cura” (Anexo VI, da Portaria SVS/SAS/MS nº 3.125/2010) e, encaminhar o caso para a unidade de referência mais próxima. Uma vez confirmado o caso, remeter a ficha para a SMS, juntamente com a ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do paciente. A SMS por sua vez, encaminha o protocolo à SES.

### **Óbitos**

Os óbitos, cuja causa no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) seja a Hanseníase, deverão ser investigados e, caso sejam confirmados, deverão ser notificados no Sinan.

### **MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

Apesar de não haver uma forma de prevenção específica, existem medidas que podem evitar novos casos e as formas multibacilares, tais como: diagnóstico e tratamento precoces, exame dermatoneurológicos dos contatos intradomiciliares e aplicação da vacina BCG.

### **CONTROLE**

**Diagnóstico Precoce dos Casos:** se dá por meio da detecção ativa (demanda espontânea) e passiva (encaminhamento). As equipes de saúde devem organizar ações de investigação epidemiológica, exame de coletividade (campanhas, inquéritos) e exame de grupos específicos (prisões, asilos, etc.).

**Prevenção de Incapacidades:** todos os casos, independente da forma clínica, devem ser avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico e, no mínimo, 1 vez por ano, inclusive na alta por cura.

**Vacinação BCG:** a vacina BCG-ID deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares, sem presença de sinais e sintomas de hanseníase, no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB. No entanto, os contatos menores de 1 ano de idade já vacinados e os contatos que possuem duas cicatrizes vacinais, não deverão receber nenhuma dose da vacina.

**Educação em Saúde:** componente estruturante do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, compreende três eixos: comunicação em saúde, educação permanente, e mobilização social. Essas ações devem ser conduzidas sempre em consonância com as políticas vigentes.

### **UNIDADES DE REFERÊNCIA**

#### **Nível Secundário**

-Hospital Geral Otávio de Freitas (Nota técnica PE Nº 006 /2011 de 16/12/2011) Ambulatório  
-Hospital Geral da Mirueira (Nota Técnica PE Nº 001/2012 de 17/01/2012) Ambulatório/ Internamento clínico/Reabilitação.

#### **Nível Terciário**


-Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP (Nota Técnica PE Nº 05 / 2012 de 27/04/2012) Ambulatório/ Internamento cirúrgico- Reabilitação.

### **LINKS ÚTEIS**

- [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

- <a href="http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf">http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf</a>		
<b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b> -Portaria nº 3125, de 07/10/2010; Nota técnica PE Nº 006 /2011, de 16/12/2011; Nota Técnica PE Nº 05/2012, de 27/04/2012; Nota Técnica PE Nº 001/2012, de 17/01/2012.		
<b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b>		
<b>Setor</b>	<b>Telefone</b>	<b>Email</b>
DGCDA/ Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias/Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase	3184-0200 3184-0352	hanseníase.pe@gmail.com



	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância Epidemiológica das Hepatites Virais</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p>	
<p>Implementar a VE das hepatites virais no estado de Pernambuco, contribuindo para o enfrentamento da doença e prevenção de novos casos assim como para a melhoria da assistência aos pacientes.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p>	
<p><b>O suspeito de hepatite viral pode apresentar-se das seguintes formas:</b></p>	
<p><b>1. Sintomático icterico-</b> Indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente (recente ou não), com ou sem sintomas e/ou indivíduo que desenvolveu icterícia subitamente e evoluiu para óbito.</p>	
<p><b>2. Sintomático anictérico</b> - Indivíduo sem icterícia, que apresente um ou mais sintomas e apresente valor aumentado das aminotransferases (TGO e TGP).</p>	
<p><b>3. Assintomático</b> - Indivíduo exposto a uma fonte de infecção bem documentada e/ou comunicante de caso confirmado de hepatite e/ou indivíduo com alteração de aminotransferases.</p>	
<p><b>4. Suspeito com marcador sorológico reagente</b> - Indivíduo assintomático doador de sangue, com um ou mais marcadores reagentes para hepatite A, B, C, D ou E e/ou indivíduo assintomático com marcador reagente para hepatite viral A, B, C, D ou E.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p>	
<p>As Unidades de Saúde (UBS, Policlínica, Hospitais, etc) que tiverem casos suspeitos de hepatites virais devem preencher corretamente a Ficha do Sinan de forma legível, sem deixar campos em branco e não abreviar nomes.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p>	
<p>A VE do município deve revisar as fichas recebidas das unidades de saúde e resgatar os dados que estiverem faltando. Digitar todas as fichas no SINAN e fazer uma transferência SEMANAL de dados para a Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde (GERES).</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p>	
<p>Para determinar as suspeitas das hepatites B ou D, observar história de estada em outros países e/ou região Amazônica. Para casos de hepatite A, buscar história de contatos, comunicantes e exposição a possíveis fontes de contaminação.</p>	
<p>Na suspeita de casos de hepatite por transmissão parenteral/sexual – deve-se investigar uso de sangue, hemocomponentes e hemoderivados principalmente se ocorreu antes de 1993; uso de drogas injetáveis, e passagem por unidades de hemodiálise. Uma vez confirmado, deve-se buscar parceria com saúde ambiental, vigilância da água e APEVISA (a depender do tipo de hepatite).</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p>	
<p>Orientação quanto à qualidade da água para consumo e à higiene pessoal; profissionais da área da saúde precisam obedecer às normas universais de biossegurança, incluindo a vacinação; comunicantes devem iniciar imediatamente o esquema de vacinação contra as hepatites A e B (não vacinados) ou completar esquema dos que não completaram; utilização de preservativo nas relações sexuais; em casos de hepatites com transmissão parenteral, sexual, vertical e percutânea (B, C e D), os pacientes devem ser orientados em relação ao não compartilhamento de objetos de uso pessoal</p>	

como lâmina de barbear, escova de dente, alicates de unha; o HBsAg pode ser encontrado no leite materno de mães HBsAg positiva, no entanto, a amamentação não traz riscos adicionais para os seus recém-nascidos, desde que tenham recebido a primeira dose da vacina e imunoglobulina nas primeiras 12 horas de vida; na hepatite C não há evidências conclusivas que o aleitamento acrescente risco à transmissão do HCV, exceto na ocorrência de fissuras e sangramentos nos mamilos; é recomendável a administração de imunoglobulina contra o HBV e vacina contra a hepatite (nas primeiras 12 horas de vida) em filhos de mães HBsAg positivas; a segunda e terceira doses da vacina devem seguir o calendário vacinal normal; a imunização contra Hepatite A está disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), estando indicada apenas para casos especiais;

**Vacinação contra o vírus da hepatite B** – a vacina está disponível para menores de 0 até 29 anos no Crie para situações especiais e em salas de vacina de postos de saúde e maternidades.

**Imunoglobulina humana anti-hepatite B** - a imunoglobulina humana anti-hepatite tipo B (IGHAHB) é indicada para pessoas não vacinadas após exposição ao vírus da hepatite B.

## CONTROLE

Hepatite A - Os comunicantes devem ser encaminhados para vacinação.

Hepatite B - Controle efetivo de bancos de sangue através da triagem sorológica; Vacinação contra hepatite B, disponível no SUS para as seguintes situações: menores de um ano de idade, a partir do nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto e crianças e adolescentes entre um a 29 anos de idade e população específica; Uso de imunoglobulina humana Anti-Vírus da hepatite B em recém-nascidos de mães portadoras do HBsAg e/ou contatos sexuais

com portadores ou com infecção aguda (o mais cedo possível e até 14 dias após a relação sexual) e/ou vítimas de violência sexual (o mais cedo possível e até 14 dias após o estupro) e/ou acidentes ocupacionais; Uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais da área da saúde; Não compartilhamento de objetos perfuro cortantes.

Hepatite C- triagem em bancos de sangue e centrais de doação de sêmen; triagem de doadores de órgãos sólidos como coração, fígado, pulmão e rim; triagem de doadores de córnea ou pele; controle de infecção em hospitais, laboratórios, consultórios dentários, serviços de hemodiálise.

## COLETA DE AMOSTRAS

**Coleta de amostras clínicas (marcadores virais)** - o sangue (para a separação do soro ou plasma) deverá ser coletado assepticamente em tubo de coleta a vácuo (preferencialmente com gel separador) ou com o auxílio de seringas descartáveis; neste último caso, vertendo o conteúdo para um tubo seco e estéril para aguardar a coagulação. Em caso de utilização de plasma, o sangue deverá ser coletado com ACD ou EDTA. Nunca usar heparina como anticoagulante. Os tubos contendo o sangue deverão ser centrifugados a 2.500 rpm por 10 minutos, à temperatura ambiente. O soro ou plasma deve ser acondicionado em tubo de polipropileno, esterilizado e hermeticamente fechado, devidamente identificado. No rótulo, colocar o nome completo, número de registro laboratorial e data de coleta. A tampa deve ser vedada e fixada com filme de parafina ou esparadrapo. Pode ser acondicionado entre 2°C e 8°C por 72h. Para períodos maiores, conservar entre -20°C e -70°C. Transportar em saco plástico transparente bem vedado (por um nó ou por elástico), em um isopor ou caixa térmica contendo gelo reciclável ou gelo seco (a quantidade de gelo deverá corresponder a, no mínimo, 1/3 do volume da embalagem). Usar, preferencialmente, gelo seco. Se não for possível, utilizar gelo embalado em sacos plásticos bem vedados. Nunca congelar sangue total e não colocá-lo em contato direto com o gelo.

**Coleta para procedimentos de biologia molecular (HBV-DNA e HCV-RNA)** – coleta conforme instruções acima. A amostra deverá ser centrifugada e separada nas duas primeiras horas após a coleta e conservada entre -20°C e -70°C. Evitar congelamentos e descongelamentos sucessivos. Transporte da amostra conforme orientações acima.

**Hepatite A, B, C e D (sorologias) - Método:** Imunoensaio enzimático de micropartículas - MEIA; Ensaio imunoenzimático – ELISA. **Orientações para coleta:** informar ao paciente a necessidade de jejum de 4 horas, salvo em casos de urgência; Coletar 3ml de soro em tubos vacutainer com gel separador. **Conservação e transporte:** conservar sob refrigeração entre 2 a 8 °C até 5 dias e para tempo prolongado a -20°C até seis meses; Os tubos devem ser embalados

individualmente e transportados em estantes dentro de maleta térmica com gelo reciclável.

**Biologia Molecular (B e C) – Procedimento:** coletar 5,0 ml de sangue em tubos BD vacutainer PPT; Amostras coletadas com heparina são inadequadas para o teste. Homogenizar de 8 a 10 vezes após a coleta; Deixar a temperatura ambiente por 10 minutos; Centrifugar a 1.100G, para um melhor resultado centrifugar a amostra em até 2 horas após a coleta; Enviar os tubos em pé em estantes em caixas de isopor com gelo reciclável que mantenha a temperatura entre 2 e 8°C dentro de 48 horas, acompanhado do laudo médico de solicitação e APAC devidamente preenchida. Obs: Os tubos BD vacutainer PPT são específicos para uso em métodos em biologia molecular, mantendo a estabilidade da amostra por 48 horas.

**LINKS ÚTEIS**


[www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br); [www.lacen.pa.gov.br](http://www.lacen.pa.gov.br)

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

Portaria GM Nº 2.080, de 31/10/2003; Portaria GM Nº 2.577, de 27/10/2006; Portaria GM Nº 221, de 13/07/2011; Portaria Nº 457, de 21/05/2012; Portaria Nº 34, de 28/09/2007.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/ Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST/ Coordenação de Prevenção das Hepatites Virais	3184-0213 3184-0211 3184-0205	cehepatitesviraistaetlv@gmail.com dstaidsestadualpe@gmail.com

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da Influenza</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Monitorar as cepas dos vírus influenza que circulam nas regiões brasileiras; Identificar a circulação dos vírus respiratórios para a adequação da vacina de influenza sazonal para o hemisfério sul; Avaliar o impacto da vacinação contra a doença; Isolar espécimes virais e enviar ao Centro Colaborador de Influenza para as Américas da OMS; Identificar vírus respiratórios de acordo com a patogenicidade e virulência em cada período sazonal, visando à orientação terapêutica de acordo com o agente; Garantir tratamento oportuno nos casos de Síndrome Gripal (SG) com fator de risco e SRAG; Acompanhar a tendência da morbidade e da mortalidade associadas à doença; Responder a situações inusitadas; Detectar e oferecer resposta rápida à circulação de novos subtipos que possam estar relacionados à pandemia de influenza.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Síndrome Gripal (SG)</b></p> <p>Indivíduos maiores de seis meses que apresentem febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos sintomas: cefaleia, mialgia e artralgia. <b>Obs:</b> Crianças menores de seis meses de idade: febre de início súbito mesmo que referida e sintomas respiratórios.</p> <p><b>Surto de síndrome gripal</b> – ocorrência de pelo menos três casos de SG em ambientes fechados/restritos, com intervalos de até cinco dias entre as datas de início de sintomas</p> <p><b>Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):</b></p> <p>Indivíduos de qualquer idade internado, com síndrome gripal que apresente dispneia ou saturação de oxigênio menor que 95% ou desconforto respiratório.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Imediata ao Cievs os casos de SRAG internados ou óbitos por SRAG, ou casos agregados de SG (surto) com devido envio de amostra ao Lacen e digitação no SinanWeb nos casos de SRAG e os surtos no SinanNet (módulo surto).</p> <p><b>Obs.:</b> Os casos de surto de SG que evoluírem para forma grave, de acordo com a definição de caso de SRAG, deverão ser notificados individualmente no <b>SinanWeb</b>.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Unidade notifica ao Cievs que envia para a área técnica e esta para as Geres de ocorrência e residência. As Geres se responsabilizam pelo o envio às SMS. A SMS de ocorrência digita o caso no SinanWeb e SMS de residência investiga, complementa os dados e realizar as medidas pertinentes.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Para caracterizar e descrever o evento, a unidade notificadora, SMS de residência (caso isolados) / SMS ocorrência (surto) deverá registrar: (i) dados de identificação; (ii) antecedentes de exposição; (iii) tipo de contato com casos semelhantes (contato próximo, utilização de ambiente comum, entre outros); (iv) a caracterização clínica dos casos suspeitos, atentando para a existência, no grupo acometido, de pessoas com fatores de risco para o desenvolvimento de complicações da doença.</p> <p><b>Atenção em casos de surtos:</b> verificar se a notificação do surto corresponde à definição padronizada; a história vacinal (contra influenza) dos casos e destacar outras informações relevantes, detectadas durante a investigação epidemiológica, que não estão contempladas na ficha de investigação.</p>	

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

Medidas de caráter geral (que também se aplicam aos surtos institucionais e hospitalares); Higiene das mãos com água e sabão, depois de tossir ou espirrar, após usar o banheiro, antes das refeições, antes de tocar os olhos, boca e nariz; Evitar tocar os olhos, nariz ou boca, após contato com superfícies; Proteger com lenços (preferencialmente descartáveis a cada uso) a boca e nariz, ao tossir ou espirrar, para evitar disseminação de aerossóis; Evitar entrar em contato com outras pessoas suscetíveis, caso não seja possível, usar máscaras cirúrgicas; Evitar aglomerações e ambientes fechados (devem-se manter os ambientes ventilados); Repouso, alimentação balanceada e ingestão de líquidos.

A imunização para as pessoas com fatores de risco deve ser feita de acordo com as recomendações do MS.

**CONTROLE**

Quimioprofilaxia nos casos indicados pelo Protocolo de Tratamento de Influenza - 2012 SVS/MS.

**COLETA DE AMOSTRAS**

Nos casos de SG as coletas serão realizadas exclusivamente na US (05 coletas por SE) com objetivo principal da identificação dos vírus circulantes para adequação da vacina.

Os casos de SRAG internados deverão ser coletados, preferencialmente até 03 dias do início dos sintomas, podendo ser coletado até o 7º dia do início dos sintomas através de *swab* combinado (nasal/oral).

**LINKS ÚTEIS**

[www.portal.saude.opas.org.br](http://www.portal.saude.opas.org.br); [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs); [www.portal.saude.pe.gov.br](http://www.portal.saude.pe.gov.br)


**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-Protocolo de Tratamento de Influenza –2012-SV/MS; Portaria Nº 2.693, de 17/11/2011

-Nota Técnica LACEN 2012 (Coleta, transporte e acondicionamento de amostras clínicas)

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerências de Agravos Agudos/Coord. de Doenças Imunopreveníveis	3184-0224	influenza.pe@gmail.com
Cievs - Plantão 24h:	9488-4267	cievs.pe.saude@gmail.com
Lacen – Virologia	3181-6340/6232	virologialacen@hotmail.com

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância Epidemiológica das Meningites</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Monitorizar a situação epidemiológica das meningites no estado; Orientar quanto às medidas de prevenção e controle e avaliar a efetividade do uso dessas tecnologias; Detectar surtos.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Suspeito</b></p> <p>-Crianças acima de um ano e adultos com: febre, cefaleia intensa, vômitos acompanhado ou não de: rigidez da nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo.</p> <p>-Em crianças menores de um ano, sintomas clássicos acima referidos podem não ser tão evidentes. É importante considerar para suspeita diagnóstica sinais de irritabilidade, como choro persistente, e verificar a existência de abaulamento de fontanela.</p> <p><b>Confirmado</b></p> <p>-Todo caso: (i) confirmado pelos seguintes exames laboratoriais: cultura, contraímunoelctroforese e látex; (ii) suspeito, com história de vínculo epidemiológico com caso confirmado laboratorialmente por um dos exames acima; (iii) suspeito, com bacterioscopia positiva ou clínica sugestiva, com petéquias (meningococcemia).</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>No estado todo caso suspeito ou confirmado de Doença Meningocócica é de notificação imediata. É de responsabilidade do serviço de saúde notificar todo caso suspeito às autoridades municipais de saúde, que deverão providenciar, de forma imediata, a investigação epidemiológica e avaliar a necessidade da adoção das medidas de controle pertinentes.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>A unidade de saúde notificante deve encaminhar a ficha de notificação do caso para o município de ocorrência já encerrada, respeitando o prazo de período oportuno (60 dias) para digitação no Sinan.</p> <p>Só após a inclusão do caso no Sinan é que o município de residência e o nível central poderão ter acesso a essa ficha no sistema. Caso seja necessário, o município pode acrescentar informações na ficha de investigação do caso.</p> <p>Em caso suspeito de doença meningocócica deve-se enviar imediatamente a ficha de notificação por fax, email ou telefone para SES para ser encaminhada à Geres referente ao município de residência do paciente.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>É realizada com o objetivo de caracterizar clinicamente o caso (incluindo a análise dos exames laboratoriais) e identificar as possíveis fontes de transmissão. Deve-se verificar a necessidade de identificação de contatos e a implementação de medidas de controle. A ficha de investigação do Sinan contém as informações essenciais a serem coletadas em uma investigação de rotina. Todos os campos devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo que a informação seja negativa.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>A meningite é uma síndrome que pode ser causada por diferentes agentes infecciosos. É possível, para alguns, dispor de medidas de prevenção primária, tais como: quimioprofilaxia e vacinas. As vacinas são específicas para determinados agentes etiológicos, algumas fazem parte do calendário básico de vacinação da criança, outras estão indicadas apenas em situações de controle de surto e algumas são indicadas para grupos especiais.</p>	



**CONTROLE**

A quimioprofilaxia é indicada para os contatos íntimos de casos de doença meningocócica e meningite por *H. influenzae*, e para o paciente, no momento da alta, no mesmo esquema preconizado para os contatos, exceto se o tratamento da doença foi com ceftriaxona. A droga de escolha para a quimioprofilaxia é a rifampicina, administrada em dose adequada e simultaneamente a todos os contatos íntimos, preferencialmente até 48 horas da exposição à fonte de infecção, sendo considerados o prazo de infectibilidade e o período de incubação da doença. O uso restrito da droga visa evitar a seleção de estirpes resistentes de meningococos.

**COLETA DE AMOSTRAS**

O diagnóstico etiológico dos casos suspeitos é de extrema importância para a VE, tanto na situação endêmica, quanto em situações de surto. A punção lombar para coleta de líquido e a coleta de sangue e/ou fezes devem ser realizadas logo após a suspeita clínica, preferencialmente antes do início do tratamento com antibiótico. O tratamento imediato, entretanto, não impede a coleta de material, seja líquido, sangue ou outro, mas recomenda-se que a coleta das amostras seja feita o mais próximo possível do início do tratamento.

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br); [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br).


**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-NT n° 001/2009 CGDT/DEVEP/SVS/MS; NT n° 02/2009; NT n° 01/2009; NT n° 53/2011/CGDT/DEVIT/SVS/MS; NT n° 020/2011; NT/SES-PE n° 13/2012; NT SES-PE n° 01/2012.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos/Coordenação de Doenças Imunopreveníveis	3184.0223 3184.0224/25	imuno.pe@gmail.com meningite.pe@gmail.com
Hospital Correia Picanço	3184.3938	hcp.nepi@gmail.com
Cievs	3184.0192/ 0193	cievs.pe.saude@gmail.com
Farmácia Central do Estado	3181.6106/6107	umafsafpe@gmail.com
Lacen	3181.6317	-
PNI Estadual	3184.4000/3995	pni_pe@yahoo.com.br



	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da Paralisia Flácida Aguda (PFA) / Poliomielite</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Manter erradicada a poliomielite no Brasil. Monitorizar a ocorrência de casos de paralisia flácida aguda (PFA) em menores de 15 anos de idade.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Suspeito</b></p> <p>Todo caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em menores de 15 anos, independente da hipótese diagnóstica de poliomielite.</p> <p>Caso de deficiência motora flácida, de início súbito, em indivíduo de qualquer idade, com história de viagem a países com circulação de poliovírus nos últimos 30 dias, que antecederam o início do déficit motor, ou contato no mesmo período com pessoas que viajaram para esses países, que apresentem suspeita diagnóstica de poliomielite.</p> <p><b>Confirmado</b></p> <p><b>-Poliovírus selvagem</b> – caso de PFA em que houve isolamento de poliovírus selvagem na amostra de fezes do caso, ou de um de seus contatos, independente de haver ou não sequela, após 60 dias do início da deficiência motora.</p> <p><b>-Poliovírus derivado vacinal (PVDV)</b> – caso de PFA com isolamento de PVDV e sequela, 60 dias após déficit motor.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Obrigatória e imediata, devendo ocorrer nas primeiras 24 horas.</p> <p>US → SMS → SES → MS</p> <p>A notificação também pode ser feita através do CIEVS que é de funcionamento 24 horas. Após a notificação o CIEVS entra em contato com a área técnica estadual que comunica a SMS e MS.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>A investigação deve ser realizada em até 48 horas.</p> <p>Deve-se: caracterizar clinicamente o caso; coletar uma amostra de fezes; preencher a ficha de investigação epidemiológica; visitar imediatamente o domicílio para complementar dados da ficha de investigação e buscar outros casos quando necessário; orientar medidas de controle pertinentes; realizar a revisita do caso para avaliação de sequela, aos 60 dias após o início da deficiência motora; classificar o caso, conforme os critérios estabelecidos, retroalimentar a fonte notificadora.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p><b>-Vacinação de rotina:</b> com a Vacina Inativada -VIP em todas as crianças aos 2 e 4 meses e com a Vacina Oral -VOP aos 6 meses e, campanhas de vacinação em menores de 5 anos com a VOP.</p> <p><b>-Ações de educação em saúde:</b> informando a população sobre a doença e suas formas de transmissão.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>A principal proteção ocorre pela manutenção de elevadas coberturas vacinais na rotina e nas campanhas de vacinação em massa, com a vacina VOP.</p>	
<p><b>COLETA DE AMOSTRAS</b></p> <p>A amostra de fezes do caso suspeito deve ser colhida preferencialmente até 14 dias após a data do início do déficit</p>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

motor. A SES deve ser informada após a coleta e a amostra é enviada para a virologia do LACEN para posterior transporte para a FIOCRUZ-RJ onde será analisada.

**LINKS ÚTEIS**


[www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br); [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

PORTARIA Nº 104, DE 25/01/2011: Guia de vigilância epidemiológica, 7ª Edição;  
Informe técnico da introdução da vacina inativada poliomielite. Brasília, Maio, 2012.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCD/ Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos/Coordenação de Doenças Imunopreveníveis	3184-0226 3484-0225	imuno.pe@gmail.com exant.pfa@gmail.com
PNI Estadual	9204-7223	pni_pe@yahoo.com.br
Lacen	3181-6307/08/09	virologialacen@hotmail.com
Cievs	3184-0191	cievs.pe.saude@gmail.com
Cievs - notificação 24 horas	9488-4267	

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Vigilância Epidemiológica da Sífilis</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b>
<b>OBJETIVOS</b> Implementar a VE da sífilis em Pernambuco, contribuindo para a prevenção e controle da doença, prevenção da transmissão vertical do <i>Treponema pallidum</i> e melhoria da assistência aos pacientes.	
<b>DEFINIÇÃO DE CASO</b> <u>Sífilis primária</u> : cancro duro (pode passar despercebido na mulher) + adenopatia satélite. <u>Sífilis secundária</u> : lesões cutâneo-mucosas, generalizadas, poliadenopatia e outros. <u>Sífilis terciária</u> : lesões cutâneo-mucosas, alterações neurológicas, cardiovasculares e osteoarticulares. <b>Sífilis em gestantes:</b> Toda gestante que tenha evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, realizado em qualquer semana do pré-natal, com teste treponêmico reagente ou não realizado. <b>Sífilis congênita:</b> - Toda criança nascida de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticada durante a gestação, parto ou puerpério. - Todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou epidemiológica e que não apresentem evidência de transmissão ou abuso sexual.	
<b>NOTIFICAÇÃO</b> <b>Sífilis em gestantes:</b> Doença de notificação compulsória desde 2005 – digitação no Sinan NET com CID O98.1. A ficha deve ser disponibilizada em todos os serviços de saúde públicos e privados que atendem a mulher gestante. <b>Sífilis congênita</b> Doença de notificação compulsória desde 1986 – digitação no Sinan NET com CID A50.9. A ficha deve ser disponibilizada nos serviços públicos e privados que realizam atendimento a crianças.	
<b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b> <b>Sífilis em gestantes/Sífilis congênita:</b> A ficha de notificação deve ser preenchida de forma legível sem deixar campos em branco e sem abreviar nomes. A Unidade de Saúde notificante avalia a ficha quanto à sua completude e, em seguida, a envia para a VE municipal. Esta, por sua vez, revisa as fichas recebidas, e em seguida resgata os dados que estiverem faltando. Todas as fichas devem ser digitadas no Sinan e ser feita a transferência SEMANAL de dados para a VE da Geres.	
<b>INVESTIGAÇÃO</b> <b>Sífilis em gestantes:</b> No pré-natal a informação referente ao tratamento realizado da mãe e do parceiro é primordial e deve ser registrada na carteira da gestante (data do tratamento, droga e dose utilizada). No caso da gestante com sífilis na gestação anterior deve ser feita a investigação clínica, e se positiva, deve ser efetuada uma nova notificação. Quando há a identificação de gestante com sífilis na hora do parto, deve-se tratar a puerpera e notificar a criança com sífilis congênita. <b>Sífilis congênita:</b> Verificar as causas da não realização ou realização tardia do pré-natal e/ou dos testes de sífilis na gestante e das	

causas do não tratamento do parceiro. Verificar se o tratamento do RN com sífilis foi feito corretamente e se houve o seguimento para controle de cura.

### **MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

#### **Sífilis em gestantes:**

A promoção da saúde deve ser enfocada por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis em geral. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional, por isso torna-se importante estimular o uso de preservativo durante todo esse período, tendo ele uma dupla função (anticonceptiva e profilática). Além disso, a transmissão para o bebê pode ocorrer durante o parto se houver lesões genitais maternas e no aleitamento ocorrerá se houver lesão mamária. Caso a gestante não tenha feito pré-natal adequado, deve ser feita sorologia na maternidade. A sorologia deve ser solicitada nos casos de aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal. A convocação de parceiros é imprescindível.

#### **Sífilis congênita:**

Diagnóstico precoce em mulheres em idade reprodutiva e em seu(s) parceiro(s); realização de teste de sífilis nas mulheres com intenção de engravidar, nas consultas ginecológicas e nas de prevenção do câncer (colo e mama); tratamento imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros, de preferência com Penicilina Benzatina de acordo com a fase da doença. Para isso devem ser disponibilizadas as medicações injetáveis em todas as unidades de saúde; fazer o controle de cura mensalmente.

### **CONTROLE**

A medida mais efetiva é oferecer a toda gestante assistência pré-natal adequada. Captar precocemente a gestante para o pré-natal e realizar, no mínimo, seis consultas; realizar dois testes na gravidez (1º e 3º trimestre) e um na hora do parto; tratar imediatamente os casos diagnosticados em gestantes e seus parceiros. É indispensável a realização do tratamento mesmo na impossibilidade do diagnóstico laboratorial. O tratamento imediato dos casos em mulheres e seus parceiros deve ser realizado, preferencialmente, com Penicilina Benzatina de acordo com a fase da doença. Para isso devem ser disponibilizadas as medicações injetáveis em todas as US (Portaria MS Nº 156/06). Documentar as sorologias e tratamento na carteira da gestante. O VDRL pode ser feito em ocasiões como: antes da gravidez, curetagem pós-aborto, etc.

### **COLETA DE AMOSTRAS**

Todas as Unidades Básicas de Saúde devem realizar o Teste Rápido de Sífilis. Realizar coleta de sangue para o teste VDRL ou encaminhar para uma unidade de maior complexidade ou Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), quando necessário. As UPAS, policlínicas, urgências, hospitais e principalmente maternidades devem dispor do teste de VDRL.

#### **LINKS ÚTEIS:**


-[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br).

### **PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-Portarias: Nº 156, de 19/01/2006; SVS/MS Nº151 de 14/10/2009; MS/GM Nº104 DE 25/01/2011; SES-PE Nº104 DE 09/03/2012.

### **TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

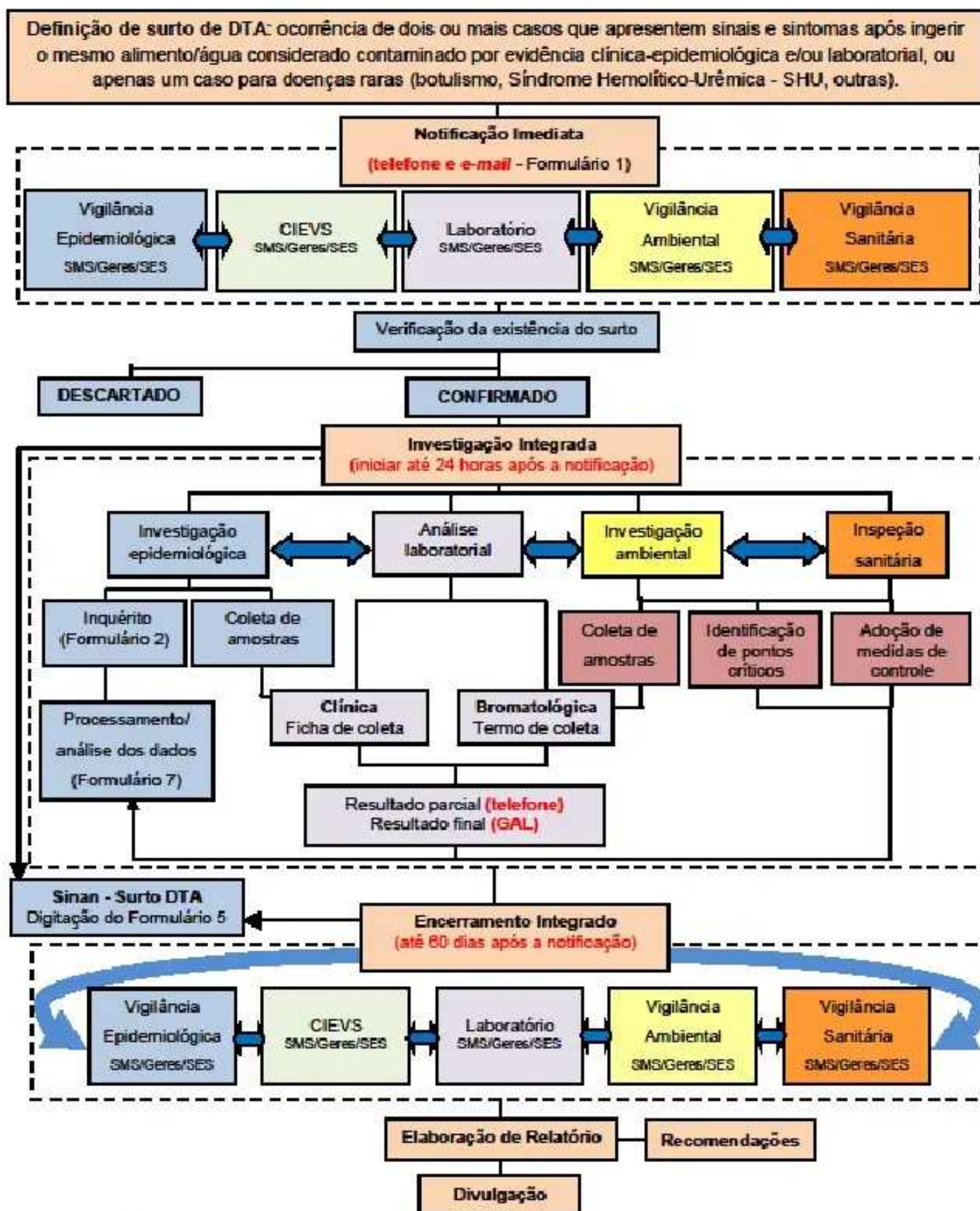
Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST/ Coordenação de Prevenção de DST	3184-0204/0206/0207	dstaidsestadualpe@gmail.com vedstaidspe@gmail.com testerapidope@gmail.com
Assistência	3184-0209	assistencia.aidspe@gmail.com

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Vigilância Epidemiológica dos Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA)</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b>	
<b>OBJETIVO</b> Reduzir a incidência das doenças transmitidas por alimentos (DTA) em Pernambuco, a partir do conhecimento do problema e de sua magnitude, subsidiando as medidas de prevenção e controle.		
<b>DEFINIÇÃO DE SURTO</b> Ocorrência na qual dois ou mais indivíduos apresentam sinais e sintomas semelhantes após a ingestão de um mesmo alimento/água considerado contaminado por evidência clínica-epidemiológica e/ou laboratorial, ou um indivíduo com uma doença rara como: botulismo, Síndrome Hemolítico-Urêmica, cólera, entre outras.		
<b>NOTIFICAÇÃO</b> Todo surto de DTA é de notificação compulsória imediata (até 24 horas após sua ocorrência). A comunicação de um surto deve ser feita por telefone, e-mail e outros, aos níveis hierárquicos superiores.		
<b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO</b> Segue abaixo de forma esquemática.		
<b>INVESTIGAÇÃO</b> A VE realiza o inquérito, a coleta amostras clínicas, o processamento/análise dos dados e a digitação no Sinan; a Visa realiza a inspeção sanitária, elabora a lista de verificação e realiza a coleta de amostras de alimentos; a VA realiza a investigação ambiental e faz a coleta de amostras de água; o Laboratório realiza a análise das amostras clínicas e bromatológicas; outros técnicos poderão ser convocados (Assistência, Secretaria de Agricultura, Ceatox, dentre outros).		
<b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE</b> Orientar quanto à manipulação, produção, acondicionamento, armazenamento e/ conservação dos alimentos; realizar busca ativa de novos casos; estimular a notificação dos surtos de DTA.		
<b>COLETA DE AMOSTRAS</b> Coletar amostras biológicas durante o inquérito, o mais precocemente possível (na fase aguda de doença), preferencialmente antes do tratamento dos doentes. No caso de grandes surtos, coletar em pelo menos 20% dos casos. Deve-se coletar também amostras dos não doentes e manipuladores. As amostras biológicas uma vez rotuladas e identificadas devem ser enviadas ao Lacen.		
<b>LINKS ÚTEIS</b> <a href="http://www.saude.gov.br">www.saude.gov.br</a>		
<b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b> -Portarias: GM/MS nº 104/2011; SES-PE nº 104/2012. NT de maio 2011- Prevenção de surtos de DTA em escolas públicas de Pernambuco. NT nº 22/2011 SES-PE- Cianobactérias – sua importância na saúde pública.		
<b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b>		
<b>Setor</b>	<b>Telefone</b>	<b>Email</b>
DGCD/ Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos/Coordenação de DTHA	3184-0226/0219	surtodta.pe@gmail.com
Lacen – recepção de amostras clínicas	3181-6306	patriciammlins@hotmail.com
<del>Lacen – recepção de amostras bromatológicas</del> Vigilância Sanitária Estadual – Apevisa	<del>3181-6312</del> 3181-6264	<del>maristina.melo@ig.com.br</del> -






### Sistema de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmitidas por Alimentos - SVEDTA FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO DE SURTO<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Outras instituições poderão participar desse fluxo de acordo com a natureza do surto

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica do Tétano Acidental</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Reduzir a incidência dos casos de tétano acidental; conhecer todos os casos suspeitos e investigar oportunamente 100% deles, com objetivo de assegurar o diagnóstico e o tratamento precoces, adotando assim medidas de controle oportunas; avaliar o impacto das medidas de controle; promover educação continuada, incentivando o uso de equipamentos e objetos de proteção, a fim de evitar ocorrência de ferimentos ou lesões.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>-Suspeito:</b> todo paciente acima de 28 dias de vida que apresenta um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: disfagia, trismo, riso sardônico, opistótono, contraturas musculares localizadas ou generalizadas, com ou sem espasmos, independente da situação vacinal, da história de tétano e de detecção ou não de solução de continuidade de pele ou mucosas.</p> <p><b>-Confirmado:</b> todo caso suspeito cujos sinais/sintomas não se justifiquem por outras etiologias e apresente trismo, disfagia, contratura dos músculos da mímica facial (riso sardônico, acentuação dos sulcos naturais da face, preguiamento frontal, diminuição da fenda palpebral), rigidez abdominal (abdome em tábua), contratura da musculatura paravertebral (opistótono), da cervical (rigidez de nuca), de membros (dificuldade para deambular), independente da situação vacinal, da história prévia de tétano e de detecção de solução de continuidade da pele/mucosas. A lucidez do paciente reforça o diagnóstico.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>A notificação de casos suspeitos deverá ser feita imediatamente por profissionais da saúde ou qualquer pessoa da comunidade à equipe de Vigilância Epidemiológica (VE) do município.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>A equipe de VE municipal encaminhará a notificação às VE regional ou estadual e esse nível ao MS.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Iniciada imediatamente após a notificação de um caso suspeito para permitir que as medidas de controle sejam adotadas em tempo oportuno. Nela devem ser consideradas a identificação do paciente, dados da história clínica, o acompanhamento da evolução do caso, as medidas implementadas no curso da doença e a identificação da área de risco.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>A principal forma de prevenção é vacinar a população desde a infância com a vacina antitetânica. O esquema completo recomendado pelo MS é de três doses administradas no primeiro ano de vida, com reforços aos 15 meses e de quatro anos de idade. A partir dessa idade, um reforço a cada 10 anos após a última dose administrada ou cinco anos se for gestante.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>Além da vacinação de rotina destaca-se, em particular, a identificação e vacinação de grupos de risco, tais como, trabalhadores da construção civil, da agricultura, catadores de lixo, trabalhadores de oficinas mecânicas, etc. Destaca-se, ainda, a importância da atualização técnica dos profissionais de saúde quanto ao tratamento adequado dos ferimentos e esquemas vacinais recomendados para prevenção da doença.</p>	



## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

Logo após a notificação de um caso suspeito deve-se verificar a ocorrência de outros casos no município, levantar os fatores determinantes e traçar estratégias de implementação das ações de prevenção do tétano.

**LINKS ÚTEIS**


[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br); [www.opas.org](http://www.opas.org).

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

~~Portaria nº08/2010: Tétano Acidental; Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª edição, 2000.~~

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos/Coordenação de Doenças Imunopreveníveis	3184-0224	dpt.ses.pe@gmail.com
Hospital Oswaldo Cruz	3184-1456	epidemio_huoc@yahoo.com.br ivanisetiburcio@hotmail.com
PNI Estadual	3184-4000/3995	pni_pe@yahoo.com.br
CIEVS	31840192/0192(fax)	cievs.pe.saude@gmail.com

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância Epidemiológica do Tétano Neonatal</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Conhecer todos os casos suspeitos de tétano neonatal e investigar com qualidade 100,0% deles; implementar ações preventivas com finalidade de atingir a meta de eliminação da doença; avaliar a efetividade das medidas de prevenção e controle.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>-Suspeito:</b> todo RN que ao nascer sugou normalmente nas primeiras horas e, entre o 2° e o 28° dias de vida, apresentou dificuldade em mamar, choro constante, independente do estado vacinal da mãe, do local e das condições do parto. São também considerados suspeitos todos os óbitos, nessa mesma faixa etária, de crianças que apresentavam essas mesmas características, com diagnóstico indefinido ou ignorado.</p> <p><b>-Confirmado:</b> o Ministério da Saúde define como caso confirmado, todo RN que nasceu bem, sugou normalmente nas primeiras horas e, entre 2° e o 28° dias de vida, apresentou dificuldade respiratória, evoluindo para deixar de mamar e apresentou dois ou mais dos seguintes sinais/sintomas: trismo, contratura dos músculos da mímica facial, olhos cerrados, pele da fronte pregueada, lábios contraídos, hiperflexão dos membros superiores junto ao tórax, hiperextensão dos membros inferiores e crises de contraturas musculares, com inflamação ou não do coto umbilical.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>A notificação dos casos suspeitos ou confirmados deverá ser feita imediatamente por profissionais de saúde ou por qualquer pessoa da comunidade.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Deverá ser feita à VE Municipal, que repassará a informação à Vigilância Epidemiológica Regional (quando houver) e esta à Vigilância Epidemiológica Estadual, a qual notificará o Ministério da Saúde.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>A investigação epidemiológica deve ser feita nas primeiras 72 horas após a notificação de um caso suspeito ou confirmado. As informações devem ser buscadas tanto no âmbito hospitalar como no domicílio com familiares, preferencialmente com a mãe do recém-nascido.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>A principal forma de prevenir o tétano neonatal é a vacinação de todas as mulheres em idade fértil (MIF), gestantes e não gestantes entre 12 a 49 anos, com esquema completo da vacina dT. Para a população indígena de MIF utiliza-se a faixa etária de 10 a 49 anos.</p> <p>A realização do pré-natal é extremamente importante para prevenir tétano neonatal. Nele são realizadas as ações preventivas de vacinação (atualização ou início do esquema vacinal), promoção do parto asséptico, da amamentação, do planejamento familiar e dos cuidados de higiene com recém-nascido, em especial do coto umbilical.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O atendimento higiênico ao parto utilizando material estéril, incluindo instrumentos cortantes, fios e outros, para o cuidado do cordão umbilical e do coto é medida fundamental na profilaxia do tétano neonatal;</li> <li>- Orientação das mães e os responsáveis com relação aos cuidados com os recém nascidos e o tratamento higiênico do</li> </ul>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

coto umbilical com álcool 70%;

- Vacinação de 100% das mulheres em idade fértil (gestantes e não gestantes);
- Melhoria da cobertura e da qualidade do pré-natal e da atenção ao parto e puerpério;
- Cadastro e capacitação das parteiras tradicionais atuantes em locais de difícil acesso, visando eliminar a ocorrência da doença.

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br); [www.opas.org](http://www.opas.org)


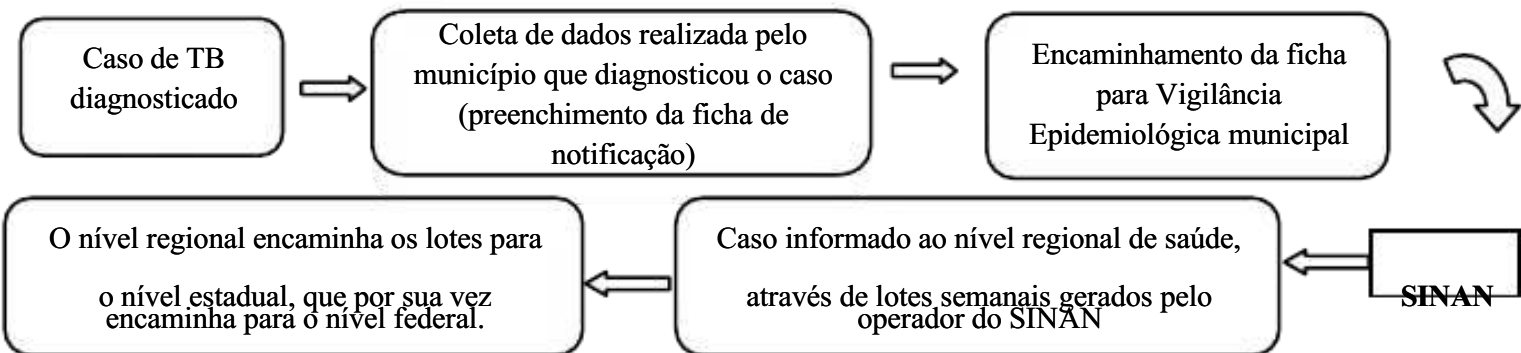
**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

- Ministério da Saúde, Guia de Vigilância Epidemiológica, 7ª Edição/2009.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Agravos Agudos/Coordenação de Doenças Imunopreveníveis	3184-0224	dpt.ses.pe@gmail.com
Hospital Oswaldo Cruz	3184-1456	epidemio_huoc@yahoo.com.br ivanisetiburcio@hotmail.com
<del>PNI Estadual</del> CIEVS	<del>3184 4000/3005</del> 31840192/0192(fax)	<del>pni_pe@yahoo.com.br</del> cievs.pe.saude@gmail.com

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Vigilância Epidemiológica da Tuberculose</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b>
<b>OBJETIVO</b> Conhecer a magnitude da doença (morbidade e mortalidade), sua distribuição e fatores de risco e tendência no tempo, dando subsídios para as ações de controle.	
<b>DEFINIÇÃO DE CASO</b> Todo indivíduo com diagnóstico bacteriológico confirmado – baciloscopia ou cultura positiva – e com diagnóstico baseado em dados clínico-epidemiológicos e em resultados de exames complementares.	
<b>NOTIFICAÇÃO</b> Todos os casos confirmados são notificados por meio da ficha de notificação, a qual é inserida pela VE no Sinan no nível municipal. Os casos com indicação de tratamento especial são também notificados no SITETB (Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose). Esses casos devem ser atendidos e acompanhados por unidades de referência secundária e terciária. As correções/completude de dados deverão ser efetuadas sempre pelo primeiro nível informatizado do Sinan no município. A SMS deverá verificar se existem registros de incluídos nas bases municipais do SIM, SIH, SIA e SIAB e que não constem no SINAN, para completude dos dados.	
<b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b> <p>A entrada de dados da ficha de notificação/investigação no SINAN deverá ser realizada pelo município que diagnosticou o caso, independentemente do local de residência do paciente.</p> <p>Após a transferência do registro corrigido, enviar o lote de informações para o nível regional e este seguirá para o nível estadual, que por sua vez enviará ao nível nacional.</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph LR     A[Caso de TB diagnosticado] --&gt; B[Coleta de dados realizada pelo município que diagnosticou o caso (preenchimento da ficha de notificação)]     B --&gt; C[Encaminhamento da ficha para Vigilância Epidemiológica municipal]     C --&gt; D[Caso informado ao nível regional de saúde, através de lotes semanais gerados pelo operador do SINAN]     D --&gt; E[O nível regional encaminha os lotes para o nível estadual, que por sua vez encaminha para o nível federal.]     F[SINAN] --&gt; D           </pre> </div> <p>Em caso de transferência do caso em tratamento para outra unidade de saúde dentro do mesmo município, a unidade que dará continuidade ao tratamento deverá notificá-lo novamente, modificando o tipo de entrada para transferência. Da mesma forma, em caso de transferência para outro município ou estado.</p> <p>Os dados devem ser atualizados mensalmente no boletim de acompanhamento e no SINAN municipal. Os casos diagnosticados com fármaco-resistência deverão ser encaminhados para referência terciária para serem notificados no SITETB.</p>	
<b>INVESTIGAÇÃO</b> Ocorre por meio da busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) - pessoas que tosse por três semanas ou mais: Deve-se realizar busca ativa de SR no território adstrito pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família; Todos os comunicantes/conviventes dos casos diagnosticados devem ser examinados; Nos serviços de saúde em geral, a	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

abordagem do SR deve ser realizada no momento da admissão e os casos suspeitos devem ser isolados até a chegada do resultado dos exames de baciloscopia; É importante a identificação de SR e/ou casos de TB na população vivendo com HIV/AIDS; No Sistema Penitenciário a busca ativa deve ser realizada no momento do ingresso dos privados de liberdade. Essa busca ativa é realizada rotineiramente de modo que contemple toda a população carcerária das unidades prisionais; Em outras instituições fechadas (asilos de idosos, hospitais psiquiátricos, albergues de população em situação de rua) a busca ativa deve ser realizada na admissão e, periodicamente, de acordo com o tempo de permanência das pessoas na instituição; Na população indígena e moradores de rua a busca ativa do SR deve acontecer por meio de abordagem individual.

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

Disseminação de informações (palestras, orientação no momento da triagem, panfletagem, uso da mídia, dentre outros meios de comunicação); Exame dos contatos de casos de tuberculose; Ações de biossegurança entre profissionais de saúde e profissionais que realizam abordagem de rua; Tratamento correto dos casos diagnosticados.

**MEDIDAS DE CONTROLE**

Tratamento correto dos casos de tuberculose para quebrar a cadeia de transmissão; Tratamento Diretamente Observado (TDO), como principal estratégia para evitar o abandono de tratamento; Ações de prevenção de um modo geral: Campanhas de busca ativa de suspeitos respiratórios; Monitoramento periódico dos indicadores de tuberculose; Implantação das medidas administrativas, de controle ambiental e proteção respiratória em Instituições de saúde e Unidades Prisionais.

**COLETA DE AMOSTRAS**

-Orienta-se coleta de duas amostras de escarro para a baciloscopia, em dias consecutivos, sendo a primeira no momento da identificação do SR e outra no dia seguinte, em jejum;  
-Para os casos de retratamento (reingresso após abandono e recidiva) devem ser solicitados Baciloscopia e cultura com teste de sensibilidade. A Baciloscopia será encaminhada para o laboratório do município ou referência mais próxima e a cultura de BK para o laboratório de referência, conforme anexo 02 (Cobertura do exame de Cultura de BK).

**UNIDADES DE REFERÊNCIA**

-Referência Terciária Estadual: Casos TBMR/XDR: Hospital Otávio de Freitas e Hospital das Clínicas.  
-Referência Terciária Estadual Infantil: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

**LINKS ÚTEIS**

-[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs); [blogdatuberculose.blogspot.com.br](http://blogdatuberculose.blogspot.com.br)

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil - MS, 2011; Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem/ MS, 2011.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/ Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias/Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose	3184-0202	tuberculose.pe@gmail.com
Lacen - Setor de Diagnóstico Laboratorial de Micobactérias	3181- 6190 3181- 0623	tuberculoselacen@hotmail.com

**ANEXOS**

Fluxograma de atendimento de casos de Tuberculose Pulmonar  
Cobertura do exame de Cultura de BK para os municípios



## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

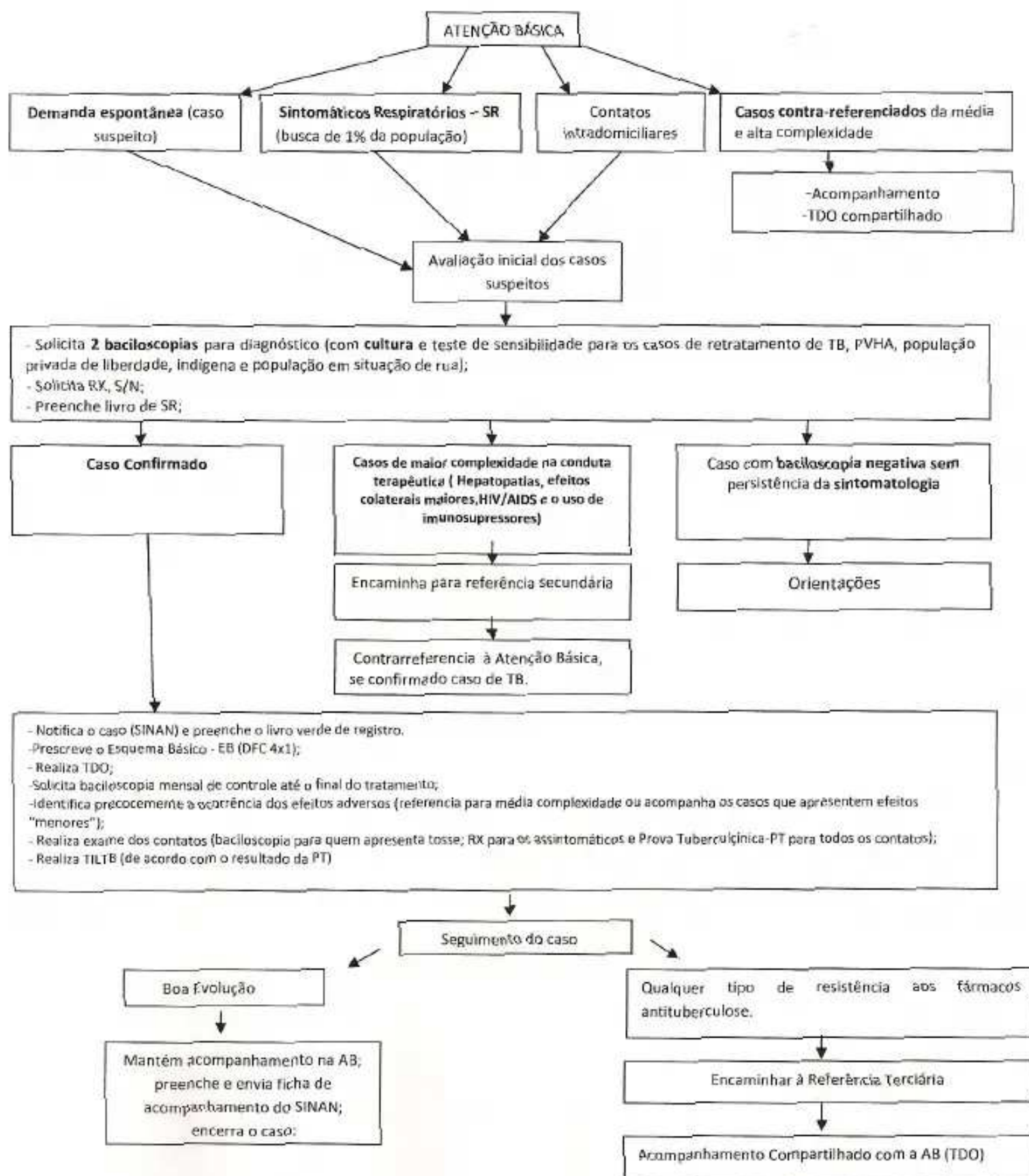


**SEVS**  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIRETORIA GERAL DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS  
GERÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR MICOBACTÉRIAS  
COORDENAÇÃO DE PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR



## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

Cobertura do exame de cultura de BK		
Laboratório	GERES	Municípios
LACEN Central	I	Recife, Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo, Camaragibe, Chã Grande, Fernando de Noronha, Igarassu, Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jaboatão, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, São Lourenço, Vitória
	II	Limoeiro, Bom Jardim, Buenos Aires, Carpina, Casimbas, Chã de Alegria, Cumaru, Feira Nova, Glória do Goita, João Alfredo, Lagoa do Carro, Lagoa do Itaenga, Machados, Nazare da Mata, Orobó, Passira, Paudalho, Salgadinho, Surubim, Tracunhaém, Vertente do Lério, Vicência
	III	Palmares, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortes, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré, Xexéu
	VIII	Petrolina, Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Stª Maria da Boa Vista
	XI	Serra Talhada, Betânia, Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Stª Cruz da Baixa Verde, São José da Baixa Verde, São José do Belmonte, Triunfo
	XII	Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, Itaquitanga, Macaparana, São Vicente Ferrer, Timbaúba
Lab. Mun. Caruaru	IV	Caruaru, Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Pannels, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Sanharó, Stª Cruz do Capibaribe, Stª Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama, Vertentes
Lab. Mun. Arcoverde	V	Garanhuns, Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Caetés, Calçado, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Iati, Itaíba, Jucati, Jupi, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paratama, Salóá, São João, Teresinha
	VI	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertania, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa
Lab. Mun. Ouricuri	VII	Salgueiro, Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Serrita, Terra Nova, Verdejante
	IX	Ouricuri, Araripina, Bodocó, Exú, Granito, Ipubi, Moreilândia, Parnamirim, Stª Cruz, Stª Filomena, Trindade
	X	Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixabá, Stª Terezinha, São José do Egito, Solidão, Tabira, Tuparetama






# 2

## Vigilância Epidemiológica das Zoonoses e Endemias



	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica dos Acidentes por Animais Peçonhentos</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Reduzir a incidência dos acidentes por animais peçonhentos e diminuir a gravidade, a frequência de sequelas e a letalidade, mediante o uso adequado da soroterapia.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Paciente com evidências clínicas compatíveis com envenenamento por animal peçonhento, com ou sem identificação animal causador do acidente.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Todo acidente por animal peçonhento atendido na Unidade de Saúde deve ser notificado, independentemente do paciente ter sido ou não submetido a soroterapia, por meio da ficha específica de investigação do Sinan.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Unidade de Saúde → Secretaria Municipal de Saúde → Secretaria Estadual de Saúde → MS</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Consiste na obtenção detalhada de dados do acidente, mediante o preenchimento da ficha de investigação, para determinar o tipo de envenenamento, a gravidade das manifestações clínicas e a soroterapia instituída. Deve ser realizada em todos os casos confirmados, independentemente da aplicação de antiveneno.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>Não acumular material inútil junto da habitação, (lixo, entulhos, etc.); evitar trepadeiras encostadas a casa, folhagens entrando pelo telhado ou mesmo pelo forro; controlar o número de roedores existentes na área (isso também evita a aproximação de serpentes peçonhentas que deles se alimentam) combater a proliferação de insetos, principalmente baratas e cupins, pois são alimentos para escorpiões. Não montar acampamento junto a plantações, pastos ou matos, áreas onde normalmente há roedores e maior número de serpentes. Não fazer piquenique as margens de rios ou lagoas, deles mantendo distância segura, e não se encostar a barrancos durante pescarias. Afastar as camas das paredes e evitar pendurar roupas fora de armários. Limpar regularmente móveis, cortinas, quadros, cantos de parede e terrenos baldios. Vedar frestas e buracos em paredes, assoalhos, forros, meia-canais e rodapés. Utilizar telas, vedantes ou sacos de areia em portas, janelas e ralos. Manter limpos os locais próximos das residências, jardins, quintais, paióis e celeiros. Preservar os predadores naturais de escorpiões, como seriemas, corujas, sapos, lagartixas e galinhas.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>Não existem medidas específicas para controle da população dos animais peçonhentos. Por serem animais silvestres, são proibidos a captura e o transporte não autorizados legalmente. Portanto, a prevenção é a única garantia para que não haja acidentes.</p> <p><b>-Vigilância Ambiental:</b> a proteção de predadores naturais como as emas, seriemas, gaviões, gambás e cangambás, e a manutenção de animais domésticos como galinhas e gansos próximos as habitações, em geral afastam os animais peçonhentos.</p> <p><b>-Ações de Educação em Saúde:</b> as estratégias de atuação junto às comunidades expostas ao risco de acidentes devem incluir, além das noções de prevenção dos acidentes, medidas de orientação para a não realização de práticas caseiras e alternativas no manejo dos pacientes tais como o uso de torniquete ou garrote, sucção e incisão no local da picada, a</p>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

colocação de substâncias como alho, borra de café, medicamentos fitoterápicos e outras terapias alternativas.



**LINKS ÚTEIS**

-[www.butantan.gov.br](http://www.butantan.gov.br); [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [wwwsaude.pe.gov.br](http://wwwsaude.pe.gov.br)

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Coordenação de Prevenção e Controle das Zoonoses	3184-0221	raylene.medeiros@gmail.com
CEATOX	0800-722 6001	-

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

  <p>Secretaria de Saúde <b>PERNAMBUCO</b> GOVERNO DO ESTADO</p>	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Vigilância Epidemiológica da Dengue</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduzir o risco de transmissão da dengue nas áreas endêmicas; Detectar e controlar precocemente as epidemias; Reduzir a letalidade de DCC/FHD/SCD, mediante avaliação do procedimento de diagnóstico e tratamento.</li> </ul> <p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>A padronização da classificação de casos permite a comparação da situação epidemiológica entre diferentes localidades. A classificação é retrospectiva e, para sua realização, devem ser reunidas todas as informações clínicas, laboratoriais e epidemiológicas do paciente, e é imprescindível que o profissional de saúde consulte a Classificação de Risco e Manejo Clínico proposto pelo Ministério da Saúde.</p> <p><b>Caso suspeito de dengue clássico</b> - Paciente que tenha doença febril aguda, com duração máxima de 07 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaleia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração, exantema. Além desses sintomas, deve ter estado nos últimos quinze dias em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou haja a presença de <i>Aedes aegypti</i>.</p> <p><b>Caso suspeito de FHD</b> - É todo caso suspeito de dengue clássico que também apresente manifestações hemorrágicas, variando desde a prova do laço positiva até fenômenos mais graves, como hematêmese, melena e outros. A ocorrência de manifestações hemorrágicas, acrescidas de sinais e sintomas de choque cardiovascular (pulso arterial fino e rápido ou ausente, diminuição ou ausência de pressão arterial, pele fria e úmida, agitação), leva a suspeita de síndrome de choque.</p> <p><b>Caso confirmado de dengue clássico</b> - É o caso confirmado laboratorialmente. No curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita por critério clínico-epidemiológico, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter confirmação laboratorial.</p> <p><b>Caso confirmado de FHD</b> - É o caso em que todos os critérios abaixo estão presentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Febre ou história de febre recente, com duração de 07 dias ou menos;</li> <li>-Trombocitopenia (<math>\leq 100.000/\text{mm}^3</math>);</li> <li>-Tendências hemorrágicas evidenciadas por um ou mais dos seguintes sinais: prova do laço positiva, petéquias, equimoses ou púrpuras, sangramentos de mucosas, do trato gastrointestinal e outros;</li> <li>-Extravasamento de plasma, devido ao aumento de permeabilidade capilar, manifestado por: hematócrito apresentando um aumento de 20% no valor basal (valor do hematócrito anterior à doença), ou valores superiores a: 45% em crianças, 48% em mulheres e a 54% em homens; ou queda do hematócrito em 20%, após o tratamento; ou presença de derrame pleural, pericárdico, ascite ou hipoalbuminemia;</li> <li>-Confirmação laboratorial específica.</li> </ul> <p><b>Caso de Dengue com Complicações</b> - É todo caso suspeito de dengue que apresente uma das situações abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Caso suspeito de dengue que evolui para forma grave, mas não possui TODOS os critérios para ser encerrado como FHD.</li> </ul> <p>A presença de UMA das alterações clínicas e/ou laboratoriais abaixo é suficiente para encerrar o caso como dengue com complicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alterações neurológicas; disfunção cardiorrespiratória; insuficiência hepática; hemorragia digestiva importante (volumosa); derrame pleural, pericárdico e ascite; plaquetopenia &lt; inferior a 20.000/mm<sup>3</sup>; ou leucometria igual ou inferior a 1.000/mm<sup>3</sup>;</li> </ul>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

caso suspeito de dengue que evolui para óbito, mas não possui TODOS os critérios para ser encerrado como FHD.

**Caso de síndrome do choque da dengue (SCD)** - Preenche todos os critérios de FHD e apresenta colapso circulatório com pulso fraco e rápido, diminuição da pressão arterial ou hipotensão, pele pegajosa e fria e inquietação, ou preenche todos os critérios de FHD e apresenta choque profundo, com pressão arterial e pulso imperceptíveis.

**Caso descartado**

-Caso suspeito, com diagnóstico laboratorial negativo (02 resultados negativos, amostras pareadas IgM), desde que se comprove que as amostras foram coletadas e transportadas adequadamente;

-Caso suspeito de dengue com diagnóstico laboratorial de outra entidade clínica;

-Caso suspeito, sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras patologias.

**NOTIFICAÇÃO**

Doença de notificação compulsória - todo caso suspeito e/ou confirmado deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves da doença e óbitos suspeitos.

**FLUXO DA NOTIFICAÇÃO**

- Preencher a ficha de notificação individual dos casos e *Cartão de Acompanhamento Ambulatorial do Paciente Com Dengue*;

- Encaminhar diariamente as fichas de notificação devidamente preenchida para a Vigilância Epidemiológica (Municipal), lembrando que as **formas graves e/ou óbito suspeitos são de notificação imediata via telefone, fax, e-mail, etc.**, e em caso de amostras laboratoriais para fins de diagnóstico (sorologia, PCR ou isolamento viral), encaminhar cópia da ficha de notificação ao Laboratório de referência (LACEN);

- Manter as fichas de notificação com digitação atualizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

**OBS.:** A vigilância epidemiológica deverá informar, imediatamente, a ocorrência de caso suspeito à equipe de controle vetorial local para a adoção das medidas necessárias de combate ao vetor. Em situações epidêmicas, a coleta e o fluxo dos dados devem permitir o acompanhamento da curva epidêmica, com vistas ao desencadeamento e avaliação das medidas de controle.

**INVESTIGAÇÃO**

- Todos os casos notificados deverão ser investigados;

- Preencher a ficha de investigação de dengue e encerrar o caso oportunamente (até 60 dias após a data de notificação).

**OBS.:** Durante uma epidemia, a digitação de todas as fichas de notificação do Sinan deverá ser mantida. Na digitação das fichas de investigação deverão ser priorizados os casos graves e óbitos em relação aos casos de dengue clássica.

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

É necessário promover a comunicação e a mobilização social para que a comunidade adquira conhecimentos sobre como evitar a dengue, participando efetivamente da eliminação contínua dos criadouros reais e potenciais do mosquito. Essas ações são de responsabilidades das três esferas de gestão, devendo ser conduzidas de forma intersetorial, com apoio de entidades da sociedade civil. Devem ser utilizados meios de comunicação de massa (por seu grande alcance e eficácia), além da produção e distribuição de material que contemple as especificidades regionais.

**CONTROLE**

Atualmente o controle da dengue é uma atividade complexa, os diversos fatores são importantes determinantes na manutenção e dispersão tanto da doença quanto de seu vetor transmissor. Dentre esses fatores, destacam-se o surgimento de aglomerados urbanos, inadequadas condições de habitação, irregularidade no abastecimento de água, destinação imprópria de resíduos, o grande fluxo de pessoas e cargas entre as regiões, e as condições climáticas favoráveis.

A única forma de combater a dengue é evitar a proliferação do mosquito transmissor (*Aedes aegypti*). Dessa forma,

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

cabe a cada cidadão evitar e/ou eliminar os possíveis criadouros, estas ações poderão ser complementadas e orientadas pelos ACE (Agente de Combate as Endemias) com também pelos ACS (Agente Comunitário de Saúde).

**COLETA DE AMOSTRAS**

A comprovação laboratorial das infecções pelo vírus de dengue (VDEN) pode ser feita por meio de detecção de antígenos NS1, isolamento viral, pesquisa de anticorpos (sorologia), detecção de genoma viral (RT-PCR) ou por estudo histopatológico seguido de pesquisa de antígenos virais por imunohistoquímica.

**SOROLOGIA:** Método de escolha para a confirmação laboratorial na rotina. Coletado amostra de soro a partir o 6º dia do início dos sintomas. A amostra deve ser enviada ao LACEN no primeiro dia útil após a coleta, sendo necessária refrigeração se enviada em até 48 h, ou congelamento a -20º C, se enviada após 48 h. O transporte deve ser em caixa térmica abastecida de bateria de gelo.

**ISOLAMENTO VIRAL ou PCR:** é o método mais específico para identificação do sorotipo do VDEN responsável pela infecção, porém só poderá ser detectado até o 5º dia do início dos sintomas, mas preferencialmente até o 3º dia. A amostra deve ser enviada ao LACEN no mesmo dia da coleta. O transporte deve ser em caixa térmica abastecida de bateria de gelo.

**DETECÇÃO DE ANTÍGENOS NS1:** método imunoenzimático (Elisa) que permite a detecção de antígenos virais específicos de dengue do tipo NS1 detectado até o 3º dia do início dos sintomas. É um método utilizado para triagem das amostras destinadas a isolamento viral em unidades sentinelas. O MS não recomenda este método para fins de diagnóstico e encerramento de casos.

**DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO ou IMUNOHISTOQUÍMICA:** realizado em material obtido após a morte do paciente. As lesões anatomopatológicas podem ser encontradas no fígado, baço, coração, linfonodos, rins e cérebro.

**OBS.:** No período epidêmico realizar a sorologia em apenas uma amostra dos pacientes com dengue clássico (em geral, tem-se estabelecido a coleta de sangue de um a cada dez pacientes com sintomas do dengue), pois a confirmação da maioria dos casos será feita pelo critério clínico-epidemiológico, após a confirmação laboratorial da circulação viral na área. A coleta é obrigatória para 100% dos casos graves (DCC/FHD/SCD).

**LINKS ÚTEIS**

-[www.combateadengue.pr.gov.br](http://www.combateadengue.pr.gov.br); [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs).

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-DENGUE: DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO – ADULTO E CRIANÇA/MS,SVS, Diretoria Técnica de Gestão. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011; DIRETRIZES NACIONAIS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DE EPIDEMIAS DE


DENGUE/MS, SVS, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Brasília: MS, 2009; LEI nº 11.350 de 26/10/2006; Nota Técnica nº 82/2003 (CGPNCD/DIGES/SVS/MS); Nota Técnica nº 41/2006 (CGPNCD/DIGES/SVS/MS); Nota Técnica nº 15/2009 (CGPNCD/DIGES/SVS/MS); Nota Técnica nº 58/2009 (CGPNCD/DEVEP/SVS/MS); Nota Técnica nº 109/2010 (CGPNCD/DEVEP/SVS/MS); Nota Técnica nº 20/2010 (CGLAB/SVS/MS); Nota Técnica nº 10/2011 (CGPNCD/DEVEP/SVS/MS); Nota Técnica nº 118/2011 (CGPNCD/DEVEP/SVS/MS); Nota Técnica nº 88/2012 (CGPNCD/DEVEP/SVS/MS).

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

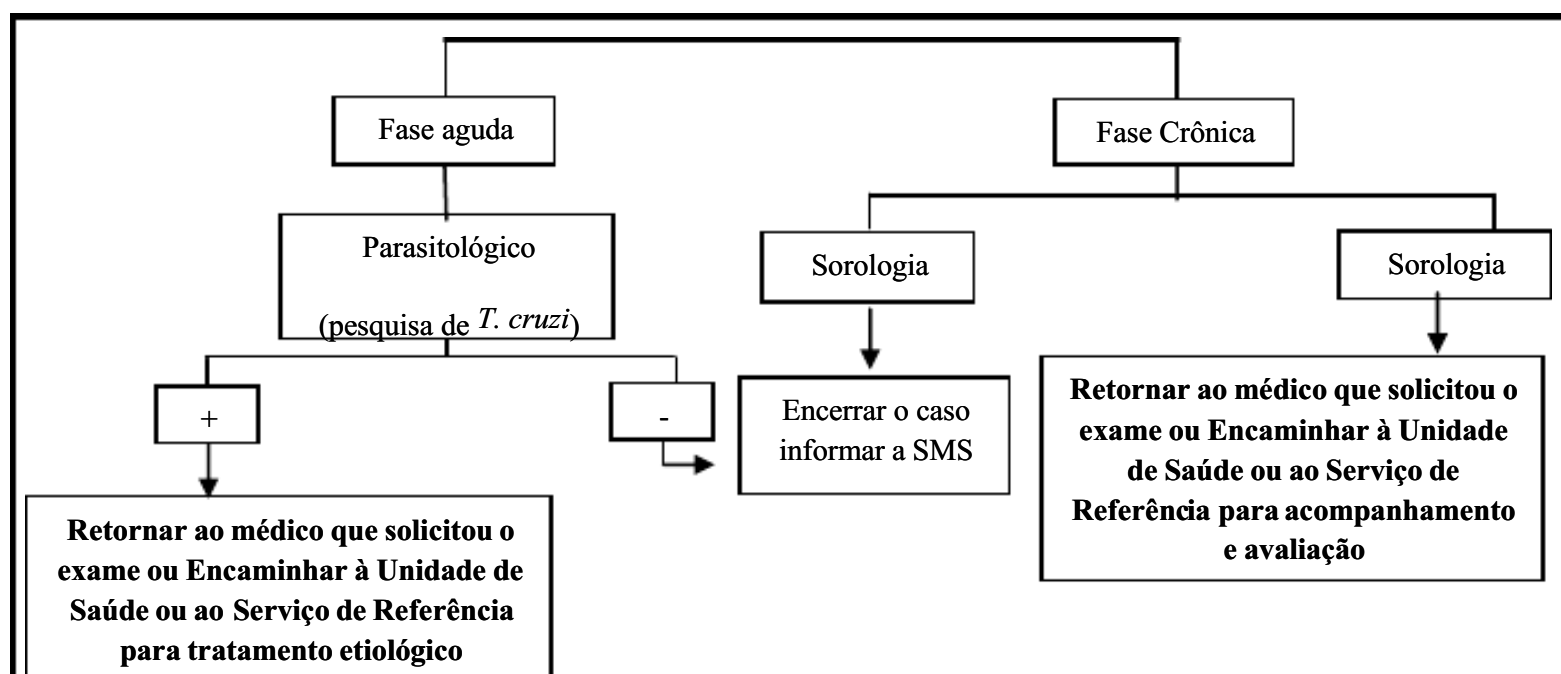
Setor	Telefone	Email
Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos/ Coordenação de Prevenção da Dengue e Febre Amarela	31840218/0217	dengue@saude.pe.gov.br
CIEVS	3184-0192/0332	cievs.pe.saude@gmail.com
LACEN	3184-0117	lacen@saude.pe.gov.br



## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Vigilância Epidemiológica da Doença de Chagas</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b>
<b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Detectar precocemente os casos de Doença de Chagas Aguda (DCA), com vistas à aplicação de medidas de prevenção; Proceder à investigação epidemiológica de todos os casos agudos, visando à adoção de medidas de controle adequadas; Manter eliminada a transmissão vetorial por <i>T. infestans</i> e sob controle as outras espécies importantes na transmissão humana da doença; Notificação e digitação no Sinan dos casos agudos; Detectar surtos de casos agudos; Estruturar e/ou fortalecer as equipes de vigilância entomológica e educação em saúde, com técnicos capacitados em epidemiologia e controle da doença; Integrar as ações de controle da doença nas ações básicas de saúde nos municípios.</li></ul>	
<b>DEFINIÇÃO DE CASO</b> <p><b>AGUDO:</b> manifestações de doença febril, que podem persistir por até 12 semanas. A evolução natural dessa fase, mesmo não tratada nem diagnosticada, tende ao desaparecimento das manifestações clínicas inespecíficas (prostração, diarreia, vômitos, inapetência, cefaléia, mialgias, aumento de gânglios linfáticos, exantema com ou sem coceira). Na DCA, temos como manifestações clínicas específicas (miocardite difusa com vários graus de severidade, pericardite, cardiomegalia, insuficiência cardíaca e outras).</p> <p>São comumente observados: edema de face ou de membros inferiores ou generalizados, tosse dispnéia, dor torácica, arritmias, icterícia, hepatomegalia ou esplenomegalia e outros.</p> <p><b>Situações que reforçam a suspeita:</b> Residente ou visitante de área com ocorrência de triatomíneos; se foi recentemente transfundido ou transplantado; ingestão de alimento suspeito de contaminação pelo <i>T. cruzi</i> ou recém-nascido de mãe infectada.</p> <p><b>CRÔNICO:</b> Ausência de quadro indicativo de doença febril nos últimos 60 dias, com sorologia <b>reagente</b> por dois métodos distintos (ELISA, HAI ou IFI).</p> <p>Manifestações clínicas, de acordo com a fase:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Fase indeterminada: nenhuma manifestação clínica.</li><li>- Fase cardíaca: os sintomas estão relacionados a distúrbios no coração, miocardiopatia chagásica (bloqueio de ramo, cardiomegalia e outros).</li><li>- Fase digestiva: distúrbios no esôfago e no intestino (megaesôfago/megacólon).</li></ul>	
<b>NOTIFICAÇÃO</b> <p>A DCA é um agravo de notificação compulsória imediata devendo todos os casos ser imediatamente notificados e digitados no Sinan e notificados ao Cievs; os casos crônicos não devem ser notificados. A notificação deve ocorrer por meio da ficha de notificação.</p> <p>Para todos os casos de DCA, deve ser preenchida a ficha de notificação e investigação de caso de DCA do Sinan. O(s) caso(s) deverá(ão) ser encerrado(s) num prazo de 60 dias.</p>	
<b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b> <div style="text-align: center;"><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Serviço de Saúde</div><div style="text-align: center;">↓</div><div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Caso com suspeita clínica e/ou epidemiológica (aguda ou crônica)</div><div style="text-align: center;">↓</div></div>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados



Atribuições da Gerência Regional de Saúde (Geres)/Município:

Investigação epidemiológica; Realizar exames (parasitológico e sorológico dos contatos); Realizar ação de controle vetorial; Preenchimento da ficha de notificação e digitação do Sinan. **OBS:** A droga para o tratamento etiológico é gratuito, disponibilizado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais.

### INVESTIGAÇÃO

Quando ocorrer caso agudo, deve-se observar a forma de transmissão:

- Vetorial: investigação epidemiológica, entomológica e reservatório.
- Oral: investigação epidemiológica, entomológica, reservatório e inspeção sanitária para avaliação do alimento suspeito de contaminação.
- Congênita: exames laboratoriais na mãe e no filho até 6º mês.
- Transfusional/transplante: inspeção sanitária no hospital ou hemocentro.
- Acidental: verificar a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A detecção de casos agudos é difícil, pelo fato da fase inicial ser clinicamente inaparente com sinais inespecíficos. A sua incidência está diretamente relacionado às condições da habitação, dessa forma as medidas de combate ao vetor transmissor da doença é a melhor solução até o momento, já que ainda não dispomos de vacina.

-Melhoria das condições de moradia; Ação de vigilância do vetor (pesquisa entomológica nos domicílio e controle químico com uso de inseticida, que varia de acordo com a espécie capturada); Uso de medidas de proteção (telas em janelas e mosquiteiros sobre as camas, manter limpas as residências, seus arredores e não encostar as cercas de madeiras nas paredes); Os insetos capturados pelos agentes de saúde ou de endemias do município e aqueles oriundos dos Postos de triatomíneos (PIT) deverão ser enviados para o Laboratório de Entomologia da Geres. O envio não deve demorar, pois dificulta o exame dos triatomíneos (barbeiro) para saber se é portador ou não do *Trypanosoma cruzi*; Educação em saúde com a população e nas escolas; Controle da qualidade do sangue e dos hemoderivados por meio da vigilância sanitária.

### COLETA DE AMOSTRAS

- **DCA:** coleta de sangue para parasitológico (devendo ocorrer no laboratório da Regional de Saúde).
- **DCC:** coleta de sangue para sorologia (a coleta deve acontecer no município e o soro deve ser encaminhado para o Lacen).
- **Triatomíneo:** capturado pelo agente municipal e/ou pelo Posto de Informação de Triatomíneo (PIT). Deverá ser enviado

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

ao laboratório de entomologia da Geres para identificação e exame para *T. cruzi*.

**-Envio de sangue:**

-Municípios das II, V, VI, VII, X, XI e XII Geres: as amostras deverão ser enviadas para a respectiva Geres que reenviarão ao Centro de Triagem e Aconselhamento (CTA) do município Sede da Geres, onde os resultados serão processados e liberados via internet pelo sistema GAL (Gerenciador Laboratorial).

-Municípios da III e IX Geres: enviarão ao Laboratório do Hospital Regional (Palmares e Ouricuri), os quais processarão as amostras e os resultados liberados via internet pelo sistema GAL (Gerenciador Laboratorial).

-Municípios da IV e VIII Geres: as amostras serão processadas no laboratório da própria Geres e os resultados liberados via internet pelo sistema GAL (Gerenciador Laboratorial).

**-Envio de triatomíneo:**

Municípios da I e XII Geres os triatomíneos deverão ser enviados ao Laboratório de Endemias /LABEND. Para os demais municípios os triatomíneos deverão ser encaminhados ao Laboratório de entomologia da respectiva Geres.

**LINKS ÚTEIS**

-[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br).


**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-Nota Técnica Nº 36/2012 – CGDT/DEVEP/SVS/MS; Nota Técnica em 11/05/2012 (Regionalização da realização dos exames de sorologia para Dengue, Doença de Chagas, Hepatites e Leishmaniose).

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Doenças Negligenciadas Transmitidas por Vetores/ Coordenação de Doença de Chagas, Tracoma e Malária	3184-0220 3184-0216	chtmpe@gmail.com esquistossomosepe@gmail.com
LACEN	3184-3919	-
LABEND	3181-6316	-

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

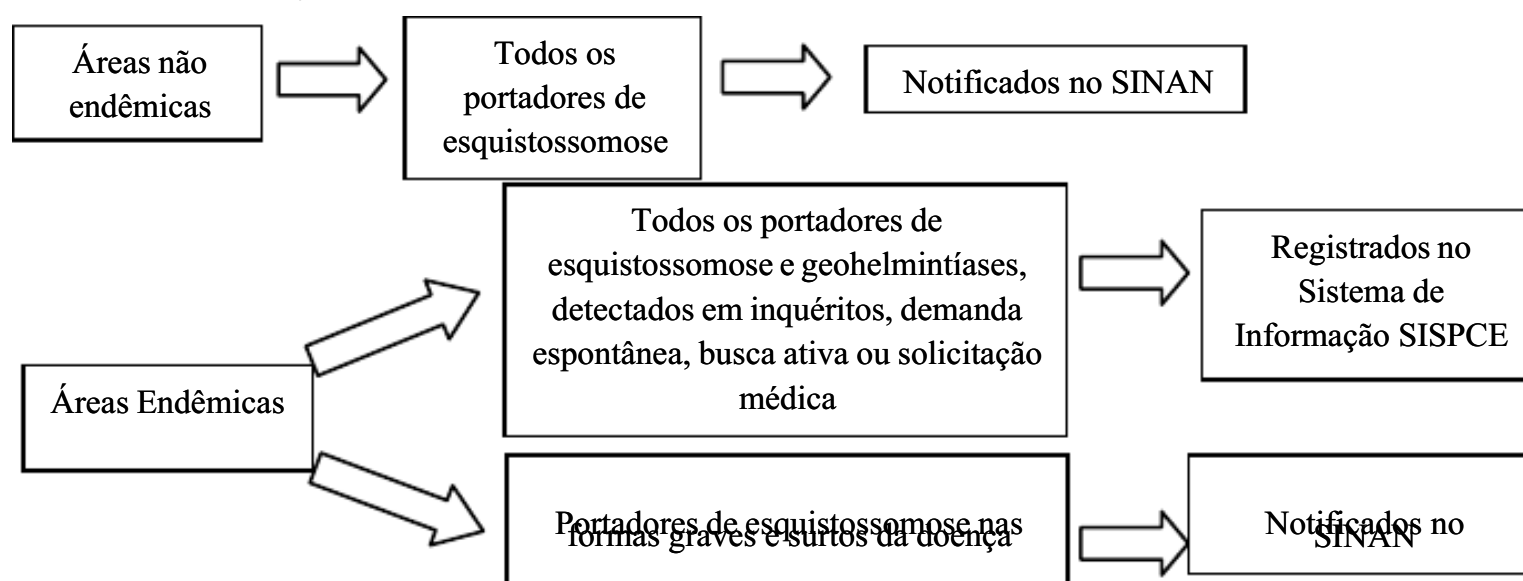
	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da Esquistossomose mansônica e Geohelmintíases</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>A detecção precoce e tratamento de todos os portadores de <i>Shistosoma mansoni</i> com o objetivo de evitar ou reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos, reduzir a prevalência da infecção e o risco de expansão da doença.</p>	
<p><b>CICLO DA DOENÇA</b></p> <p>No ambiente aquático, ocorre a eclosão dos ovos e liberação da forma ativa infectante do hospedeiro intermediário, denominada miracídio. Essa forma apresenta grande capacidade de locomoção e afinidade quimiotática aos moluscos; a sua garantia de sobrevivência esta diretamente relacionada ao encontro com o hospedeiro intermediário. Algumas horas após a penetração dos miracídios no caramujo tem início um complexo processo de alterações morfológicas que darão origem as cercárias. O contato com águas contaminadas por cercarias é o fator predisponente para a infecção, pois o homem adquire a esquistossomose através da penetração ativa da cercária na pele. Ambientes de água doce de pouca correnteza ou parada utilizados para atividades profissionais ou de lazer, como banhos, pescas, lavagem de roupa e louça ou plantio de culturas irrigadas, com presença de caramujos infectados pelo <i>S. mansoni</i>, constituem os locais adequados para se adquirir a esquistossomose.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>A <b>esquistossomose mansônica</b> é uma doença causada pelo verme <i>Shistosoma mansoni</i> que apresenta os seguintes sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Na <b>fase aguda</b>: cerca de 3 a 7 semanas após a infecção surgem sintomas também conhecidos como "Febre de Katayama" apresentando, febre, anorexia, dores no corpo e no abdômen, cefaleia, alternância de diarreia e constipação, náuseas, vômitos e tosse seca.</li> <li>-Na <b>fase crônica</b>: após 6 meses da infecção podem apresentar comprometimento hepatointestinal, fibrose periportal com esplenomegalia e complicações vacuolopulmonar e neurológico.</li> </ul> <p>É considerado um caso suspeito de esquistossomose todo indivíduo residente e/ou procedente de área endêmica, com quadro clínico sugestivo das formas aguda, crônica ou assintomática, com história de contato com coleções de águas onde existam caramujos potencialmente infectados. Os mesmos devem realizar o exame parasitológico de fezes para pesquisa de ovos de <i>Shistosoma mansoni</i> e, dependendo da forma clínica, também deverão realizar outros exames de apoio ao diagnóstico como ultrassonografia, endoscopia digestiva alta e ressonância magnética. O tratamento dos casos é ambulatorial.</p> <p>Já as <b>geohelmintíases</b> são causadas por vermes que necessitam de um período no solo para sua evolução e em seguida parasitam o intestino humano. Os casos normalmente apresentam-se assintomáticos, porém podem eventualmente apresentar febre, dor de barriga, diarreia, náuseas, bronquite, pneumonia, convulsões e esgotamento físico e mental. As geohelmintíases de ação gastrointestinal estão distribuídas em todo o território nacional. A sua disseminação se dá por ambientes contaminados com material fecal de portadores infectados. Portanto, a falta de saneamento básico, o consumo de água não potável, a ingestão de alimentos contaminados e a falta de informação de meios preventivos sobre a doença favorecem os índices elevados destes parasitos, dentre elas destacam-se a ascaridíase, ancilostomíase e tricuriase.</p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

## NOTIFICAÇÃO

A esquistossomose é uma doença de notificação compulsória nas áreas não endêmicas. Entretanto, recomenda-se que todas as formas graves na área endêmica, bem como os casos de surtos sejam notificadas. Os casos confirmados devem ser notificados e investigados por meio da ficha de investigação de caso de esquistossomose do SINAN. Nas áreas endêmicas é utilizado o Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose (SISPCE) para o registro dos dados operacionais e epidemiológicos dos inquéritos coproscópicos, assim como as informações das atividades educativas e pesquisas malacológicas.

### FLUXO DA NOTIFICAÇÃO



## INVESTIGAÇÃO

A investigação deverá ser realizada em todos os casos detectados a fim de saber a procedência do paciente, sua história clínica e o provável local de infecção para que as medidas de controle sejam desencadeadas. Nas áreas não endêmicas e em caso de surtos, deve-se utilizar a ficha de investigação do SINAN – Esquistossomose.

## MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Medidas de saneamento ambiental reduzem a proliferação e a contaminação dos caramujos da espécie *Biomphalaria* (hospedeiros intermediários). Devem levar em consideração àquelas que provoquem o menor impacto ao meio ambiente, observando-se a legislação ambiental em vigor. Paralelamente a essas medidas, as ações de Educação em Saúde devem preceder e acompanhar todas as atividades de controle levando-se em consideração os hábitos sociais e culturais das

populações expostas ao risco.

## CONTROLE

**Controle de hospedeiros intermediários** – as medidas direcionadas ao caramujo (*Biomphalaria glabrata* e *Biomphalaria straminea*) são de natureza complementar e têm indicação nas situações de levantamento de áreas ainda não conhecidas quanto à sua situação epidemiológica. Serão consideradas as seguintes ações: Pesquisa de coleções hídricas a fim de determinar seu potencial de transmissão; Medidas de saneamento ambiental, para dificultar o desenvolvimento e proliferação do hospedeiro intermediário (caramujo); Tratamento químico, quando indicado, dos criadouros de importância epidemiológica (de acordo com legislação ambiental em vigor).

**Controle dos portadores** - realização de inquéritos coproscópicos pelo método Kato-Katz a cada dois anos deve fazer parte das ações de controle das áreas endêmicas pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS), bem como o tratamento de todos os portadores com o objetivo de reduzir a carga parasitária e impedir que esses pacientes evoluam para as formas mais severas da doença. É importante realizar exames coproscópicos nos conviventes do caso positivo e também realizar o tratamento naqueles que forem diagnosticados. Além disso, é recomendável a realização de novo exame parasitológico de fezes três meses após o tratamento como forma de verificar o controle de cura.

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

**COLETA DE AMOSTRAS**

As amostras de fezes deverão ser coletadas e encaminhadas para o laboratório de endemias municipal a fim de que seja realizada a pesquisa de ovos de *Shistosoma manoni* e/ou outras geohelmintíases pelo método Kato-katz, que possibilita estimar a carga parasitária. É imprescindível a integração de todos os envolvidos no programa (Equipes do PSF, VE, VA, os Agentes de Controle de Endemias, o Laboratório e a Farmácia).

**LINKS ÚTEIS**

-[www.who.int/](http://www.who.int/); [www.fiocruz.br/](http://www.fiocruz.br/); [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES:**

Portaria nº 2.472, de 30/08/2010; Portaria nº 2.556 de 28/10/2011; Portaria nº 3.208, de 29/12/2011; Nota Técnica nº 04/2012, SES-PE; Nota Técnica nº 14/2012, SES-PE.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Doenças Negligenciadas Transmitidas por Vetores	3184-0216 3184-0220	barbaramsilva.5@gmail.com esquistossomosepe@gmail.com
Lacen – Gerência	3181-6972	gerencia.diagnostico@hotmail.com
Farmácia Central do Estado	3181-6421	umafpe@gmail.com



Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância Epidemiológica da Filariose Linfática</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Interromper a transmissão da filariose linfática evitando surgimento de novos casos, reduzir a transmissão vetorial e manter os serviços de assistência aos portadores de morbidade filarial.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>A filariose linfática é uma enfermidade debilitante, com graves consequências sociais e econômicas. Esta doença é causada pelo verme nematoide <i>Wulchereria bancrofti</i> através da picada de fêmeas de <i>Culex quinquefasciatus</i> (muriçoca). Existem 03 formas de infecção:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Assintomática: os pacientes não apresentam sintomas da doença, mesmo com a presença do parasito;</li> <li>-Doença aguda: febre filarial (dor, inflamação dos linfonodos, geralmente acompanhada por náuseas e vômitos);</li> <li>-Doença crônica (pessoas com morbidades): pode ocasionar linfedema em ambos os sexos, bem como hidrocele em homens ou aumento das mamas em mulheres.</li> </ul> <p><b>Caso suspeito:</b> indivíduo que resida ou tenha residido em área endêmica, com uma ou mais manifestações clínicas sugestivas de filariose e que se enquadre em um ou mais critérios de diagnóstico, como: apresentar exame parasitológico para pesquisa de microfilárias a partir das 23h (Gota espessa ou filtração em membrana de polycarbonato) positivo; pesquisa de antígenos filariais circulantes (Og4C3 – Elisa, teste do cartão ICT - positivo); sinal da “dança das filárias” visualizado em ultrassonografia; exame histopatológico evidenciando a presença do parasito, entre outros.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>É de notificação compulsória em Pernambuco. Em situação de detecção de novos focos, deve-se notificar como agravos inusitados de acordo com a normatização do Ministério da Saúde.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Em âmbito nacional, a Filariose poderá ser notificada no conjunto de “doença de interesses nacional”. Deverá ser preenchido o formulário de “notificação individual” de doenças padronizado pelo Sinan tanto em áreas endêmicas, como não endêmicas.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Em áreas endêmicas e não endêmicas, na eventualidade de ocorrer um caso confirmado de filariose, a ficha de vigilância epidemiológica deverá ser preenchida, o caso deverá ser tratado com a terapêutica específica (Dietilcarbamazina – DEC) e acompanhado clínica e laboratorialmente. Além disso, é necessário realizar a busca ativa dos moradores e proceder com o inquérito hemoscópico (gota espessa) no domicílio do portador e no peri-domicílio em pelo menos um raio de 10 casas para direita e 10 para esquerda, 10 para frente e 10 para trás, a partir da residência do indivíduo infectado.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>Nas áreas endêmicas é importante realizar inquéritos hemoscópicos por meio de exames de gota espessa e/ou cartão ICT para pesquisa de antígeno filarial, bem como o tratamento coletivo por meio de DEC em áreas com transmissão ativa, o controle e o monitoramento do vetor e ações de educação em saúde com a população residente em áreas de risco.</p>	



## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

**CONTROLE**

O controle se dá através de medidas de saneamento ambiental associado ao controle vetorial por eliminação de criadouros, o combate às larvas e aos insetos adultos, como também proteção individual com uso de repelentes e mosquiteiros.

**COLETA DE AMOSTRAS**

A coleta de amostras para exame parasitológico para pesquisa de microfilárias é realizada em postos fixos e volantes de acordo com a programação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Após coleta das amostras, deverão ser encaminhadas para o laboratório de endemias municipal para serem processadas e analisadas de acordo com a técnica recomendada pelo Ministério da Saúde. É importante destacar que o município deve enviar 100% das lâminas positivas e 20% das negativas para o controle de qualidade do Laboratório de Endemias da Gerência Regional de Saúde (Geres).

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.gov.br/](http://www.saude.gov.br/); [www.cpqam.fiocruz.br](http://www.cpqam.fiocruz.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)


**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-PORTARIA ESTADUAL Nº 104 – PUBLICADA NO DOE Nº 34, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2012.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle de Doenças Negligenciadas Transmitidas por Vetores	3184-0216 3184-0220	barbaramsilva.5@gmail.com filariosepe@gmail.com
Lacen – Gerência	3181-6972	gerencia.diagnostico@hotmail.com
Farmácia Central do Estado	3181-6421	umafpe@gmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância Epidemiológica dos(as) Hantavírus</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Detectar precocemente casos e/ou surtos; Conhecer a história natural da Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus (SCPH) no Brasil; Estudar a tendência da doença; Identificar fatores de risco associados à doença e recomendar medidas de prevenção e controle.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Suspeitos:</b> paciente com doença febril, geralmente acima de 38°C, e mialgias, acompanhadas de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: calafrio, astenia, dor abdominal, alterações gastrointestinais, cefaléia, tosse seca, insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada ou edema pulmonar não cardiogênico na primeira semana da doença, ou paciente com enfermidade aguda apresentando quadro de edema pulmonar não cardiogênico com evolução para óbito, ou paciente com doença febril e história de exposição à mesma fonte de infecção de um ou mais casos de hantavirose, confirmado(s) laboratorialmente.</p> <p><b>Confirmados:</b> <u>Laboratório</u> - sorologia reagente para anticorpos séricos específicos para hantavírus da classe IgM; soroconversão para anticorpos séricos específicos da classe IgG; imunohistoquímica de tecidos positiva; PCR positivo. <u>Epidemiológico</u> - indivíduo que tenha freqüentado áreas conhecidas de transmissão de hantavírus ou exposição à mesma situação de risco de pacientes confirmados laboratorialmente, apresentando, obrigatoriamente, as seguintes alterações: raios X de tórax com infiltrado intersticial bilateral nos campos pulmonares, com ou sem presença de derrame pleural que pode, quando presente, ser uni ou bilateral; hemoconcentração (hematócrito &gt; 45%); trombocitopenia (plaquetas &lt;130 mil plaquetas/mm<sup>3</sup>).</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Unidade de Saúde → Secretaria Municipal de Saúde → Secretaria Estadual de Saúde → MS</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>A investigação deve ser iniciada o mais precocemente possível com vistas à identificação do local provável da infecção (LPI) e os fatores determinantes para a ocorrência da doença.</p> <p>Com a definição do LPI de qualquer caso humano, há necessidade de se conhecer a fonte de infecção, ou seja, o roedor reservatório. Em áreas onde ele não é conhecido, deve-se realizar as atividades de investigação ambiental/ecológica com vistas a determinar a espécie de roedor que atua como reservatório do hantavírus.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>Informar à população da região sobre a doença, os roedores envolvidos e as vias de transmissão. Orientá-los sobre as medidas de prevenção e controle da hantavirose e a importância de procederem às ações de combate aos reservatórios para manter a área livre da presença desses animais, como por exemplo, roçar o terreno em volta da casa, dar destino adequado aos entulhos, manter alimentos em recipientes fechados.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>Conhecimento prévio da biologia e do comportamento dos roedores, de acordo com seus <i>habitats</i> em cada área</p>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

(domiciliar, peridomiciliar ou silvestre):

- **Anti-ratização:** eliminar todos os resíduos, entulhos e objetos inúteis que possam servir para abrigos, tocas e ninhos de roedores, bem como reduzir suas fontes de água e alimento; armazenar insumos e produtos agrícolas (grãos, hortigranjeiros e frutas) em silos ou tulhas situados a uma distância mínima de 30 metros do domicílio. Vedar fendas e quaisquer outras aberturas com tamanho superior a 0,5 cm, para evitar a entrada de roedores nos domicílios; remover diariamente as sobras dos alimentos de animais domésticos.

- **Desratização:** em áreas rurais não é rotineiramente recomendado o controle químico de roedores, tendo em vista que as medidas de anti-ratização geralmente são suficientes. Se necessário, frente a uma alta infestação, a mesma só poderá ser feita nas áreas limite entre o domicílio/ peridomicílio e peridomicílio/silvestre, sempre por profissionais especializados.

- **Manejo Ambiental:** práticas de higiene e medidas corretivas no meio ambiente, tais como saneamento e melhoria nas condições de moradia, tornando as habitações e os locais de trabalho impróprios à instalação e à proliferação de roedores (anti-ratização), associados às desratizações focais, quando extremamente necessário.

**COLETA DE AMOSTRAS**

Tipo de diagnóstico	Tipo de material	Quantidade	Nº de amostras	Período da coleta
Elisa IgM, Elisa IgG	Sangue venoso (soro)	Média de 5 ml de sangue ou de soro	Uma amostra (se não concluir o diagnóstico, coletar até duas ou três amostras do paciente)	1ª amostra: primeiro dia do atendimento; 2ª amostra: nos primeiros dias de internação; 3ª amostra: 2-3 semana após o início dos sintomas.
PCR	Soro, plasma, sangue, coágulo, ou biópsia de pulmão	Média de 5ml	Uma amostra	Colher até o 7º dia após o início dos sintomas
IHC	Material de necropsia (fragmentos de pulmão, baço, rim, linfonodo, coração, pâncreas, glândula pituitária, cérebro e fígado)	Fragmentos de 1cm² fixado em formol tamponado a 10% ou em blocos de parafina	Uma amostra	Necropsia: realizar, preferencialmente, até oito horas após o óbito

**LINKS ÚTEIS**

portal.saude.gov.br

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/Coordenação de Prevenção e Controle das Zoonoses	3184-0221	raylene.medeiros@gmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Diagnosticar e tratar precocemente os casos detectados, visando reduzir as deformidades provocadas pela doença, nas formas cutânea e mucosa. A forma mucosa, se não diagnosticada e tratada de forma precoce, leva a deformidades graves, podendo evoluir para óbito.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Caso suspeito</b></p> <p><u>Leishmaniose cutânea</u>: indivíduo com presença de uma ou várias úlceras cutâneas, com fundo granuloso e bordas infiltradas em molduras.</p> <p><u>Leishmaniose mucosa</u>: indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração, ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios, palato e nasofaringe.</p> <p><b>Caso Confirmado</b></p> <p><u>Critério clínico laboratorial</u> de leishmaniose cutânea e/ou mucosa: a confirmação dos casos clinicamente suspeitos deverá preencher, no mínimo, um dos critérios: Residência, procedência ou deslocamento para área com confirmação de transmissão e presença do parasito nos exames parasitológicos direto ou indireto; Residência, procedência ou deslocamento para área com confirmação de transmissão e Intradermoreação de Montenegro (IDRM) positiva; Residência, procedência ou deslocamento para área com confirmação de transmissão por outros métodos de diagnóstico positivo.</p> <p><u>Critério clínico epidemiológico</u>: todo caso com suspeita clínica, sem acesso a métodos de diagnóstico laboratorial, e com residência, procedência ou deslocamento para área com confirmação de transmissão. Nas formas mucosas, considerar a presença de cicatrizes cutâneas como critério complementar para confirmação do diagnóstico.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Todo caso confirmado de LTA é de notificação obrigatória às autoridades locais de saúde. Deve-se realizar a investigação epidemiológica em até 48 horas após a notificação, avaliando a necessidade de adoção de medidas de controle pertinentes. A unidade de saúde notificadora deve utilizar a ficha de notificação/investigação do Sinan encaminhando-a para ser processada, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Unidades ambulatoriais de saúde/hospitais/outras fontes → Secretaria Municipal de Saúde → Regional de Saúde → Secretaria Estadual de Saúde → Ministério da Saúde.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação do paciente;</li> <li>-Coleta de dados clínicos e epidemiológico;</li> <li>-Caracterização do local provável de infecção: Investigar se o paciente se deslocou para áreas endêmicas no período de até seis meses anterior ao início dos sintomas; Realizar busca ativa de casos humanos no local onde o mesmo reside ou trabalha; Realizar pesquisa entomológica do foco, a fim de definir a possibilidade de transmissão domiciliar.</li> <li>-Evolução do caso: ressalta-se a necessidade de estruturar o serviço para acompanhar os pacientes até a cura clínica, conforme as normas técnicas, visando reduzir as formas graves da doença (forma mucosa) e evitar deformidades.</li> <li>-Encerramento do caso: de forma oportuna (até 180 dias após a notificação), conforme evolução clínica.</li> </ul>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO**

A LTA é transmitida ao homem por meio da picada de flebotomíneos fêmeas infectadas, conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros. Não há transmissão de pessoa a pessoa. A interação reservatório-parasita é considerada um sistema complexo e já foram registrados como hospedeiros e possíveis reservatórios naturais algumas espécies de roedores, marsupiais, edentados e canídeos silvestres. São numerosos os registros de infecção em animais domésticos, no entanto, não há evidências científicas que comprovem o papel desses animais como reservatórios, sendo considerados hospedeiros acidentais.

Para evitar os riscos de transmissão, algumas medidas preventivas ambientais, individuais ou coletivas, devem ser estimuladas, tais como: Uso de repelentes, quando exposto a ambientes onde os vetores possam ser encontrados; Evitar a exposição nos horários de atividades do vetor (crepúsculo e noite); Uso de mosquiteiros de malha fina, bem como a telagem de portas e janelas; Limpeza de quintais e terrenos; Poda de árvores de modo a aumentar a insolação, a fim de diminuir o sombreamento do solo; Destino adequado do lixo orgânico, a fim de impedir a aproximação de mamíferos comensais, como marsupiais e roedores, prováveis fontes de infecção para os flebotomíneos; Limpeza periódica dos abrigos de animais domésticos; Manutenção de animais domésticos distantes do intradomicílio durante a noite, de modo a reduzir a atração dos flebotomíneos para esse ambiente; Em áreas potenciais de transmissão, sugere-se uma faixa de segurança de 400 a 500 metros entre as residências e a mata.

**CONTROLE**

- Dirigido aos casos humanos: organização de serviços de saúde para atendimento precoce dos pacientes, visando diagnóstico, tratamento adequado e acompanhamento dos mesmos.
- Dirigido ao controle vetorial: o controle químico só é indicado para as áreas de transmissão, associado a evidências de adaptação das espécies em ambiente domiciliar conforme dados epidemiológicos e entomológicos. Não há indicação de controle químico para ambiente silvestre.
- Dirigido ao controle de reservatório canino: não são recomendadas ações objetivando o controle de animais silvestres e domésticos. A eutanásia em cães só é indicada quando os animais doentes evoluírem para o agravamento das lesões cutâneas, com surgimento de lesões mucosas e infecções secundárias que podem conduzir o animal ao sofrimento.

**COLETA DE AMOSTRAS**

- Exame Imunológico

O teste de primeira escolha é o teste intradérmico (Intradermorreação de Montenegro – IDRM), que se fundamenta na visualização da resposta de hipersensibilidade celular retardada. A IDRM geralmente persiste positiva após o tratamento, ou cicatrização da lesão cutânea tratada ou curada espontaneamente, podendo negatizar nos indivíduos fraco reatores e

nos precocemente tratados. Em áreas endêmicas, a IDRM positiva pode ser interpretada como leishmaniose anterior ou mesmo aplicação anterior de antígeno de IDRM; exposição ao parasito sem doença (infecção); alergia ao diluente do teste ou reação cruzada com outras doenças (doenças de Chagas, esporotricose, hanseníase virchowiana, tuberculose, cromomicose, entre outras). Nas populações de área endêmica, na ausência de lesão ou cicatriz, a positividade varia entre 20 e 30%.

- Exame parasitológico por meio de exames diretos e indiretos.

A demonstração direta do parasita é procedimento de primeira escolha e são utilizados os seguintes procedimentos: escarificação, biópsia com impressão por aposição e punção aspirativa.


- Coinfecção Leishmania/HIV

A LTA pode modificar a progressão da doença pelo HIV e a imunodepressão causada por esse vírus facilita a progressão da LTA. O diagnóstico da coinfecção com HIV tem implicações na abordagem da leishmaniose em relação ao diagnóstico, à indicação terapêutica e ao monitoramento dos efeitos adversos, à resposta terapêutica e à ocorrência de recidivas. Portanto recomenda-se oferecer a sorologia para HIV para todos os pacientes com LTA, independentemente da idade.

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

<b>LINKS ÚTEIS</b>		
www.saude.gov.br; www.saude.pe.gov.br.		
<b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b>		
- Portaria GM/MS Nº 104 de 25 de janeiro de 2011.		
<b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b>		
Setor	Telefone	Email
DGCDA/Gerência de Prevenção e Controle das Zoonoses e Endemias/ Coordenação de Prevenção da Leishmaniose, Raiva e Peste	3184-0214	ralepe@gmail.com leishmaniose.pe@gmail.com
Cievs	3184-0332/0192 9488-4267	notifica@saude.pe.gov.br
LABEND - Diagnóstico de Leishmaniose	3184-3909	-
<b>Centro de Referência diagnóstico e tratamento da LV</b> <b>Hospital Universitário Oswaldo Cruz</b> Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro – Recife-PE. CEP: 50.100-130. Tel.: (81) 2101-1333/2101-1433/2101-1352/2101-1356		

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância Epidemiológica da Leishmaniose Visceral (LV)</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Reduzir as taxas de letalidade e grau de morbidade por meio do diagnóstico e tratamento precoce dos casos e diminuir os riscos de transmissão mediante o controle da população de reservatórios e do agente transmissor.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Caso suspeito:</b> todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia ou todo indivíduo de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia desde que descartados os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.</p> <p><b>Caso confirmado</b></p> <p><u>Critério clínico laboratorial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>--Presença do parasito no exame parasitológico direto ou cultura;</li> <li>--Imunofluorescência reativa com título de 1:80 ou mais, desde que sejam excluídos outros diagnósticos diferenciais;</li> <li>--Testes imunocromatográficos, comumente conhecidos como teste rápido, que utilizam antígenos recombinantes.</li> </ul> <p><u>Critério clínico-epidemiológico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>--Paciente de área com transmissão de LV, com suspeita clínica sem confirmação laboratorial, mas com resposta favorável ao teste terapêutico.</li> </ul>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Todo caso de LV é de notificação obrigatória às autoridades locais de saúde. Deve-se realizar a investigação epidemiológica em até 48 horas após a notificação, avaliando a necessidade de adoção de medidas de controle pertinentes. A investigação deverá ser encerrada até 60 dias após a notificação. A unidade de saúde notificadora deve utilizar a ficha de notificação/investigação do Sinan, encaminhando-a para ser processada, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Unidades ambulatoriais de saúde/hospitais/outras fontes → Secretaria Municipal de Saúde → Regional de Saúde →</p> <p>Secretaria Estadual de Saúde → Ministério da Saúde.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Identificação do paciente;</li> <li>-Coleta de dados clínicos e epidemiológico;</li> <li>-Caracterização do local provável de infecção: Investigar se o paciente se deslocou para áreas endêmicas no período de até seis meses anterior ao início dos sintomas; Realizar busca ativa de casos humanos e caninos; Realizar levantamento entomológico, caso ainda não tenha sido verificada a presença do vetor.</li> <li>-Classificação final dos casos humanos.</li> <li>-Evolução do caso: ressalta-se a necessidade de estruturar o serviço para acompanhar os pacientes até a cura clínica. Em situações nas quais os pacientes não compareceram às consultas agendadas durante o tratamento, é necessária a busca ativa dos faltosos.</li> <li>-Encerramento dos casos humanos.</li> </ul>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p>	



## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

A LV é transmitida ao homem por meio da picada de fêmeas de flebotomíneos da espécie *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi*, conhecidos popularmente como "mosquito-palha, birigui, asa branca, tatuquira e cangalhinha". Esses insetos têm hábitos vespertinos e noturnos, atacando o homem e os animais, principalmente no início da noite e ao amanhecer. No Brasil, não há registro de transmissão direta de pessoa para pessoa.

As medidas preventivas visam à redução do contato homem-vetor, podendo ser realizadas medidas de proteção individual, dirigidas ao vetor e à população canina, tais como: uso de mosquiteiros com malha fina; telagem de portas e janelas; uso de repelentes; manejo ambiental, através da limpeza de quintais, terrenos e praças, eliminação de fontes de umidade, não permanência de animais domésticos dentro de casa, eliminação e destino adequado de resíduos sólidos orgânicos, entre outras medidas de higiene e conservação ambiental que evitam a proliferação do inseto vetor.

**CONTROLE**

-Dirigido aos casos humanos: organização de serviços de saúde para atendimento precoce dos pacientes, visando o diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento até a cura.

-Dirigido ao controle vetorial: o controle químico imediato está indicado para as áreas com registro do 1º caso autóctone de LV e em áreas de surto. Em áreas de transmissão moderada e intensa o controle químico deve ser programado no período em que se verifica o aumento da densidade vetorial. Nas áreas de transmissão esporádica não há indicação de controle químico.

-Dirigido ao controle de reservatório canino: eutanásia canina é recomendada a todos os animais sororreagentes, ou seja, títulos a partir de 1:40 e/ou com exame parasitológico positivo. O tratamento de cães que estiverem com LV é ilegal, conforme a Portaria Interministerial Nº 1.426, de 11 de julho de 2008, e coloca em risco a saúde da família, comunidade e de outros cães.

**COLETA DE AMOSTRAS****Coleta e conservação de material para diagnóstico da leishmaniose visceral humana e canina**

Tipo de diagnóstico	Tipo de material	Quantidade	Método	Recipiente	Armazenamento/conservação	Transporte
Sorológico (humano ou canino)	Sangue	5-10ml (mínimo 2ml de soro)	Imuno-fluorescência indireta/IFI ou Elisa	Tubo de vidro ou de plástico estéril e com tampa (melhor se Ependorf®)	Sangue total 2°C a 8°C Soro -20°C	Gelo seco ou reciclável Nitrogênio líquido
Parasitológico	Aspirado de medula, linfonodo ou baço	-	Estreção fino	Duas lâminas para estreção	Lâminas fixadas e coradas pelos métodos de Giemsa ou Wright, Leishman, Panóptico	Após a secagem, anexar e embrulhar a lâmina junto com o papel identificatório
	Aspirado de medula, linfonodo ou baço ou biópsia de fígado		-	Tubo de vidro ou de plástico estéril e com tampa	Meio de NNN a 24-26°C	Caixa para transporte de material biológico

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011; Resolução Nº 714, de 20 de junho de 2002; Resolução RDC Nº 33, de 25 de fevereiro de 2003; Portaria Interministerial Nº 1.426, de 11 de julho de 2008.


**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCD/Gerência de Prevenção e Controle das	3184-0214	ralepe@gmail.com

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

Zoonoses e Endemias/ Coordenação de Prevenção da Leishmaniose, Raiva e Peste		leishmaniose.pe@gmail.com
Cievs	3184-0332/0192 9488-4267	notifica@saude.pe.gov.br
LABEND - Diagnóstico de Leishmaniose	3184-3909	-
<b>Centro de Referência para diagnóstico e tratamento da LV</b> <b>Instituto Materno Infantil de Pernambuco – Imip</b> Rua dos Coelho, 300 – Recife-PE. CEP: 50.007-550. Tel.: (81) 2122-4100/2122-4192/2122-4722  <b>Hospital Universitário Oswaldo Cruz</b> Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro – Recife-PE. CEP: 50.100-130. Tel.: (81) 2101-1333/2101-1433/2101-1352/2101-1356  <b>Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco – HC/UFPE</b> Rua Prof. Moraes e Rego, s/n, Cidade Universitária – Recife-PE. CEP: 50.050-901. Tel.: (81) 2126-3633/2126-3620/2126-3703/2126-3818		

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Vigilância Epidemiológica da Leptospirose</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Monitorar a ocorrência de casos e surtos, assim como determinar a sua distribuição espacial e temporal; Reduzir a letalidade da doença, mediante a garantia de diagnóstico e tratamento precoce e adequado; Identificar os sorovares circulantes em cada área; Direcionar as medidas preventivas e de controle destinadas à população, ao meio ambiente e aos reservatórios animais.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><b>Caso Suspeito:</b> indivíduo com febre de início súbito, mialgias, cefaléia, mal-estar e/ou prostração, associados a um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: sufusão conjuntival ou conjuntivite, náuseas e/ou vômitos, calafrios, alterações do volume urinário, icterícia, fenômeno hemorrágico e/ou alterações hepáticas, renais e vasculares compatíveis com leptospirose icterica (síndrome de Weil) ou anictérica grave.</p> <p>Indivíduo que apresente sinais e sintomas de processo infeccioso inespecífico com antecedentes epidemiológicos (exposição a enchentes, lama ou coleções hídricas potencialmente contaminadas, exposição a esgoto e fossas, atividades que envolvam risco ocupacional como coleta de lixo, limpeza de córregos, manejo de animais e agricultura em áreas alagadas e contato com animais infectados - roedores, cães, bovinos) sugestivos nos últimos 30 dias anteriores à data de início dos sintomas.</p> <p><b>Caso Confirmado:</b> <u>Clinico – laboratorial</u> - presença de sinais e sintomas clínicos compatíveis, associados a um ou mais dos seguintes resultados de exames laboratoriais: teste Elisa-IgM reagente, soroconversão na reação de microaglutinação, isolamento da <i>Leptospira</i> e imunohistoquímica positiva para leptospirose. <u>Clinico – epidemiológico</u> - todo caso suspeito que apresente sinais e sintomas inespecíficos associados com alterações nas funções hepáticas e/ou renais e/ou vasculares e antecedentes epidemiológicos (descritos acima) que, por algum motivo, não tenha coletado material para exames laboratoriais específicos ou estes tenham resultado não-reagente com amostra única coletada antes do 7º dia de doença.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Doença de notificação compulsória. Tanto a ocorrência de casos suspeitos isolados como surtos devem ser notificados para o desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica e controle.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Unidade de Saúde → Secretaria Municipal de Saúde → Secretaria Estadual de Saúde → MS</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>A investigação epidemiológica de cada caso suspeito e/ou confirmado deverá ser realizada com base no preenchimento da ficha específica de investigação pelo município de residência, visando determinar a forma e local provável de infecção (LPI), o que irá orientar a adoção de medidas adequadas de controle.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>Adotar medidas de prevenção da doença, especialmente antes e durante o período das grandes chuvas. A desinfecção de domicílios após as enchentes, evitar entrar ou permanecer desnecessariamente em áreas alagadas ou enlameadas sem a devida proteção individual, descartar os alimentos que entraram em contato com águas contaminadas e verificar se o tratamento da água de uso doméstico está adequado são exemplos de medidas importantes. Medidas de anti-ratização são indicadas, principalmente em áreas endêmicas sujeitas a inundações. Ações continuadas de informação, comunicação</p>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

e educação em saúde deverão ser empreendidas.

**CONTROLE**

**-Controle de reservatórios:** controle da população de roedores

Anti-ratização – visa modificar as características ambientais que favorecem a penetração, instalação e livre proliferação de roedores, por meio da eliminação dos fatores que propiciem o acesso desses animais a alimento, água e abrigo;

Desratização – visa à eliminação direta dos roedores através de métodos mecânicos (ratoeiras) e químicos (raticidas). Estas atividades devem ser planejadas e executadas por equipes devidamente capacitadas.

Os métodos biológicos (predadores) não são aplicáveis na prática; segregação e tratamento de animais domésticos infectados e/ou doentes e proteção das áreas humanas de moradia; imunização de animais domésticos e de produção (caninos, bovinos e suínos); cuidados com a higiene, remoção e destino adequado de excretas de animais e desinfecção permanente dos canis ou locais de criação.

**COLETA DE AMOSTRAS**

Tipo de diagnóstico	Tipo de material	Quantidade	Nº de amostras	Período de coleta
Cultura	Sangue	1,2 e 3 gotas por tubo (total=3 tubos por paciente)	1	Fase aguda, preferencialmente antes do tratamento antibiótico. Ideal até o 7º dia do início dos sintomas
Micro-aglutinação	Soro (sem hemólise)	3,0ml	2	Amostras pareadas nas fases aguda e convalescente: a primeira, no primeiro atendimento, a segunda, após um intervalo de 14 a 21 dias (máx. 60)
Elisa IgM	Soro (sem hemólise)	3,0ml	1 ou 2	Fase aguda (no primeiro atendimento); se for negativo, coletar uma segunda amostra em 5-7 dias
Macro-aglutinação	Soro (sem hemólise)	3,0ml	1 ou 2	Fase aguda (no primeiro atendimento); se for negativo, repetir em 5-7 dias

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.pe.gov.br/](http://www.saude.pe.gov.br/); [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/leptospirose\\_29\\_09\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/leptospirose_29_09_11.pdf)

-[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nt\\_quimioprofilaxia\\_lepto\\_desastres\\_naturais\\_2012.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nt_quimioprofilaxia_lepto_desastres_naturais_2012.pdf)

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCD/Coordenação de Prevenção e Controle das Zoonoses	3184-0221	raylene.medeiros@gmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Vigilância Epidemiológica da Malária</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>-Detectar os casos de Malária e realizar oportunamente o tratamento, além da aplicação de medidas de prevenção; Reduzir a morbi-mortalidade da malária por meio do diagnóstico e tratamento oportunos e adequados dos casos positivos; Reduzir as formas graves da malária; Evitar a ocorrência e proceder a investigação epidemiológica de casos autóctones; Adotar medidas específicas de controle do vetor transmissor; Notificar e digitar os casos no Sinan; Estruturar e/ou fortalecer as equipes de vigilância em saúde entomológica e educação em saúde, com técnicos capacitados em epidemiologia e controle da doença; Integrar as ações de controle da malária, nas ações básicas de saúde nos municípios com polos turísticos.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p><u>Quadro clínico</u>: febre alta, acompanhada de calafrios, mal-estar, sudorese intensa profusa e cefaléia, que ocorrem em padrões cíclicos, dependendo da espécie de plasmódio infectante. Podem ainda ocorrer sintomas como náuseas, vômitos, astenia, fadiga, anorexia, dor abdominal.</p> <p>Toda pessoa residente ou que tenha se deslocado para área de transmissão da doença, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, que tenha febre ou não.</p> <p><b>OBS.</b> Existe a possibilidade de aparecimento de sintomas em período maior que 30 dias, após a exposição.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>É uma doença de notificação compulsória, na qual todos os casos positivos devem ser notificados e digitados no Sinan e notificados ao Cievs. Para registrar no Sinan, o caso deverá ser encerrado e identificar se o mesmo é ou não autóctone do município de residência.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph TD     A[CASO SUSPEITO] --&gt; B[DIAGNÓSTICO LABORATORIAL GERES (LABEND, IV, VII, VIII e IX) Pesquisa do Plasmódio em sangue]     B --&gt; C[-]     B --&gt; D[+]     C --&gt; E[Encerrar o caso]     D --&gt; F[GERES/MUNICÍPIO 1. Investigação epidemiológica. 2. Realizar ação de controle vetorial (se indicado).]     F --&gt; G[Retornar ao médico que solicitou o exame ou encaminhar a Unidade de Saúde ou Serviços de Referência para tratamento específico]     E --&gt; G     </pre> </div>	
<p><b>OBS.</b> De acordo com a espécie de <b>Plasmódio</b> o tratamento será disponibilizado pelas referências do diagnóstico laboratorial e a medicação é disponibilizada pelo MS às Secretarias Estaduais de Saúde.</p>	

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

**INVESTIGAÇÃO**

Deve identificar se o paciente apresentou ou não alguns sintomas; verificar a data dos primeiros sintomas e confirmar a realização do diagnóstico laboratorial.

Identificar se a pessoa esteve nos últimos dias entre 8 a 30 dias anteriores à data dos primeiros em área endêmica (Amazônia legal e países africanos) e se ocorreu a permanência no local corresponde aos horários habituais de alimentação do vetor (do anoitecer ao amanhecer); Identificar área de transmissão (local provável da infecção) que deve ser feita mediante a entrevista com o paciente, familiares, responsáveis ou pessoas da comunidade. Os dados deverão ser anotados na ficha de notificação.

**OBS.** Após a notificação de um ou mais casos de malária e a determinação do local de transmissão faz-se a busca ativa de outros casos, cuja área de delimitação deve ser definida por critérios entomológicos e epidemiológicos.

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE**

O controle químico poderá ser utilizado (ver Nota Técnica Nº 011/2012); Estruturar e/ou fortalecer as equipes de vigilância em saúde e educação em saúde; Integrar as ações de controle da malária, nas ações básicas de saúde nos municípios; Informar a população sobre a doença e a necessidade de procurar a unidade de saúde ou Serviços de Referência aos primeiros sintomas; Cuidados com a proteção individual (evitar frequentar locais de transmissão a noite, uso de mosquiteiros, repelentes, roupas que protejam pernas e braços, telas nas janelas e nas portas em área de transmissão); Informar ao viajante que caso apresente algum sintoma da doença no período de 6 meses após ter retornado de uma área de risco, deverá procurar orientação médica.

**COLETA DE AMOSTRAS**

A coleta e preparo da amostra de sangue para exame de malária devem ser feitas por técnicos devidamente capacitados pelo LABEND/LACEN, de acordo com os procedimentos detalhados no "Manual de Diagnóstico Laboratorial de Malária" do MS. A coleta da amostra de sangue, preparação da lâmina e exame microscópico imediato é realizada pelos técnicos dos laboratórios (LABEND, IV, VII, IX Geres). Para os demais municípios os exames são realizados no LABEND. No caso de testes rápidos, seguir as orientações do fabricante e proceder com o registro do resultado na ficha de notificação.

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.pe.gov.br/](http://www.saude.pe.gov.br/); [www.saude.gov.br/](http://www.saude.gov.br/); [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**


Nota Técnica Nº 007/CGPNCD/DEVEP/SVS/MS; Nota Técnica Nº 011/CGPNCD/DEVEP/SVS/MS.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCD/ Gerência de Prevenção e Controle de Doenças Negligenciadas Transmitidas por Vetores/ Coordenação de Doença de Chagas, Tracoma e Malária	3184-0220 3184-0216	chtmpe@gmail.com esquistossomosepe@gmail.com
LACEN	3184-3919	-
LABEND	3181-6316	-



Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados


	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da Peste</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Monitorar a circulação da <i>Yersinia pestis</i>, bactéria causadora da peste, mantida entre os roedores por meio da picada de pulgas infectadas. Esse monitoramento é feito mediante a prova de hemoaglutinação de sangue de carnívoros e roedores domésticos (<i>Ratus ratus</i>), captura e quarentena de roedores silvestres, coleta de pulgas dos roedores domésticos e silvestres e cultura das pulgas dos roedores.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Paciente proveniente de municípios e/ou localidades com histórico de peste, que apresentem quadro clínico compatível com a doença, sob três formas clínicas: bubônica, pneumônica e septicêmica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forma bubônica ou ganglionar: varia desde formas leves, que apresentam adenopatia com ou sem supuração, a formas mais graves e letais. As formas graves têm início abrupto, presença de bubões ganglionares doloridos, febre alta, calafrios, cefaléia intensa, dores generalizadas, anorexia, náuseas, vômitos, confusão mental, hipotensão arterial, prostração e mal estar geral, coma e morte entre 48 e 72 horas, se não houver tratamento.</li> <li>- Forma pneumônica: pode ser primária a peste bubônica ou septicêmica por disseminação hematogênica. É a fase mais grave e perigosa da doença, devido ao seu quadro clínico e alta contagiosidade, podendo provocar epidemias. Inicia-se com quadro infeccioso grave, de evolução rápida, cianose, expectoração sanguinolenta rica em bactérias. Surgem fenômenos de toxemia, delírio, coma e morte, se não houver o tratamento precoce.</li> <li>- Forma septicêmica: aparece no final da fase bubônica não tratada.</li> </ul>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>A peste é uma doença de notificação compulsória (deve ser comunicada imediatamente, pela via mais rápida, às autoridades sanitárias) que continua tendo destaque no regulamento sanitário internacional. Devido ao seu potencial de causar formas pneumônicas de elevado poder contagioso, deve-se informar imediatamente a rede Cievs.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Unidade de Saúde → Secretaria Municipal de Saúde → Secretaria Estadual de Saúde (Cievs) → MS</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Consiste na obtenção detalhada do quadro clínico, coleta de sangue para teste sorológico, notificação e investigação imediata do caso no Sinan.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>Municípios com histórico de casos de peste humana em décadas passadas são considerados endêmicos e, portanto, estão obrigados a fazer a vigilância da doença por meio de: Educação e participação comunitária das populações das localidades consideradas endêmicas; Realização periódica de coleta de sangue de carnívoros, (animais sentinelas) com o objetivo de detectar precocemente a circulação da doença.</p>	
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>Diagnóstico, tratamento, notificação e investigação precoce dos casos confirmados.</p>	
<p><b>COLETA DE AMOSTRAS</b></p> <p>Casos com suspeita clínica para peste deve-se realizar coleta para sorologia. A amostra é encaminhada para o laboratório de referência – Lacen.</p>	




## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

<b>LINKS ÚTEIS</b> -www.saude.gov.br		
<b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b> - Regulamento Sanitário Internacional, 2005.		
<b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b>		
<b>Setor</b>	<b>Telefone</b>	<b>Email</b>
DGCDA/Coordenação de Prevenção e Controle das Zoonoses	3184-0214	dfbezerra@hotmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica da Raiva.</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>										
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Detectar precocemente a área de circulação do vírus da raiva, em animais (urbano e silvestre), visando impedir a ocorrência de casos humanos. Garantir tratamento oportuno aos indivíduos expostos ao risco.</p>											
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Todo doente que apresentar quadro clínico compatível de encefalite rábica, com comprovação laboratorial, associado a antecedentes de agressão ou contato com animal suspeito.</p>											
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Notificação compulsória imediata. Notificação no Sinan e comunicação por telefone, fax e/ou e-mail.</p>											
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Municípios → Geres → Nível Central (Coordenação de Zoonoses) → Nível Federal (MS/SVS)</p>											
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Deverá ser realizada pelo município por meio da ficha de investigação do Sinan, imediatamente após o conhecimento da suspeita do caso, em um período de até 48 horas após a notificação.</p>											
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>As medidas de prevenção visam erradicar a raiva humana e controlar a raiva animal.</p>											
<p><b>CONTROLE</b></p> <p>O controle da raiva deve ser focado nos reservatórios da doença nas áreas rurais e urbanas. Realização do bloqueio de foco até 72 horas, campanhas anuais de vacinação em massa de cães e gatos, associados a trabalhos de educação em saúde. O tratamento profilático nos casos de agressões por animais é fundamental.</p>											
<p><b>COLETA DE AMOSTRAS</b></p> <p>A coleta de encéfalos para o diagnóstico da raiva deve ser realizada por profissional capacitado. A amostra deve ser acondicionada em isopor ou caixa térmica com gelo e encaminhada para o laboratório de apoio animal (Lanagro) localizado no bairro de Dois Irmãos.</p>											
<p><b>LINKS ÚTEIS</b></p> <p>-www.saude.gov.br</p>											
<p><b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b></p> <p>-Portarias: N°3252 de 22/11/2009; N°104 de 25/01/2011; Lei 14.139 de 31/08/2010.</p>											
<p><b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Setor</th> <th>Telefone</th> <th>Email</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DGCDA/Coordenação de Prevenção e Controle das Zoonoses</td> <td>3184-0214</td> <td>dfbezerra@hotmail.com</td> </tr> <tr> <td>PNI estadual</td> <td>3184-4000</td> <td>pni_pe@yahoo.com.br</td> </tr> </tbody> </table>			Setor	Telefone	Email	DGCDA/Coordenação de Prevenção e Controle das Zoonoses	3184-0214	dfbezerra@hotmail.com	PNI estadual	3184-4000	pni_pe@yahoo.com.br
Setor	Telefone	Email									
DGCDA/Coordenação de Prevenção e Controle das Zoonoses	3184-0214	dfbezerra@hotmail.com									
PNI estadual	3184-4000	pni_pe@yahoo.com.br									

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Vigilância Epidemiológica de Tracoma</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b>
<b>OBJETIVOS</b> - Reduzir a prevalência a menos de 5,0% em crianças de 1 a 15 anos matriculados na rede pública de ensino, nos 22 municípios prioritários do SANAR até 2014; Eliminar o tracoma como causa de cegueira nos municípios não prioritários.	
<b>DEFINIÇÃO DE CASO</b> Casos com história de “conjuntivite prolongada” ou que apresente sintomatologia ocular de longa duração (ardor, prurido, sensação de corpo estranho, fotofobia, lacrimejamento e secreção ocular) principalmente entre 1 a 15 anos de idade.	
<b>NOTIFICAÇÃO</b> O Tracoma não é uma Doença de Notificação Compulsória (DNC) nacional, entretanto é uma doença sob Vigilância Epidemiológica de interesse nacional, devendo todos os casos diagnosticados positivos serem notificados na ficha 2 (Controle de Casos – Boletim de Inquérito Tracoma) e digitados no Sinan. A Portaria Estadual Nº 104 de 09 de março de 2012, acrescenta o Tracoma como DNC estadual.	
<b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">INQUÉRITO EM ESCOLA PÚBLICA (EXAME OFTÁLMICO EXTERNO)</p> <p style="text-align: center;">Ficha 01: Inquérito/Busca Ativa</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">NEGATIVO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">SES (Encerra o caso)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">POSITIVO (TI/TF)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">TRATAMENTO</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Preencher a Ficha 02 (Encaminhar as Fichas 1 e 2)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">SES (CONSOLIDAR)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">Busca ativa dos comunicantes</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">NEGATIVO</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Preenche a Ficha 02</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">POSITIVO (TI/TF)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">TRATAMENTO</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">MUNICÍPIO (Envia a Ficha 2 para o DIGITAR NO SINAN)</p> </div> </div> </div>	
<b>INVESTIGAÇÃO</b> Desde que haja confirmação da existência de um ou vários casos numa comunidade, escola, bairro, creche, povoado deve-se desencadear medidas de vigilância visando à detecção de casos a ele associado, ou seja, os comunicantes e a busca ativa de outros casos.	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

**Fonte de infecção:** Os casos de Tracoma inflamatório (TF e/ou TI) devem ser tratados, não tendo necessidade de isolar o paciente positivo.

- Os casos de entrópio palpebral e triquíase tracomatosa deverão ser encaminhados para avaliação e cirurgia corretiva das pálpebras.

- Os casos de opacidade corneana (CO) devem ser encaminhados ao Serviço de Referência.

**Medidas sanitárias:** saneamento e a regularidade no abastecimento de água, armazenamento adequado do lixo e coleta regular.

- Hábitos de higiene pessoal: lavar as mãos e o rosto, evitar coçar os olhos, evitar o uso toalhas e roupas de cama de outras pessoas.

- Integrar as ações de controle do tracoma nas ações da ESF e desenvolver ações educativas em saúde.

### COLETA DE AMOSTRAS

Durante os inquéritos serão submetidas às coletas de material conjuntival de uma amostra de 10% dos indivíduos com diagnóstico clínico de tracoma para a pesquisa da bactéria *Chlamydia trachomatis*, posteriormente as lâminas são enviadas para o LACEN.

### LINKS ÚTEIS

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br).

### PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES

Portaria 2.556 de 28/10/2011; Portaria Estadual Nº 104 de 09/03/2012.

### TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES


Setor	Telefone	Email
DGCD/ Gerência de Prevenção e Controle de Doenças Negligenciadas Transmitidas por Vetores/ Coordenação de Doença de Chagas, Tracoma e Malária	3184-0220 3184-0216	chtmpe@gmail.com esquistossomosepe@gmail.com



# 3

## Vigilância de Riscos Ambientais



	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano</b>  <b>(Vigiagua)</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>O PROGRAMA</b></p> <p>O Vigiagua consiste no conjunto de ações adotadas continuamente pelas autoridades de saúde pública para garantir à população o acesso à água compatível com o padrão de potabilidade, estabelecido na legislação vigente (Portaria MS nº. 2914/2011), como parte integrante das ações de prevenção dos agravos transmitidos pela água e de promoção da saúde, previstas no SUS.</p>	
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Reduzir a morbi-mortalidade por doenças e agravos de transmissão hídrica, por meio de ações de vigilância sistemática da qualidade da água consumida pela população; Buscar a melhoria das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água para consumo humano; Avaliar e gerenciar o risco à saúde das condições sanitárias das diversas formas de abastecimento de água; Monitorar sistematicamente a qualidade da água consumida pela população, nos termos da legislação vigente; Informar a população sobre a qualidade da água e riscos à saúde; Apoiar o desenvolvimento de ações de educação em saúde e mobilização social; Coordenar o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água (SISAGUA).</p>	
<p><b>META</b></p> <p>Realizar coleta e análise laboratorial de no mínimo 100,0% das análises de água do Sistema de Abastecimento de Água preconizadas pela Diretriz Nacional do Vigiagua para os parâmetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Microbiológicos: coliformes totais e coliformes termotolerantes ou <i>Escherichia coli</i>.</li> <li>-Físicos: turbidez.</li> <li>-Químicos: cloro residual livre (CRL).</li> </ul>	
<p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE MUNICÍPIOS NO PROGRAMA</b></p> <p>Todos os municípios devem desenvolver as atividades do Vigiagua.</p>	
<p><b>ATIVIDADES DE ROTINA</b></p> <p>O monitoramento da qualidade da água é um dos instrumentos de verificação da potabilidade da água e de avaliação dos riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água possam representar a saúde humana. Este monitoramento abrange as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboração de um plano de amostragem, incluindo: definição dos pontos de coleta de amostras, definição do número e frequência de amostras e definição dos parâmetros a serem analisados;</li> <li>-Coleta e análise laboratorial de amostras de água: identificação de laboratórios de referência (regional ou municipal) para o encaminhamento das amostras;</li> <li>-Alimentação mensal dos resultados do monitoramento da qualidade da água no Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA;</li> <li>-Alimentação mensal dos dados fornecidos pelo controle da qualidade da água no SISAGUA: o envio dos dados de controle é de responsabilidade dos fornecedores de água.</li> </ul> <p>Os planos de amostragens podem ser orientados, dentre outros, pelos seguintes aspectos: representatividade espacial e temporal; densidade populacional; locais com grande afluência de público – como centros comerciais e terminais rodoviários e aeroportuários; locais estratégicos (população vulnerável) como hospitais, creches, escolas, asilos; locais com população expostas em áreas contaminadas; distribuição espacial das doenças de transmissão hídrica</p>	



Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

Parâmetros a serem analisados, frequência e número de amostras:

Parâmetros

- Parâmetros microbiológicos: coliformes totais, coliformes termotolerantes ou *Escherichia coli*.
- Parâmetros físicos: turbidez
- Parâmetros químicos: cloro residual livre
- Parâmetros orgânicos: agrotóxicos
- Parâmetros inorgânicos: mercúrio

Obs.: Dependendo da capacidade instalada do município, pode-se pensar na inclusão de outros parâmetros de interesse imediato de acordo com a necessidade local.

Frequência

- Mensal: colimetria, turbidez, cloro residual livre (CRL)
- Semestral: agrotóxicos e mercúrio

Número: deverá ser calculado em função da população total do município

Parâmetro	Tipo de manancial	População total do município					
		< 5.000	5.001 a 10.000	10.001 a 20.000	20.001 a 50.000	50.001 a 100.000	> 100.000
CRL e Turbidez	superficial ou subterrâneo	10	14	18	25	36	53

Parâmetro	Tipo de manancial	População total do município				
		< 5.000	10.001 a 20.000	20.001 a 50.000	50.001 a 100.000	> 100.000
Coliformes totais	superficial ou subterrâneo	10	18	25	36	40

Parâmetro	Tipo de manancial	Número de amostras
Agrotóxicos e mercúrio	Superficial ou subterrâneo	2

Nota: para os parâmetros agrotóxicos e mercúrio definiu-se a realização de 1 (uma) amostra semestral independente da população total do município.

FLUXO DE ATUAÇÃO

Consideram-se princípios básicos que norteiam o modelo de vigilância da qualidade de água para consumo humano:

- Respeito à descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização das ações para os municípios, garantida a regionalização e a hierarquização da organização da rede de serviços de saúde;
- Integralidade das ações desenvolvidas pela vigilância da qualidade da água para consumo humano no sentido de estender suas atividades a toda e qualquer forma de abastecimento de água, seja coletivo ou individual, de gestão pública ou privada, compreendendo ações de caráter preventivo e corretivo, abrangendo toda a cadeia sistêmica do

## Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

abastecimento de água, desde o manancial até o ponto de consumo;

- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades das ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, incluindo sua orientação programática e a alocação de recursos;
- Integração das ações da vigilância da qualidade da água para consumo humano com as áreas de meio ambiente, saneamento e recursos hídricos;
- Divulgação de informações à população dos dados de qualidade da água e os possíveis riscos inerentes ao seu consumo.

A atuação do VIGIAGUA baseia-se na avaliação e gerenciamento de risco ambiental e epidemiológico através do controle pelos prestadores de serviços de abastecimento e da vigilância feita pelo setor saúde e se estende sobre todas e quaisquer formas de abastecimento de água coletivas ou individuais, na área urbana e rural, de gestão pública ou privada, incluindo as instalações intradomiciliares.

**FONTE DE VERIFICAÇÃO:**

Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.

**LINKS ÚTEIS:**

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)


**NORMAS E LEGISLAÇÕES**

-Decreto nº 79.367, de 09/03/1977; Decreto nº 5.440, de 04/05/2005; Decreto nº 7.217, de 21/06/2010; Portaria nº 2.914, de 12/12/2011; Diretriz nacional do plano de amostragem da vigilância em saúde ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGCDA/ Coordenação de Vigilância Ambiental de Riscos Ambientais	3184-0190	ambiental.pe@gmail.com noelecamos@gmail.com claudiaaraujo1987@hotmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância em Saúde de Populações Expostas à Poluição do Ar</b>  <b>(Vigiar)</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>O PROGRAMA</b></p> <p>A Vigilância em Saúde Ambiental Relacionada à Qualidade do Ar (Vigiar) é parte integrante do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental – SINVISA, que vem sendo estruturado pelo MS desde 2001. Seu campo de atuação prioriza as regiões onde existam diferentes atividades de natureza econômica ou social que gerem poluição atmosférica de modo a caracterizar um fator de risco para as populações expostas, denominadas Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de interesse para a Saúde - 4AS que inclui: Regiões metropolitanas; Centros industriais; Áreas sob impacto de mineração; Áreas sob influência de queimadas; Áreas sob influência de incêndios florestais; Áreas de relevância para a saúde pública, de acordo com a realidade loco-regional.</p>	
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Prevenir e reduzir os agravos à saúde da população exposta aos fatores ambientais relacionados aos poluentes atmosféricos; Avaliar os riscos à saúde decorrente da exposição aos poluentes atmosféricos; Identificar e avaliar os efeitos agudos e crônicos decorrentes da exposição aos poluentes atmosféricos; Estimular a intersetorialidade e interdisciplinaridade entre os órgãos que possuam interface com a saúde no que diz respeito às questões de qualidade do ar; Subsidiar o setor Ambiental na formulação e execução de estratégias de controle da poluição do ar, tendo em vista a proteção da saúde da população; Fornecer elementos para orientar as políticas nacionais e locais de proteção à saúde da população frente aos riscos decorrentes da exposição aos poluentes atmosféricos.</p>	
<p><b>META</b></p> <p>Preenchimento do Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco (IIMR) para a Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Poluentes Atmosféricos, conforme modelo padronizado.</p>	
<p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b></p> <p>Todos os municípios de Pernambuco devem realizar atividades do Vigiar.</p>	
<p><b>ATIVIDADES DE ROTINA</b></p> <p>Preencher o IIMR.</p> <p>O preenchimento do IIMR contribuirá para o mapeamento das Áreas de Atenção Ambiental Atmosférica de Interesse para a Saúde – 4AS, áreas consideradas prioritárias para atuação do VIGIAR.</p> <p>O preenchimento do IIMR deverá ser realizado por meio da internet no Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – PISAST (<a href="http://www.saude.gov.br/svs/pisast">www.saude.gov.br/svs/pisast</a>) até dia 30 de novembro de cada ano ou em data estabelecida pelo Ministério da Saúde.</p>	
<p><b>FONTE DE VERIFICAÇÃO</b></p> <p>PISAST, pelo site <a href="http://www.saude.gov.br/svs/pisast">www.saude.gov.br/svs/pisast</a>.</p>	
<p><b>NORMAS E LEGISLAÇÕES</b></p> <p>Política Nacional de Meio Ambiente – Lei nº 6.938/1981; Resolução CONAMA nº 018/1986 ;Resolução CONAMA nº 005/1989; Resolução CONAMA nº 003/1990; Resolução CONAMA nº 382/2006; Resolução CONAMA nº 315/2002.</p>	
<p><b>LINKS ÚTEIS</b></p> <p><a href="http://www.saude.gov.br/svs/pisast">www.saude.gov.br/svs/pisast</a>; <a href="http://pisast.saude.gov.br">pisast.saude.gov.br</a>; <a href="http://www.donatran.gov.br">www.donatran.gov.br</a>; <a href="http://www.ibge.gov.br">www.ibge.gov.br</a>; <a href="http://www.inpe.br">www.inpe.br</a>.</p>	


Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES		
Setor	Telefone	Email
DGCDA/ Coordenação de Vigilância Ambiental de Riscos Ambientais	3184 0190	ambiental.pe@gmail.com noelecamos@gmail.com claudiaaraujo1987@hotmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância de Populações Expostas a Solo Contaminado (Vigisolo)</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>	
<p><b>O PROGRAMA</b></p> <p>O Programa Vigisolo é parte integrante do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVA). Constitui-se em uma importante intervenção para prevenção e promoção da saúde no que diz respeito ao conhecimento da situação ambiental, especificamente sobre substâncias químicas presentes no solo que podem ocasionar danos à saúde humana.</p>		
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Desenvolver ações de vigilância de populações expostas a solo com suspeita de contaminação, visando recomendar e instituir medidas de promoção, prevenção dos fatores de risco e atenção integral à saúde.</p>		
<p><b>META</b></p> <p>Mínimo de uma área cadastrada pelos municípios com população acima de 100 mil habitantes e uma área cadastrada em 5,0% dos municípios com população abaixo de 100 mil habitantes.</p>		
<p><b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b></p> <p>Municípios acima de 100.000 habitantes e os elegíveis pelo Projeto Vigisus II (Moreno, Ipojuca, Itapissuma, Ilha de Itamaracá, Igarassu, Abreu e Lima e São Lourenço).</p>		
<p><b>ATIVIDADES DE ROTINA</b></p> <p>Identificar áreas com populações expostas a contaminantes químicos; cadastrar as áreas no momento da visita de campo; inserir os dados coletados no Sistema de Informação de Populações Expostas a Solos Contaminados (Sissolo); inserir relatório das ações realizadas durante o ano no Sissolo.</p> <p><b>Nota:</b> O prazo para envio do relatório, pelo município, é até o dia 15 de novembro de cada ano.</p>		
<p><b>FLUXO DE ATUAÇÃO:</b></p> <p>Identificar e priorizar áreas com populações expostas a solo contaminado, desenvolver estratégia de gestão para atuação em áreas com populações expostas, em especial para avaliação de risco à saúde humana por exposição a contaminantes químicos e protocolo de vigilância e assistência à saúde. Estimular ações intra-setoriais entre as áreas de vigilância ambiental, epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador, atenção básica e laboratórios públicos e, realizar articulação com os órgãos ambientais.</p>		
<p><b>LINKS ÚTEIS</b></p> <p>-www.saude.gov.br</p>		
<p><b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b></p>		
<p align="center"><b>Setor</b></p>	<p align="center"><b>Telefone</b></p>	<p align="center"><b>Email</b></p>
<p>DGCDA/ Coordenação de Vigilância Ambiental de Riscos Ambientais</p>	<p align="center">3184-0190</p>	<p align="center">ambiental.pe@gmail.com</p>

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância em Saúde Ambiental dos riscos decorrentes de desastres de origem natural (Vigidesastres)</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>	
<p><b>O PROGRAMA</b></p> <p>A Vigilância em Saúde Ambiental relacionada aos riscos decorrentes dos desastres naturais (Vigidesastres) é um programa da Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. O Programa baseia-se nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e é composto pelo modelo, campo e forma de atuação, com proposta de ações básicas e estratégicas, competências e atribuições para os três níveis de governo.</p>		
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estabelecer diretrizes para organização, preparação e resposta do setor saúde do município;</li> <li>-Intensificar a articulação e integração intrasetorial;</li> <li>-Fortalecer a intersectorialidade do setor saúde com outras instituições;</li> <li>-Restabelecer o atendimento na rede dos serviços de saúde.</li> <li>-Estabelecer fluxo de comunicação dialógica;</li> <li>-Fortalecer a participação social e a educação em saúde.</li> </ul>		
<p><b>META</b></p> <p>Desenvolver Plano de Contingência para Desastres de Origem Natural e Antropogênica.</p>		
<p><b>FLUXO DE ATUAÇÃO</b></p> <p>A gestão do Vigidesastres deve contemplar ações que integram as estratégias de gestão do risco com seus componentes de: planejamento, gerenciamento, acompanhamento da evolução do risco, monitoramento e avaliação das ações, dirigida à redução do risco, ao gerenciamento de desastres e à recuperação dos efeitos à saúde humana. As estratégias têm como objetivo a proteção da saúde da população contra as consequências dos desastres, considerando a magnitude do risco para a definição das prioridades, e respeitar as estruturas organizacionais existentes. Identificar, direcionar e fortalecer ações de atenção integral à saúde da população atingida por desastres, incluindo ações de atenção psicossocial.</p>		
<p><b>INSTRUMENTO DE ATUAÇÃO</b></p> <p>Plano de Contingência para Desastres.</p>		
<p><b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b></p>		
<p align="center"><b>Setor</b></p>	<p align="center"><b>Telefone</b></p>	<p align="center"><b>Email</b></p>
<p>DGCDA/Coordenação de Vigilância Ambiental de Riscos Ambientais</p>	<p align="center">3184-0190</p>	<p align="center">           ambiental.pe@gmail.com            noelecamos@gmail.com            claudiaaraujo1987@hotmail.com         </p>






# 4

## Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica



	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco - CIEVS/PE</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>O Cievs/SES-PE foi instituído pela Portaria Estadual Nº 493/2009 e compõe a Rede Nacional de Monitoramento e Respostas às Emergências em Saúde Pública, a Rede Cievs/SUS. Tem a finalidade de fomentar a captação de notificações, busca de notícias de interesse para a saúde pública, manejo e análise de dados e informações estratégicas relevantes à prática da vigilância em saúde, bem como congregar mecanismos de comunicação avançados. Funciona em regime de plantão 24 horas por dia, 7 dias por semana para dispor de informação e comunicação, apoiando no processo de tomada de decisão.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Os eventos que devem ser notificados ao Cievs estão na Lista Estadual de Doenças de Notificação Compulsória Imediata do anexo II da Portaria SES/PE nº 104 de 17 de fevereiro de 2012, assim como aqueles que alterem o padrão epidemiológico local. De acordo com o art. 7 da Portaria Nº 104/2011: “A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde [...] e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino [...]”.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Após receber a notificação o Cievs aciona os setores envolvidos, apoia e monitora as respostas referentes ao evento, repassando as informações às áreas técnicas da SES-PE e à Rede Cievs/SUS. Os eventos são verificados e avaliados quanto ao seu potencial de se tornar uma Emergência de Saúde Pública Estadual (ESPIE) ou Emergência de Saúde Pública Nacional (ESPIN).</p>	
<p><b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS (FERIADO E FINAL DE SEMANA)</b></p> <p>O Cievs está de prontidão nos finais de semana e feriados para a detecção e notificação de eventos, através de plantão sobreaviso 24 horas, email notifica e disque-notifica.</p>	
<p><b>LINKS ÚTEIS</b></p> <p>-NOTIFICAÇÃO IMEDIATA: CASO SUSPEITO, SURTO OU AGREGAÇÃO DE CASOS OU ÓBITOS: <a href="http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9517">http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9517</a></p> <p>-DESASTRE DE ORIGEM NATURAL OU ANTROPOGÊNICOS: <a href="http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9521">http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9521</a></p> <p>-DENGUE (FORMA GRAVE - DCC, FHD, SCD E ÓBITO) <a href="http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9525">http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9525</a></p> <p>-PERFIL NO FACEBOOK DA FAN PAGE CIEVS PERNAMBUCO: <a href="http://www.facebook.com/pages/Cievs-Pernambuco/5223566577784655">http://www.facebook.com/pages/Cievs-Pernambuco/5223566577784655</a></p> <p>-PERFIL NO TWITTER DO CIEVS PERNAMBUCO: <a href="https://twitter.com/CIEVSPE">https://twitter.com/CIEVSPE</a></p>	
<p><b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b></p> <p>Portaria SES/PE nº 104 de 17 de fevereiro de 2012 – da Lista de Notificação Compulsória e Imediata Estadual.</p>	
<p><b>E-MAILS IMPORTANTES PARA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p><a href="mailto:notifica@saude.pe.gov.br">notifica@saude.pe.gov.br</a></p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

cievs.pe.saude@gmail.com

**TELEFONES IMPORTANTES**

Horário comercial:

0800-281-3041 (ligação gratuita)

(81) 3184-0191

~~(81) 3184-0193~~ (Fax)

Destinados apenas aos profissionais de saúde para notificação imediata:

9488-4267 (24h)


Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Vigilância Epidemiológica do Serviço de</b> <b>Verificação de Óbito - SVO</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>O Serviço de Verificação de Óbito (SVO) realiza necropsias de pessoas falecidas de morte natural sem ou com assistência médica (sem elucidação diagnóstica) com o objetivo de esclarecer as causas <i>mortis</i>, após o consentimento ou autorização de uma pessoa da família ou responsável.</p>	
<p><b>HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO</b></p> <p><b>SVO RECIFE</b> - Localização: Cidade Universitária, Recife.</p> <p><b>De segunda à sexta-feira:</b> das 07:00 às 18:30 para recebimento de cadáver e o plantão técnico até às 19h.</p> <p><b>Sábados, domingos e feriados:</b> das 07:00 às 16:30 para recebimento de cadáver e o plantão técnico até às 17h.</p> <p><b>SVO CARUARU</b> - Localização: BR 232-km, 130 - Bairro: Indianápolis, Caruaru.</p> <p><b>De segunda à sexta-feira:</b> 24hs para recebimento de cadáver e o plantão técnico até às 23h.</p> <p><b>Sábados, domingos e feriados:</b> Encaminhar para o SVO Recife.</p>	
<p><b>NORMAS E ROTINAS</b></p> <p>É necessário que o cadáver esteja acompanhado de parentes ou pelo responsável legal e que ambos apresentem documento contendo foto e assinatura (RG, CNH, CTPS, CARTEIRA DE ÓRGÃO DE CLASSE, entre outros, que seja válido em todo território nacional), comprovando o grau de parentesco. O óbito deverá ter ocorrido a mais de seis horas e até 24 horas. Cadáver com mais de 24 horas de óbito só será aceito se o mesmo estiver conservado pelo frio (câmara frigorífica), uma vez que os corpos quando não conservados desta forma, inviabilizam os achados anatomopatológicos, devendo estes serem encaminhados para o Instituto de Medicina Legal (IML), a critério do médico plantonista. Cadáver procedente de hospital deve ser encaminhado com a Guia de Remoção de Cadáver preenchida (Nome do hospital, data do óbito, hora do óbito, nome do cadáver, nome dos pais e autorização para necropsia) e assinada pelo médico que o encaminhou.</p>	
<p><b>OBSERVAÇÃO</b></p> <p>Nos casos em que não for possível a realização de necropsia por falta de autorização ou consentimento da família ou responsável, o seguinte fluxo deve ser seguido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-O médico responsável pela assistência ao paciente, ou substitutos, podendo ser um médico do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar "causa indeterminada".</li> <li>-As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) deverão indicar o médico que emitirá a Declaração de Óbito (DO), caso restem dúvidas sobre a atribuição.</li> </ul>	
<p><b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b></p> <p>-CFM - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.776/2005. Brasília, 2005; Portaria nº 1.405, de 29 de junho de 2006; Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009; Resolução nº 1081/82, de 12 de março de 1982.</p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES		
Setor	Telefone	Email
Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas de Vigilância Epidemiológica/ Gerência da Rede SVO	3184-0333 3184-0334	araujobds@gmail.com patismael1@gmail.com
SVO Recife	2126-8557	svorecife@gmail.com
SVO Caruaru	3727-7877	svocaruaru01@gmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH)</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>DESCRIÇÃO</b></p> <p>O ambiente hospitalar é reconhecido como importante fonte de notificação das Doenças de Notificação Compulsória (DNC) e demais agravos de relevância epidemiológica, possibilitando a detecção precoce, o rápido desencadeamento das ações de investigação epidemiológica e o estabelecimento das ações de controle.</p>	
<p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>No estado de Pernambuco, a implantação da Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH) ocorreu na década de 1990, pelos Hospitais Oswaldo Cruz, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e Hospital Correia Picanço. Atualmente, estão implantadas 27 VEH e uma Vigilância em Âmbito Laboratorial (VE-LAB), sob a coordenação estadual (listagem em anexo).</p>	
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>Detectar, notificar e investigar no ambiente hospitalar a ocorrência das doenças de notificação compulsória e de outros agravos emergentes e reemergentes, na forma de casos ou surtos, de forma precoce e oportuna, visando a adoção de medidas adequadas de prevenção e controle; Monitorar outros problemas de interesse do sistema de vigilância em saúde (vigilância dos óbitos maternos, fetais, infantis e de outros óbitos evitáveis; DANT/violência/acidente por transporte terrestre; saúde do trabalhador); Desempenhar funções de unidade sentinela para programas específicos de vigilância de doenças e agravos, segundo as características do hospital e a situação epidemiológica do território/região de saúde onde o mesmo se encontra.</p>	
<p><b>PRÁTICAS OPERACIONAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR</b></p> <p>Sistema de busca ativa para detecção de DNC; Notificação e investigação de DNC; Notificação imediata de DNC; Análise e divulgação das informações epidemiológicas; Monitoramento e capacitação para preenchimento da Declaração de Óbito (DO) e/ou da Declaração de Nascido Vivo (DN); Monitoramento e investigação hospitalar de óbitos fetais, infantis, maternos, mulheres em idade fértil e por causas mal definidas; Integração com o laboratório, arquivo médico e farmácia hospitalar; Parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Gerência de Risco; Função Sentinela (Rotavírus, Monitorização de Doença Diarreica Aguda - MDDA, Coqueluche, Influenza/Síndrome Respiratória Aguda Grave, saúde do trabalhador, acidente de transporte terrestre, entre outras).</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO</b></p> <p><b>Vigilância Epidemiológica Hospitalar &gt; Secretaria Municipal de Saúde &gt; Regional de Saúde &gt; Secretaria Estadual de Saúde &gt; Ministério da Saúde</b></p> <p>A Secretaria Municipal de Saúde deverá estabelecer parceria com a VEH no sentido de buscar/coletar sistematicamente as notificações e investigações epidemiológicas realizadas no ambiente hospitalar, uma vez que o processamento, a oportunidade e a regularidade de alimentação dos sistemas de informações epidemiológicas (Sinan, Sinasc e SIM) são de competência municipal.</p>	
<p><b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b></p> <p>Portaria GM/MS Nº 1119 de 05/06/2008; Portaria SVS/MS Nº116 de 11/02/2009; Portaria GM/MS Nº3252 de 22/12/2009; Portaria GM/MS Nº 72 de 11/01/2010; Portaria GM/MS Nº 104, de 25 de janeiro de 2011; Portaria Estadual Nº 104, de 11/02/2012.</p>	



Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados


LINKS ÚTEIS		
www.saude.gov.br/svs;      www.anvisa.gov.br;      www.datasus.gov.br;      www.saude.pe.gov.br;      www.who.int/; www.opas.org.br; www.cdc.gov;		
TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES		
Setor	Telefone	Email
DGIAEVE/ Gerência de Informações Estratégicas/ Coordenação de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar	3184-0188	coordenacaoveahpe@gmail.com gvagravos.pe@gmail.com
Vigilância Epidemiológica HospitalarNúcleos		
Hospital Agamenon Magalhães	3184-1648	hamnepi@hotmail.com
Hospitala das Clínicas	2126-3665	nepihc@gmail.com
Hospital do Servidor do Estado	3183-4595	nepi.hse@gmail.com
Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira (IMIP)	2122-4193	nepi@imip.org.br
Hospital Jaboatão Prazeres	3184-4157	nepihjp@hotmail.com
CISAM	3182-7737	nepicisam@gmail.com
Hospital da Restauração	3181-5695	nepihr@ig.com.br
Hospital Barão de Lucena	3184-6601	nepihbl@gmail.com
Hospital Getúlio Vargas	3184-5862	nepihgv@hotmail.com
Hospital Otávio de Freitas	3182-8629	nepihof@gmail.com
Hospital Correia Picanço	3184-3938	hcp.nepi@gmail.com
Hospital Geral de Areias	3182-3053	nepihga@hotmail.com
Hospital Universitário Oswaldo Cruz	3184-1456	epidemio_huoc@yahoo.com.br
PROCAPE	3181-7117	nepiprocape@live.com
VE-LAB/Lacen	3181-6311	nepi-lacen@hotmail.com
Hospital João Murilo	3526-8855	isla_alvares@hotmail.com
Hospital Belarmino Correia	3626-8647	hbc.nhe@saude.pe.gov.br
Hospital José Fernandes Salsa	3628-8792	epihospital@hotmail.com
Hospital Reg. Dr. Sílvio Fernandes Magalhães	9975-5982	nepi.hrp@hospitalmarialucinda.com
Hospital Regional do Agreste	3710-9364	nepi.hra@hotmail.com
Hospital Jesus Nazareno	37199340	nepihjn@hotmail.com
Hospital Dom Moura	(87)3761-8149	nepi.hrdm.garanhuns@hotmail.com
Hospital Dr. Rui de Barros Correia	(87)3821-8303	nepi-arco@hotmail.com
Hospital Inácio de Sá	(87)3871-8318	nepihris@gmail.com
Hospital Dom Malan	(87)3232-7000	ccih@hdm.org.br
Hospital Fernando Bezerra	(87)3874-4856	nepihrfb@gmail.com
Hospital Emília Câmara	(87)3838 8845	hrenucleoepidemiologia@hotmail.com
Hospital Profº Agamenon Magalhães	(87)3831-9603	nepihospam@gmail.com



# 5

## Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis



	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Vigilância Epidemiológica dos Acidentes de Transporte Terrestre</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Conhecer e monitorar a situação dos Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) e de seus fatores de risco; Promover campanhas e ações de educação permanente e propor medidas de intervenção nos fatores de risco para os ATT, em articulação com a sociedade civil e intra/intersectorias, em especial, com o órgão do trânsito.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Acidente de transporte terrestre (ATT) é todo acidente que envolve um veículo destinado, ou usado no momento do acidente, para transporte terrestre de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Os ATT são agravos de notificação compulsória em unidades sentinelas do estado de Pernambuco. A obrigatoriedade da notificação dos casos de ATT consta na Portaria Estadual nº 219, de 11 de abril de 2011.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>A notificação é feita nas Unidades Sentinela de Informações sobre Acidentes de Transporte Terrestre (USIATT), por meio da <i>Ficha de Registro de Vítimas de Acidentes de Transporte Terrestre</i>.</p> <p>Atualmente existem 10 USIATT localizadas na I Região de Saúde e 11 nas demais Regiões, totalizando 21 unidades sentinela. As notificações realizadas em cada unidade sentinela são digitadas em Epi Info, no próprio serviço, a encargo da Vigilância Epidemiológica de Âmbito Hospitalar (VEAH), ou do setor indicado pelo gestor da unidade, no caso da mesma não possuir núcleo de epidemiologia. Apenas na USIATT da VIII Região de Saúde, por orientação da Vigilância Epidemiológica do Município de Petrolina, a digitação das fichas é realizada no Núcleo de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde desse município.</p> <p>A transferência do banco de dados atualizado com os atendimentos registrados até o último dia do mês anterior é feita, simultaneamente, para a Vigilância Epidemiológica do Município, da Geres e do nível central da SES/PE até o dia 10 de cada mês. Essa transferência é feita por e-mail, utilizando os endereços eletrônicos informados pelos respectivos gestores. O e-mail do nível central da SES que recebe os bancos é: <a href="mailto:usiatt.sespe@gmail.com">usiatt.sespe@gmail.com</a>.</p> <p>É importante ressaltar que está prevista a implantação de nova ficha de notificação e de novo sistema de informação, a partir de maio de 2013. Ressalta-se, ainda, que mesmo os municípios que não possuem USIATT em seu território podem analisar as informações das bases de dados regionais e estaduais para planejar suas intervenções, considerando que as USIATT são serviços de referência em traumatologia para os quais convergem as principais ocorrências do estado.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Não existe procedimento de investigação dos casos de ATT e a ficha é encerrada em até 24 horas da entrada da vítima do acidente na USIATT.</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Realização de campanhas e desenvolvimento de programas e projetos de intervenção focados nos fatores de risco (excesso de velocidade, uso do álcool, ausência de habilitação, não uso do capacete e do cinto de segurança, dentre outros), nos grupos de risco (pedestres, ciclistas e motociclistas) e nos pontos críticos de ocorrência de acidentes nos Municípios;</li><li>- Capacitação de gestores e profissionais de saúde, educação e trânsito, bem como de representantes de movimentos e conselhos sociais que tenham por objetivo a prevenção de lesões e mortes no trânsito e a promoção da paz no trânsito;</li></ul>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

especialmente em grupos mais vulneráveis: pedestres, ciclistas e motociclistas;

- Articulação com os Poderes Judiciário e Legislativo e com os setores de infraestrutura, planejamento urbano, transporte e trânsito, segurança pública e outros setores de governo, do setor privado e sociedade civil para estimular a promoção de ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis, visando à mobilidade humana, acessibilidade, controle dos ruídos e da poluição do ar;

- Articulação com os órgãos da justiça e de transporte e trânsito para a aplicação de medidas de fiscalização das leis de trânsito;

Para executar tais medidas de prevenção é essencial a atuação intersetorial, principalmente com o setor do Trânsito e Educação. A parceria com as organizações não governamentais e a sociedade civil também é fundamental. Nesse sentido, é bastante oportuna a estratégia estadual de constituição do Comitê Estadual de Prevenção aos Acidentes de Moto (CEPAM) e dos respectivos Comitês Regionais, como instâncias de articulação e definição de ações intersetoriais. A estruturação dos Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde - NPVPS (Portaria MS/GM nº 936/2004) também representa importante papel nessa articulação, fortalecendo a vigilância de acidentes.

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.detran.pe.gov.br](http://www.detran.pe.gov.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br); [www.vias-seguras.com](http://www.vias-seguras.com); [www.abrambrasil.org.br](http://www.abrambrasil.org.br); [www.new.paho.org/bra](http://www.new.paho.org/bra)


**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-Portarias: MS/GM nº 737, de 16/05/2001; MS/GM nº 936, de 19/05/2004; MS/GM nº 687, de 30/03/2006; nº 320 de 20/10/2010; SES-PE nº 219, de 11/04/2011; MS/GM nº 1.600, de 7/07/2011.

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGPMAVS/Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/ Coordenação de Vigilância de Acidentes e Violências	3184-0340 3184-0509	usiatt.sespe@gmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>  <b>Vigilância Epidemiológica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)</b>  <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Conhecer e monitorar a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco; Promover campanhas e ações de educação permanente e propor medidas de intervenção nos fatores de risco para as DCNT, em articulação com a sociedade civil e intra e intersetoriais.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>As DCNT são grupos de doenças que se caracterizam por terem uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais. Seus principais grupos são as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Essas doenças têm em comum um conjunto de fatores de risco modificáveis, passíveis de ações de prevenção. Esses fatores são principalmente: tabagismo, inatividade física, consumo excessivo de álcool e outras drogas, obesidade, dislipidemias e a alimentação inadequada, com ingestão insuficiente de frutas e verduras e excesso de sal, açúcar e gordura.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Existe ficha de registro apenas para o câncer. Para as outras doenças, a vigilância é realizada com base em informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e de inquéritos como o VIGITEL (vigilância sobre fatores de risco e proteção para as doenças crônicas por inquérito telefônico).</p> <p>A notificação dos casos confirmados de câncer é compulsória em Unidades de Assistência de Alta Complexidade de Oncologia (UNACON), Centros de Assistência de Alta Complexidade de Oncologia (CACON) e Centros de Referência de Alta Complexidade de Oncologia. A obrigatoriedade dessa notificação consta na Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005, e é realizada por meio da Ficha de Registro de Tumor. Esta ficha alimenta o Sistema do Registro Hospitalar de Câncer (SisRHC/INCA).</p> <p>Atualmente existem no Estado 11 Unidades de Saúde que oferecem serviços de oncologia de alta complexidade e são fontes de informação para o SisRHC/INCA: Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), Hemope, Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Hospital Barão de Lucena (HBL), Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Hospital das Clínicas (HC) e Serviço de Quimioterapia de Pernambuco (Sequipe), localizadas na cidade do Recife; Hospital Regional do Agreste (HRA) e Centro de Oncologia de Caruaru (CEOC), localizadas na cidade de Caruaru; Casa de Saúde Nossa Senhora Perpétuo do Socorro, localizada na cidade Garanhuns; e Hospital Dom Malan/Centro de Oncologia Dr. Muccini, localizada na cidade de Petrolina.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>As informações sobre os casos de câncer são coletadas através dos prontuários e anotadas na Ficha de Registro de Tumor, sendo posteriormente digitadas no SisRHC pelo registrador. A transferência do banco de dados da Unidade de Saúde para o INCA deve ser realizada anualmente até o mês de setembro do ano corrente.</p> <p>Os dados do SisRHC podem ser acessados através do link: <a href="https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/logoff.action">https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/logoff.action</a>, da seguinte maneira: 1) clicar em "TABULAR DADOS", no item "TABULADOR HOSPITALAR"; 2) clicar em "CONSULTAS", no item "BASE ESTADUAL"; 3) selecionar o Estado e clicar em "ENVIAR". Desejando-se informações específicas de cada município deve-se selecionar no Tabulador Hospitalar o item "PROCEDÊNCIA".</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Os casos notificados de câncer são acompanhados através da Ficha de Seguimento onde constarão informações tais</p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

como: avaliação da doença, qualidade de vida do paciente, tratamento realizado, ocorrência de metástase e recidivas da doença.

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

As ações devem ser desenvolvidas de forma intersetorial envolvendo as áreas técnicas como Educação, Esporte e Lazer, Alimentação e Nutrição e Atenção Primária à Saúde. Entre as atividades que podem ser realizadas estão o incentivo a alimentação saudável e a prática de atividade física; a prevenção do tabagismo e o consumo de álcool e outras drogas, entre outras.

Alguns Programas têm se destacado na prevenção das DCNT, como o Programa Academia da Saúde/das Cidades e o Programa de Controle do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Câncer.

### LINKS E ÚTEIS

-[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

### PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES<sup>3</sup>


-Portarias: MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006; MS/GM nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005; MS/GM nº 741, de 19 de dezembro de 2005.

### TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES

Setor	Telefone	Email
DGPMAVS/Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/ Coordenação de Mobilização Comunitária e Promoção de Modos de Vida Saudáveis	3184-0347 3184-0339 3184-0340	promoção.sespe@gmail.com



Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica das Violências Domésticas, Sexuais e Outras Violências Interpessoais e Autoprovocadas</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Conhecer e monitorar a situação das violências e de seus fatores de risco; Articular a Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violência e integrá-la; Promover ações de educação permanente para os profissionais de saúde em relação à notificação e ao diagnóstico da suspeita de violência; Promover campanhas e ações educativas para a população em geral, com enfoque na prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; Propor medidas de intervenção nos fatores de risco para as violências, em articulação com outros parceiros da sociedade civil e intra/intersectorias.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Considera-se violência o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Casos suspeitos ou confirmados de qualquer tipo de violência contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas são objetos de notificação compulsória. Também são objetos de notificação compulsória os casos de violências doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada (suicídio e tentativa de suicídio), tráfico de pessoas e intervenção por agente legal público, exercidas contra homens com idade de 20 a 59 anos. Desse modo, para homens da referida faixa etária as violências como brigas em estádio de futebol e bares não devem ser notificadas.</p> <p>A obrigatoriedade da notificação desses casos consta na Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. O instrumento de coleta é a <i>Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências</i>, do Sinan.</p>	
<p><b>INVESTIGAÇÃO</b></p> <p>Para as violências até o momento não existe procedimento de investigação dos casos, de modo que a ficha é encerrada no momento da notificação (data de encerramento da ficha é a mesma da notificação), mesmo que a classificação final do caso não seja a opção “confirmado”, mas sim “provável” (suspeito).</p>	
<p><b>MEDIDAS DE PREVENÇÃO</b></p> <p>É fundamental a ação intersetorial, principalmente com a Atenção Primária à Saúde, Educação, Assistência Social e Segurança Pública e a estruturação da rede de atenção e proteção às pessoas em situação de violência. Essa rede deve incluir os serviços de saúde (centros de referência à saúde da mulher, da criança e do adolescente; a rede de urgência e emergência; Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e serviços especializados de atendimento às pessoas em situação de violência) e os órgãos de defesa de direitos, assistência social e proteção integral: conselhos de direitos, conselhos tutelares, casas abrigo, Ministério Público, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), organismos de políticas públicas para mulher, delegacias gerais e especializadas, entre outros.</p> <p>O Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (NPVPS), cujas atribuições constam na Portaria MS/GM nº 936/2004, também deve compor a referida rede, fortalecendo a vigilância de violências. Atualmente, em Pernambuco, 16 municípios possuem NPVPS: Bezerros, Bom Jardim, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Cabrobó, Caruaru, Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Limoeiro, Olinda, Paudalho, Petrolina, Recife, Santa Maria da Boa Vista, Sirinhaém. Além desses, mais 38 municípios, apesar de não terem constituído esses núcleos, desenvolvem ações intersetoriais.</p> <p>Além da articulação da rede, visando proteger a vítima de outros episódios de violência, em especial quando esta é</p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

doméstica, algumas ações de prevenção que podem ser desenvolvidas: Orientação a pais e educadores quanto à prevenção da violência intrafamiliar e na escola; Capacitação de gerentes e de seguranças de estabelecimentos de funcionamento noturno para a proteção e garantia de direitos humanos dos frequentadores; Incentivo e apoio a programas e projetos escolares visando melhorar o desenvolvimento das crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade; Articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de atividades de promoção da saúde com ênfase nos fatores de risco, em especial, o abuso do álcool e de outras drogas, e fatores proteção para violências; Articulação com outros setores para o desenvolvimento de ações de prevenção e intervenções em ambientes e entornos escolares; Articulação com outros setores para o desenvolvimento de ações de prevenção e intervenções em estádios de futebol e ambientes de diversão; Articulação com outros setores, incluindo o Poder Legislativo, Judiciário e instâncias de controle social, para a promoção de ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis, visando à obtenção de melhorias como iluminação e segurança públicas, dentre outras; Articulação com o setor de atenção à saúde para que sejam oferecidos serviços de apoio psicológico não só para a vítima, mas também para a sua família e para o agressor.

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br)

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

-Portaria MS/GM nº 737, de 16/05/2001; Portaria MS/GM nº 936, de 18/05/2004; Portaria MS/GM nº 687, de 30/03/2006; Portaria MS/GM nº 104, de 25/01/2011; Lei nº 8.069/1990; Lei nº 10.741/2003; Decreto nº 5.099, de 3/06/2004; Lei Federal nº 12.461 de 26/07/2011; Lei estadual nº 14.633, de 23/04/2012.


**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGPMAVS/ Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/ Coordenação de Vigilância de Acidentes e Violências	3184-0340 3184-0509	marcella.abath@gmail.com sandra.luziaslbs@gmail.com



## Promoção da Saúde



	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Programa Academia da Saúde</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/13</b></p>
<p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>Em 7 de abril de 2011, o MS lançou o Programa Academia da Saúde (PAS), instituído pela Portaria nº 719. O Programa se estabelece com espaço físico denominado de <b>pólo</b>, que consiste em um estabelecimento de saúde articulado com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), contribuindo para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no território.</p> <p>Pernambuco tem destaque no cenário atual por ter sido modelo, com o Programa Academia das Cidades, similar ao PAS. No estado, 107 municípios possuem o PAS, totalizando 192 pólos.</p>	
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>O objetivo do PAS é contribuir para a promoção da saúde da população, a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificado para a orientação e a realização de práticas corporais, atividades físicas, de lazer, modos de vida saudáveis e prevenção da violência.</p>	
<p><b>ATIVIDADES REALIZADAS</b></p> <p>Promoção e orientação de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros); Realização de atividades que promovam a educação alimentar e nutricional; Promoção de práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato);</p> <p>-Planejamento e gestão das ações do Programa, em conjunto com a equipe de Atenção Primária à Saúde e usuários; Estímulo e apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde; Identificação entre os usuários de sinais e sintomas de doenças e agravos (hipertensão arterial, obesidade, pessoas em situação de violência, dentre outros) e encaminhamento a unidades de saúde e articular com os profissionais da Atenção Primária à Saúde para o seu acompanhamento; Estímulo e apoio a iniciativas de mobilização da população relacionadas aos objetivos do Programa.</p>	
<p><b>FORMAS DE ADESAO AO PROGRAMA</b></p> <p>Existem três formas de financiamento pelo MS:</p> <p><b>Proposta de Custeio:</b> se aplica para municípios que têm projetos similares à Academia da Saúde como, por exemplo, a Academia das Cidades, e desejam optar por receber incentivo de custeio para as atividades do programa. Para solicitar o recurso de Custeio, o município deverá seguir alguns passos: Vincular uma equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) ou uma UBS (Unidade Básica de Saúde) ao PAS. Tal vinculação determinará a fonte do recurso, conforme descrito no tópico “Recursos” deste documento; Cadastrar cada pólo no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) com pelo menos 1 (um) profissional de saúde de nível superior, com carga horária de 40h semanais, ou 2 (dois) profissionais de nível superior, com carga horária de 20h semanais; Cadastrar a proposta, por pólo, no <i>site</i> do Fundo Nacional de Saúde, munido de documentação obrigatória exigida na Portaria nº 1.402/2011; Contemplar o PAS no Plano Municipal de Saúde*.</p> <p><b>Proposta de Construção:</b> existem três modalidades de Pólo do PAS a serem construídos: Modalidade Básica, Modalidade Intermediária e Modalidade Ampliada. Independente da modalidade, para o município solicitar o recurso de construção, deve cadastrar a proposta, por pólo, no <i>site</i> do Fundo Nacional de Saúde, munido de documentação obrigatória exigida na Portaria nº 1.401/2011. No cadastro da proposta o município deve informar a equipe do NASF a qual o Pólo estará vinculado*.</p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

**Proposta de Construção por Emenda Parlamentar:** para solicitar recurso de construção do Pólo por emenda parlamentar, o município deverá seguir os seguintes passos: Contatar e articular com um parlamentar de sua região para cadastro do município e acesso ao sistema do Fundo Nacional de Saúde; Cadastrar a proposta, por pólo, no *site* do Fundo Nacional de Saúde, munido de documentação obrigatória exigida na Portaria nº 1.401/2011. Durante o cadastramento da proposta no site, o município deverá inserir a senha dada pelo parlamentar da sua região\*.

\*Após análise da proposta, o Ministério da Saúde publicará portaria específica habilitando o município a receber o incentivo pleiteado.

### RECURSOS

**Para propostas de Custeio:** se o pólo é cadastrado com vinculação à equipe do NASF, o incentivo financeiro será oriundo do PAB Variável (Piso Variável da Atenção Básica) e o repasse será de R\$ 3.000,00 (três mil reais) mensal por pólo. Se o pólo é cadastrado com vinculação à UBS, o incentivo financeiro será oriundo do (PVVPS) Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde e o repasse será de R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais) anual por município.

**Para propostas de Construção:** se a proposta de construção é para a Modalidade Básica, o valor de repasse será de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais); para a Modalidade Intermediária, o valor será de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) e; para a Modalidade Ampliada, o valor do repasse será de R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais) por pólo. Estas duas possibilidades de adesão e recursos estão em vigor em 2013.

### LINKS ÚTEIS

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br); [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br);

### PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES

- Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011; Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011; Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011; Portaria nº 536, de 9 de setembro de 2011; Portaria nº 359, de 5 de março de 2012.

### TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES

Setor	Telefone	Email
DGPMAVS/Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/ Coordenação de Mobilização Comunitária e Promoção de Modos de Vida Saudáveis	3184-0340 3184-0339	promoção.sespe@gmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Programa de Controle do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Câncer</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>Desde 1989, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer, coordena as ações nacionais do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Câncer.</p> <p>As ações desse Programa são desenvolvidas em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo, das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde. Todas as ações são executadas sob a ótica da promoção da saúde, abrangendo diversos fatores de risco e de proteção para o câncer, mas o principal enfoque do Programa é o tabagismo. Em Pernambuco, o Programa foi implantado no âmbito estadual desde 1990. Atualmente, 129 municípios desenvolvem ações desse Programa.</p> <p><b>OBJETIVO</b></p> <p>Reduzir a morbimortalidade por câncer, por meio da diminuição da prevalência de fumantes, da eliminação da poluição tabagística ambiental, da redução do consumo excessivo de álcool, da redução da exposição excessiva às radiações solares, bem como da adoção de hábitos alimentares saudáveis e da prática de atividades físicas pela população. Para tanto, o Programa é composto por subprogramas, dirigidos aos ambientes de trabalho, escolas e unidades de saúde: “Programa Ambientes Livres do Fumo”, “Programa Saber Saúde” e Programa Abordagem e Tratamento do Fumante.</p> <p><b>ATIVIDADES REALIZADAS</b></p> <p><b>Programa Ambientes Livres do Fumo:</b> eliminar a poluição tabagística ambiental dos ambientes de trabalho, unidades de saúde e nas escolas, reduzindo a prevalência de fumantes ativos e passivos.</p> <p>Algumas atividades desse subprograma são: Disseminação de informações sobre os malefícios do tabagismo ativo e, sobretudo, passivo nos ambientes de trabalho, unidades escolares e unidades de saúde; Cadastramento de ambientes de trabalho, unidades escolares e unidades de saúde municipais, utilizando formulários do INCA, disponibilizados pela SES; Envio dos cadastros realizados às SES, continuamente;</p> <p>Capacitação das equipes das unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho para a implantação do programa nas suas dependências; Sinalização e fiscalização da restrição do uso do fumo nesses ambientes, em parceria com a vigilância sanitária municipal.</p> <p><b>Programa Saber Saúde:</b> formar cidadãos críticos capazes de fazer opções conscientes que contribuam para sua saúde, a saúde coletiva e a do meio ambiente em geral, sob a ótica da promoção da saúde, na busca de uma melhor qualidade de vida. O público-alvo é formado por alunos do Ensino Fundamental (6-14 anos). Os alunos do Ensino Médio (15-18 anos) são agregados ao processo como multiplicadores. Os materiais de apoio utilizado nas ações do subprograma são: livros, guia metodológico, revistas para crianças e adolescentes, adesivos, cartazes e vídeos, disponibilizados pelo INCA.</p> <p>As atividades contempladas no subprograma são: Disseminação de informações, pelos professores aos alunos, sobre os malefícios do tabagismo, uso prejudicial do álcool, exposição excessiva à radiação solar, alimentação inadequada, inatividade física e sexo sem proteção; Realização de atividades relacionadas ao consumo do tabaco e outros fatores de risco de câncer no cotidiano da escola, em todas as disciplinas, como parte do projeto pedagógico. Dentre as atividades propostas estão a prática de uma alimentação saudável na escola, com estímulo à criação de hortas, e atividades ao ar</p>	



Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

livre em horários apropriados e protegidas do sol; Capacitação de alunos do Ensino Médio, utilizando o mesmo material de apoio, para serem multiplicadores.

**Programa Abordagem e Tratamento do Fumante:** tem o objetivo de promover a cessação de fumar na população. Para tanto, podem ser utilizadas duas abordagens: a) abordagem cognitivo-comportamental, que envolve a mudança de crenças, comportamento e o estímulo ao autocontrole, superando a dependência e as dificuldades em parar de fumar; b) abordagem com apoio medicamentoso para minimizar os sintomas da síndrome de abstinência. Essa abordagem tem como condição indispensável que o fumante esteja participando da abordagem cognitivo-comportamental.

Esse subprograma envolve as seguintes ações: Divulgação de métodos eficazes para a cessação de fumar, por meio de campanhas, mídia, serviço gratuito de telefonia e redes sociais; Oferecimento de sessões geralmente em grupo, com duração de até 12 meses. No 1º mês as sessões são semanais, abordando questões relativas ao tabagismo e às dificuldades encontradas pelos participantes em parar de fumar. No 2º mês as sessões são quinzenais com conteúdo flexível, a critério do coordenador, abordando as experiências dos não-fumantes. Do 3º ao 12º mês, as reuniões são mensais, para manutenção da condição de não-fumante. Para as quatro primeiras sessões, são disponibilizados aos municípios quatro manuais contemplando os temas específicos de cada sessão; Oferecimento de terapia de reposição de nicotina, por meio de adesivo transdérmico, goma de mascar e/ou pastilhas e, ainda, a depender da avaliação clínica, é oferecido o antidepressivo Bupropiona.

É importante salientar que todos os medicamentos são fornecidos pelo INCA/MS, contudo, para que a SMS os receba é imprescindível que anualmente preencha uma planilha com o planejamento do tratamento no ano seguinte e, ainda, que a cada três meses envie à SES a planilha de prestação de conta dos medicamentos utilizados.

**Comunicação e Mobilização Social:** como diretriz transversal do Programa são realizadas ações pontuais, como campanhas, seminários e eventos em geral, direcionadas para a mudança de comportamento e cultura da população. Essas ações abordam os malefícios causados pelo tabagismo desde o plantio do tabaco até o seu consumo. Costumam ser realizadas nas seguintes datas comemorativas: 31 de maio – Dia Mundial sem Tabaco; 29 de agosto – Dia Nacional de Combate ao Fumo; e 27 de Novembro – Dia Nacional de Combate ao Câncer.

### ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA

Para o município implantar o Programa de Controle do Tabagismo e de Outros Fatores de Risco de Câncer é necessário manifestar o seu interesse à SES, por meio da Coordenação de Mobilização Comunitária e Promoção de Modos de Vida Saudáveis para que seja oferecido um treinamento sobre a descentralização do Programa aos técnicos e gestores municipais. Os técnicos terão que estabelecer parcerias, principalmente com a Educação e a Vigilância Sanitária do município. Também é importante estabelecer parceria com a Atenção Primária à Saúde, Coordenação do Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde/das Cidades, Saúde do Trabalhador, Organizações não governamentais (ONG), sociedades científicas, conselhos profissionais e outros.

Pelo fato de cada subprograma apresentar especificidades, envolvendo diferentes parceiros e profissionais a serem treinados, após o treinamento inicial, abordando o Programa de modo geral, são realizados treinamentos específicos, voltados para cada subprograma.

Os primeiros treinamentos são ministrados pela SES, contudo, posteriormente, cada município deve assumir a capacitação dos profissionais de sua rede de saúde e educação. E, ainda, cada município deve monitorar a implantação do Programa em seu território.

### LINKS ÚTEIS

[www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br); [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

### PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES

-Lei n.º 9.294 de 15/06/1996; Lei n.º 10.167 de 27/12/2000; Portaria n.º 1.498 de 22/08/2002; Portaria MS n.º 1.575 de 29/08/2002; Portaria MS n.º 1.035 de 31/05/2004); Decreto nº 5.658, de 02/01/2006.

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES		
Setor	Telefone	Email
DGPMAVS/ Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/ Coordenação de Mobilização Comunitária e Promoção de Modos de Vida Saudáveis	3184-0347 3184-0339 3184-0340	tabagismope@gmail.com promoção.sespe@gmail.com





# Vigilância em Saúde do Trabalhador



	<p><b>Procedimento Operacional Padrão</b></p> <p><b>Vigilância em Saúde do Trabalhador</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>A Vigilância em Saúde do trabalhador (VISAT) é definida na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (Portaria GM/MS Nº 182/12) como sendo um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Visa à promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). A especificidade de seu campo é dada por ter como objeto a relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho, abordada por práticas sanitárias desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas. Neste sentido, a VISAT deve se inserir no processo de construção da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (Portaria GM/MS Nº 3.252/09). Compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (Portaria GM/MS Nº 3.120/98).</p>	
<p><b>REDE DE SAÚDE DO TRABALHADOR EM PERNAMBUCO</b></p> <p>A portaria GM/MS Nº 2728/09 dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Toda a rede de saúde, nos três níveis de atenção, deverá realizar ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos relacionados ao trabalho. O atendimento inicial do trabalhador deverá ser feito na rede básica (acolhimento, identificação, notificação, investigação epidemiológica, diagnóstico e tratamento dos casos confirmados de agravos e/ou acidentes relacionados ao trabalho). Havendo dificuldade para diagnóstico ou tratamento o paciente poderá ser encaminhado para as 36 unidades de referência do estado, também chamadas de Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador.</p> <p>Além das Unidades Sentinelas existem os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) que desempenham as funções de suporte técnico, educação permanente, coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, na sua área de abrangência. A atuação principal dos CEREST é na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Demais atribuições dos CEREST podem ser encontradas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador no capítulo IV, seção II. Pernambuco possui um CEREST Estadual e oito CEREST Regionais.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Teoricamente, qualquer doença ou agravo poderá ter relação com o trabalho, por isso é preciso que os profissionais da rede fiquem atentos a história clínica do paciente, a circunstância do adoecimento, sua ocupação atual e pregressa para estabelecer o nexo entre sua doença/agravo e sua trajetória profissional. Várias fichas de notificação/investigação de agravos de notificação compulsória possuem o campo que indaga sobre a ocupação e se o agravo está relacionado ao trabalho. É preciso orientar os profissionais de saúde para importância destas informações para planejar ações de saúde do trabalhador, uma vez que atualmente é baixa a completude no preenchimento destes campos e o planejamento e análise da situação de saúde do trabalhador são prejudicados.</p> <p>Os casos notificados pelas unidades de saúde são armazenados no banco de dados do SINAN. A vigilância em saúde dos Municípios, das Gerências Regionais e os CEREST Regionais deverão fazer o acompanhamento deste banco e</p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

desencadear ações integradas de vigilância objetivando análise do processo produtivo e intervenção para promover saúde e evitar novos casos. O principal objetivo neste caso são ações de promoção e prevenção das doenças e agravos relacionados ao trabalho.

A portaria 104 de 2011 define no anexo III os agravos que são de notificação compulsória nas Unidades Sentinela em Saúde do Trabalhador, tais como: Acidente de trabalho grave, Acidente de trabalho com material biológico, Intoxicação exógena relacionada ao trabalho, Câncer relacionado ao trabalho, Dermatoses ocupacionais, Lesões por Esforço Repetitivo ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), Pneumoconioses e Transtornos mentais relacionados ao trabalho.

A definição de cada agravo de saúde do trabalhador pode ser encontrada nas fichas de notificação do SINAN para este agravo, disponível no site <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>

### FLUXO DA NOTIFICAÇÃO

Segue o fluxo padrão dos demais doenças/agravos do SINAN.

### INVESTIGAÇÃO DO CASO

A investigação dos casos é inicialmente feita nas unidades de saúde, buscando-se o preenchimento de todos os campos da ficha de notificação. Em seguida as equipes de vigilância em saúde podem buscar mais detalhes para confirmação do caso. Cabe a todos os profissionais da saúde comunicar e caracterizar situações de exposição ao risco; a notificação do caso; e desenvolver ações de promoção e prevenção. Cabe ao médico e enfermeiro emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho e orientações sobre procedimentos trabalhistas; além do encaminhamento para rede especializada, se necessário. Cabe ao médico o diagnóstico e tratamento conforme protocolos vigentes; e estabelecer o nexo causal.

### Metodologia para investigação na Vigilância em Saúde do Trabalhador

A investigação em saúde do trabalhador possui procedimentos que variam de acordo com o agravo e o processo produtivo que se irá investigar. Ex: investigação de um acidente grave na construção civil é diferente de um caso de intoxicação exógena por agrotóxico na agricultura. Por isso para cada caso deve se realizar uma preparação prévia da equipe que irá realizar a investigação.

#### Fase Preparatória:

- Levantar a cadeia produtiva;
- Definir a equipe;
- Realizar estudo prévio para levantamento dos riscos relacionados à atividade a ser investigada;
- Realizar estudo prévio da aplicação da legislação pertinente para o processo produtivo a ser investigado;
- Elaborar roteiro de inspeção;
- Preparar recursos para registro audiovisual;
- Articular com sindicatos e outros órgãos e serviços que possuam interfaces com o ramo produtivo;

#### Fases da ação de vigilância em saúde do trabalhador nos locais de trabalho:

- Solicitar as presenças de representante ou responsável técnico da empresa e do vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA para expor o motivo da visita e acompanhamento da ação;
- Solicitar (previamente, no momento da inspeção ou posteriormente) documentações/ informações referentes à empresa; trabalhadores; processo produtivo; organização do trabalho; prevenção de Riscos; controle de saúde do trabalhador;
- Identificar e reconhecer os riscos: físico, químico, biológico, decorrente da organização do trabalho; condições de higiene e conforto; condições ambientais em relação à eliminação de resíduos sólidos, líquidos e gasosos e formas de tratamento; ruído externo; limpezas de filtros e descartes;
- Coletar amostras do ambiente de trabalho (produtos, substâncias químicas, resíduos, água, matérias-primas, etc) para análises laboratoriais;



Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

Solicitar medições (na suspeita da existência de riscos adicionais).

**Avaliação da ação de vigilância em saúde do trabalhador:**

A partir das informações coletadas, a equipe deverá:

Analisar os resultados das amostras laboratoriais coletadas e das medições;

Analisar os dados epidemiológicos obtidos e de outros sistemas de informações;

Elaborar relatórios de vistoria, indicando irregularidades e solicitando medidas de eliminação, correção, controle e prevenção;

Aplicar procedimentos administrativos como termos, autos de infração e de imposição de penalidade, embargos, interdições ou outros adotados pelos municípios;

Propor ações educativas a serem desenvolvidas nos locais de trabalho;

Discutir assistência aos trabalhadores adoecidos ou com suspeita.

**EXAMES LABORATORIAIS DE INTERESSE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E COLETA DE AMOSTRAS**

Em alguns casos poderá ser necessário realizar coleta de amostras para diagnóstico de agravos ou riscos relacionados ao trabalho. Comumente os **exames toxicológicos** são uma importante ferramenta auxiliar para a identificação e mensuração da intoxicação pelas substâncias químicas presentes no ambiente de trabalho. São utilizados para confirmar casos clinicamente suspeitos, detectar novos casos de exposição, controlar a qualidade dos produtos ou alimentos potencialmente associados à exposição, e controlar os níveis de poluentes nos ambientes, e os níveis biológicos de exposição aos agentes patogênicos.

A rede dispõe de unidades de saúde que possuem exames disponíveis para o diagnóstico dos pacientes que procuram atendimento nos serviços de saúde já com alguns sinais e sintomas. Além disso, o Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) orienta cidadãos e profissionais de saúde em casos de intoxicação pelo telefone 0800 722 6001 durante 24 horas todos os dias da semana.

Caso ainda não haja situação de adoecimento e sim de exposição a riscos, a vigilância dispõe do LACEN- (81) 3181-6560 para dar suporte laboratorial à vigilância em saúde. Em alguns casos se faz necessário realizar estudos prévios do processo produtivo e das substâncias envolvidas para determinar que marcadores de saúde deverão ser acompanhados nos trabalhadores. Cita-se como exemplo um dos exames que pode auxiliar no diagnóstico de intoxicações por agrotóxico (Organofosforados e Carbamatos) é a dosagem da colinesterase. É importante ressaltar que a análise da atividade dessa enzima não deve ser utilizada de maneira isolada, ou seja, nem sempre um resultado alterado significará intoxicação, é preciso confrontar os resultados com a história clínica do paciente. Atualmente a dosagem de colinesterase está

descentralizada pelo LACEN nos municípios de Recife, Cabo de Santo Agostinho, Caruaru e Salgueiro. A NR 7 - Programa de controle médico de saúde ocupacional, da Portaria n.º 3.214, de 08/06/1978 do Ministério do Trabalho, prevê que todo o trabalhador que manuseia agrotóxicos (incluindo os agentes de controle de endemias do município) deve realizar a dosagem de colinesterase no exame admissional.

Recomenda-se também aqui aos municípios buscar apoio técnico junto aos CEREST Regionais que dão cobertura ao seu território.

**LINKS ÚTEIS**

[www.saude.gov.br/svs/pisat](http://www.saude.gov.br/svs/pisat)

[www.renastonline.org](http://www.renastonline.org)

**PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES**

**PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012 ; Portaria nº 1.339/GM**, de 18 de novembro de 1999; **Portaria nº 777/GM** de 28 de abril de 2004 ; **Portaria nº 666/GM** de 26 de setembro de 2002; **Portaria nº 698/GM** de 30 de março de 2006 ;


**Manual RENAST** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Nome	Telefone	Email
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde/ Gerência de Atenção a Saúde do Trabalhador	81-31840613	trabalhador.pe@gmail.com
CEREST Estadual	81-31816533	cerestestadualpe@gmail.com
CEREST Recife	33551850	cestrecife@bol.com.br
CEREST Goiana	81- 92278950	anadeliaanaclara@hotmail.com
CEREST Cabo	81-35216711	cerestcabo@yahoo.com.br
CEREST Jaboatão	81 - 33422208	cerest.guararapes@gmail.com
CEREST Palmares	81 - 36622153	cerest.palmares@yahoo.com.br
CEREST Ouricuri	87 - 38628551	cerestpetrolina@gmail.com
CEREST Petrolina	87 - 38623751	cerestpetrolina@gmail.com
CEREST Caruaru	81 - 37011714	cerestcaruaru@ig.com.br

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p align="center"><b>Vigilância Epidemiológica das Intoxicações Exógenas</b></p> <p align="center"><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Identificar, notificar e realizar ações de promoção e prevenção à saúde em relação aos agravos relacionados à intoxicação por substâncias químicas. Atualmente a área técnica de intoxicações exógenas da Secretaria Executiva de Vigilância à Saúde está ligada a Gerência de Atenção à Saúde do Trabalhador. Mesmo ligada a esta Gerência, a área técnica é responsável por apoiar Gerências Regionais de Saúde e municípios em todos os casos de intoxicação exógena, relacionados ao trabalho ou não.</p>	
<p><b>DEFINIÇÃO DE CASO</b></p> <p>Todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis. <b>Atenção</b> para os casos de intoxicação por alimentos e bebidas contaminados por material biológico (bactérias, vírus, toxinas de origem alimentar, entre outros), pois não são casos de intoxicação exógena. Intoxicação exógena está relacionada somente a substâncias químicas.</p>	
<p><b>NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>A notificação de casos de intoxicação exógena é fundamental para organizar ações de vigilância em saúde no âmbito municipal, estadual e federal. A partir da notificação vamos traçar o perfil epidemiológico deste agravo e planejar ações. Por exemplo, podem estar acontecendo muitos casos de intoxicação por chumbinho no município e a Vigilância Sanitária municipal poderá planejar ações para combater a venda deste produto, articular os Agentes Comunitários de Saúde para realizar diálogos com os moradores sobre o perigo e a ilegalidade do chumbinho, entre outras ações.</p> <p>O instrumento para notificação e investigação é a ficha de notificação por Intoxicação Exógena do Sinan-Net, disponível em:  <a href="http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/Intoxicacao_Exogena.pdf">http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/Intoxicacao_Exogena.pdf</a>.</p> <p>A intoxicação Exógena é um agravo de notificação compulsória em toda a rede de saúde de acordo com a portaria GM/MS número 104, de 25 de janeiro de 2011. Assim, as equipes de Vigilância em Saúde dos municípios deverão preparar todos os profissionais da rede, desde a atenção primária até as unidades mais especializadas, para a correta notificação de casos. Está disponível na internet um instrutivo de preenchimento da ficha de Intoxicação Exógena no endereço eletrônico:  <a href="http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/instrucionais/Intoxicacao_Exogena.pdf">http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/instrucionais/Intoxicacao_Exogena.pdf</a></p> <p>A Área técnica de Intoxicação Exógena da SEVS disponibiliza um instrutivo próprio com mais detalhes sobre os campos da ficha aos profissionais de saúde interessados, bastando solicitar por um dos meios de contato no final deste documento.</p> <p>No âmbito do Estado de Pernambuco, em caso de surto, caso grave ou óbito suspeito ou confirmado por intoxicação exógena a notificação é imediata. Ou seja, os serviços de saúde devem notificar em até 24 horas as autoridades sanitárias do município de ocorrência do evento.</p> <p><b>Obs.:</b> Os casos de surtos alimentares deverão ser notificados e investigados na ficha de Doença Transmitida por Alimentos do Sinan.</p>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Por ser um agravo de notificação compulsória, os casos de intoxicação exógena devem ser notificados por toda a rede</p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

de saúde, tanto pública como privada e pode ser feita por qualquer profissional de saúde.

A Vigilância em Saúde do município deve pactuar junto às unidades de saúde o período para recolhimento das fichas e local para digitação. Lembramos essa notificação segue o fluxo padrão do Sinan.

Como especificado na Portaria Estadual 104 publicada no Diário Oficial do Estado Nº 45, de 9 de março de 2012, em caso de surto, caso grave ou óbito suspeito ou confirmado por intoxicação exógena a notificação é imediata.

Os municípios também deverão comunicar os casos à sua respectiva Gerência Regional de Saúde ou, ainda, ao Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs/PE). Caso não consiga contato é possível ser feita comunicação pelo telefone (81) 9488-4267 (plantão 24 horas por dia, 7 dias por semana e 365 dias por ano. O Cievs ainda disponibiliza o FormSus para notificação via Web no endereço:  
[http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=9517](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=9517)

### INVESTIGAÇÃO

A investigação de casos de indivíduos que sofreram intoxicação exógena é fundamental para conclusão do diagnóstico e realizar ações de prevenção para evitar novos casos.

Na própria ficha de notificação/investigação por intoxicação exógena contém informações que irão orientar a investigação como grupo de agente tóxico, via de exposição, circunstância, tipo de atendimento, entre outras. Os municípios têm um prazo de 180 dias para encerrar a investigação de casos de intoxicação exógena.

Uma fonte de informação importante para investigação de casos é a FISPQ (Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos). A FISPQ é um documento obrigatório para a comercialização de produtos químicos e fornece informações sobre vários aspectos dos produtos quanto à segurança, à saúde e ao meio ambiente, bem como recomendações sobre medidas de proteção e ações em situação de emergência. As empresas que utilizam produtos químicos em seus ambientes de trabalho são obrigadas a manter este documento em suas dependências.

### MEDIDAS DE PREVENÇÃO

-Manter medicamentos, produtos de limpeza, cosméticos e outros produtos que possam causar intoxicação fora do alcance de crianças; -Seguir as orientações médicas, ler a bula de medicamentos e não realizar automedicação; -Não armazenar produtos de limpeza fora do recipiente original; -Somente comprar raticidas, produtos domésticos/saneantes com rótulo onde se possa identificar o número de registro do produto no Ministério da Saúde ou no Ministério da Agricultura; -Seguir orientações do fabricante e usar corretamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) recomendados.

### COLETA DE AMOSTRAS

Como podem ocorrer casos de intoxicação por diferentes substâncias, vias de exposição e circunstâncias não podemos definir um processo padrão de coletas de amostras.

Em casos de intoxicação, sempre que possível, deve-se coletar a embalagem do produto que causou intoxicação para correta identificação.

Um dos exames que pode auxiliar no diagnóstico de intoxicações por agrotóxico (Organofosforados e Carbamatos) é a dosagem da colinesterase. É importante ressaltar que a análise da atividade dessa enzima não deve ser utilizada de maneira isolada, ou seja, nem sempre um resultado alterado significará intoxicação. Assim, deve-se contatar o Lacen ou o Laboratório de Referência para seu município para identificar quais Unidades realizam a dosagem de colinesterase e qual o procedimento que deve ser adotado.

A NR 7 - Programa de controle médico de saúde ocupacional, da Portaria n.º 3.214, de 08/06/1978 do Ministério do Trabalho, prevê que todo trabalhador que manuseia agrotóxicos (incluindo os agentes de controle de endemias do município) deve realizar a dosagem de colinesterase no exame admissional. Também determina que este exame seja repetido, no mínimo, semestralmente.

### LINKS ÚTEIS

-[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br); [www.fiocruz.br](http://www.fiocruz.br); [www.saude.pe.gov.br](http://www.saude.pe.gov.br)

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

<b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b> -Portaria GM/MS Nº 104, de 25/01/2011; Portaria Estadual 104 publicada no Diário Oficial do Estado Nº 45, de 9 de março de 2012; NR 07 Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Quadro 1. Parâmetros para Controle Biológico da Exposição Ocupacional a Alguns Agentes Químicos.		
<b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b>		
Setor	Telefone	Email
DGPMAVS/ Gerência de Atenção a Saúde do Trabalhador	3184-0613	trabalhador.pe@gmail.com sevs.intoxicacoes.pe@gmail.com
Centro de Assistência Toxicológica (Ceatox)	0800 722 6001	ceatox@saude.pe.gov.br
CIEVS	3184-0192	-






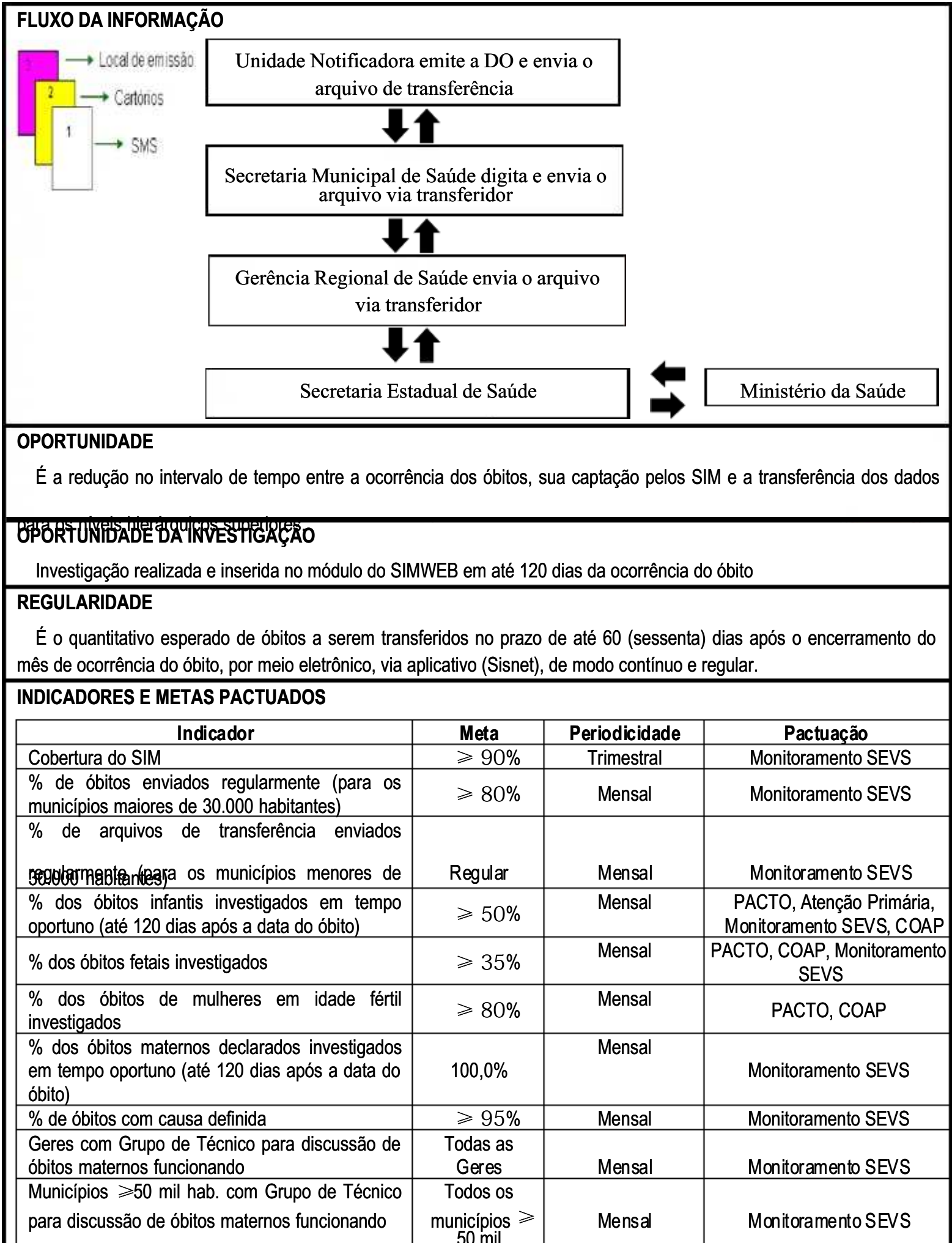
# Sistemas de Informação em Saúde





	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b></p> <p><b>Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)</b></p> <p><b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>DESCRIÇÃO</b></p> <p>É um sistema de vigilância epidemiológica, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país a fim de fornecer informações sobre mortalidade para todas as instâncias do sistema de saúde.</p>	
<p><b>CONCEITO</b></p> <p>É o conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre óbitos ocorridos no país.</p>	
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Conhecer a situação de saúde da população e gerar ações visando sua melhoria; Contribuir na formulação de indicadores epidemiológicos como instrumentos estratégicos de suporte ao planejamento das ações, atividades e programas voltados à gestão em saúde; Subsidiar a tomada de decisão em diversas áreas da assistência à saúde.</p>	
<p><b>DOCUMENTO – PADRÃO</b></p> <p>Declaração de Óbito (DO).</p>	
<p><b>A QUEM COMPETE O PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO PADRÃO</b></p> <p>Médicos. Os Cartórios <b>APENAS</b> emitem DO em localidades <b>sem médicos</b>.</p>	
<p><b>ATRIBUIÇÕES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Âmbito Federal:</b> normatização, consolidação, avaliação e retroalimentação dos dados, divulgação da informação e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade do Sinasc;</li><li>- <b>Âmbito Estadual:</b> normatização, consolidação, avaliação, envio regular e retroalimentação dos dados, divulgação da informação e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade do Sinasc;</li><li>- <b>Âmbito Municipal:</b> distribuição de DO às Unidades Notificadoras; Coleta de DO nas Unidades Notificadoras; Revisão do preenchimento da DO; Resgate de informações; Codificação; Digitação e transferência dos dados; Investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, maternos, fetais e infantis e Discussão dos óbitos maternos, fetais e infantis em Grupo Técnico/Comitê; Retroalimentação; Consolidação; Monitoramento de Indicadores Operacionais e Epidemiológicos; Avaliação e divulgação de informação; Orientação em serviço; desenvolvimento de demais ações para o aprimoramento da qualidade do SIM.</li></ul>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados




	00 mil habitantes		
--	-------------------	--	--

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

<b>ACESSO ÀS INFORMAÇÕES E LINKS ÚTEIS</b> www.datasus.gov.br; www.saude.gov.br		
<b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b> Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade, 2001; A Declaração de Óbito: Documento Necessário e Importante; Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito, 2011; Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, 2009; Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno, 2009; Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Infantil e Fetal, 2011; Manual de Preenchimento das Fichas de Investigação do Óbito Materno, 2011; Portaria GM/MS Nº 72 de 11/01/2010; Portaria SVS/MS Nº116 de 11/02/2009; Portaria GM/MS Nº 1119 de 05/06/2008; Portaria Nº 201, de 03/11/2010.		
<b>TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES</b>		
<b>Setor</b>	<b>Telefone</b>	<b>Email</b>
Diretoria Geral de Informações e Ações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica/ Gerência de Monitoramento e Vigilância de Eventos Vitais/ Coordenação do Sim	3184-0195 3184-0196	gmvevpe@gmail.com

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>DESCRIÇÃO</b></p> <p>O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) é responsável pela coleta, transmissão e disseminação de dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica visando apoiar o processo de investigação dos casos e subsidiar a análise das informações epidemiológicas das doenças e agravos de notificação compulsória.</p>	
<p><b>CONCEITO</b></p> <p>Sistema de informação de abrangência nacional que concentra dados originados a partir do registro de casos suspeitos e ou confirmados de doenças e agravos de notificação compulsória, de interesse nacional, estadual e municipal.</p>	
<p><b>OBJETIVO</b></p> <p>O Sinan tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.</p>	
<p><b>DOCUMENTO PADRÃO</b></p> <p>Fichas notificação/investigação padronizadas e específicas para cada agravo/doença</p>	
<p><b>ATRIBUIÇÕES MUNICIPAIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gestão: O Sinan possui gestão compartilhada entre as três esferas (municipal, estadual e nacional).</li><li>- Distribuição e controle: os municípios são responsáveis pela reprodução e distribuição dos instrumentos de notificação/investigação. O controle numérico (margem numérica) é repassado da SES para as Gerências Regionais de Saúde (Geres) e estas distribuem aos municípios.</li><li>- Emissão e preenchimento do instrumento: Os instrumentos são emitidos pelos municípios e devem ser preenchidos em unidades notificadoras.</li><li>- Investigação epidemiológica: os casos suspeitos de doenças/agravos de notificação compulsória devem ser investigados para confirmação ou descarte. Esta investigação é realizada pelo município de residência do paciente.</li><li>- Análise e divulgação: compete às três esferas (municipal, estadual, nacional) analisar os dados inseridos no sistema, bem como divulgar informações epidemiológicas embasadas nestes dados. Este processo facilita a formulação e avaliação das políticas públicas, planos e programas de saúde e subsidia o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.</li></ul>	
<p><b>FLUXO DA NOTIFICAÇÃO</b></p> <p>Unidades ambulatoriais/hospitais/outras fontes → Secretaria Municipal de Saúde → Regional de Saúde → Secretaria Estadual de Saúde (Nível Central) → MS</p>	
<p><b>PORTARIAS E NORMATIZAÇÕES</b></p> <p>- Portaria GM/MS Nº 104, de 25/01/2011; Portaria Estadual Nº 104, de 17/02/2012; Portaria GM/MS Nº 201, de 03/11/2010; Sinan: normas e rotinas/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.</p>	
<p><b>A QUEM COMPETE O PREENCHIMENTO DO DOCUMENTO PADRÃO</b></p> <p>Os profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos</p>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

públicos e particulares de saúde e ensino, laboratórios, entre outros.

### FLUXO PADRÃO

- Secretaria Municipal de Saúde → (Semanal) → Regional de Saúde (até a quarta-feira da SE seguinte)
- Regional de Saúde → (Semanal) → SES (até a quinta-feira da SE seguinte)
- Secretaria Estadual de Saúde → (Quinzenal) → Ministério da Saúde (1º ao 3º dia útil/16º ao 18º dia útil)

### OPORTUNIDADE

O indicador de encerramento oportuno refere-se a um dos indicadores de acompanhamento do Sinan. Através deste, é possível calcular o percentual de casos notificados que foram encerrados oportunamente, isto é, com informações sobre o diagnóstico final (classificação final) e data de encerramento preenchida. O prazo foi estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), por nota técnica, para cada doença/agravo incluído no indicador.

Este indicador possibilita à vigilância epidemiológica verificar a velocidade com que está encerrando os casos a partir do momento em que são notificados. Para o MS, considera-se oportunidade aceitável se pelo menos 80% dos casos notificados são encerrados no intervalo de tempo esperado. Valores mais próximos de 100% denotam agilidade ao sistema de vigilância no fluxo da informação.

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.

#### Quadro 1: Prazo para encerramento das investigações segundo doença/agravo notificação

Doença/Agravado		Prazo para Encerramento
Botulismo	Leishmaniose visceral	60 dias após a data da notificação
Cólera	Leptospirose	
Coqueluche	Malária	
Dengue	Meningite	
Difteria	Peste	
Doença de Chagas	Raiva	
Febre Amarela	Rubéola	
Febre do Nilo	Sarampo	
Febre Maculosa	Tétano Acidental	
Febre Tifóide	Paralisia Flácida Aguda	
Hantavirose	Tétano Neonatal	
Leishmaniose Tegumentar Americana		180 dias após a data da notificação
Síndrome da Rubéola Congênita		
Hepatite Viral		

### REGULARIDADE

- Regularidade de envio de lotes: envio de lotes de transferência das bases de dados dentro dos períodos estabelecidos. Este envio deve ocorrer de maneira contínua para o nível hierárquico imediatamente superior.

- Regularidade de notificações: os municípios devem registrar notificações individuais de agravos de notificação compulsória ou notificação negativa ou de surto ou de epizootias. São analisadas 08 semanas epidemiológicas (SE)

consecutivas. Caso o município não apresente notificações neste período, ele será considerado irregular e os recursos financeiros poderão ser suspensos.

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados

**INDICADORES E METAS PACTUADAS**

- Percentual de encerramento oportuno das doenças de notificação compulsória listadas pelo Ministério da Saúde. **Meta:** 80,0% de encerramento oportuno (meta nacional e estadual).
- Percentual de municípios com encerramento oportuno  $\geq 80\%$  de doenças de notificação compulsória listadas pelo Ministério da saúde. **Meta:** 45,0% do total de municípios (meta estadual).
- Envio regular de lotes de transferência. **Meta:** 80.0% de lotes enviados regularmente.

**LINKS ÚTEIS**

-[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)


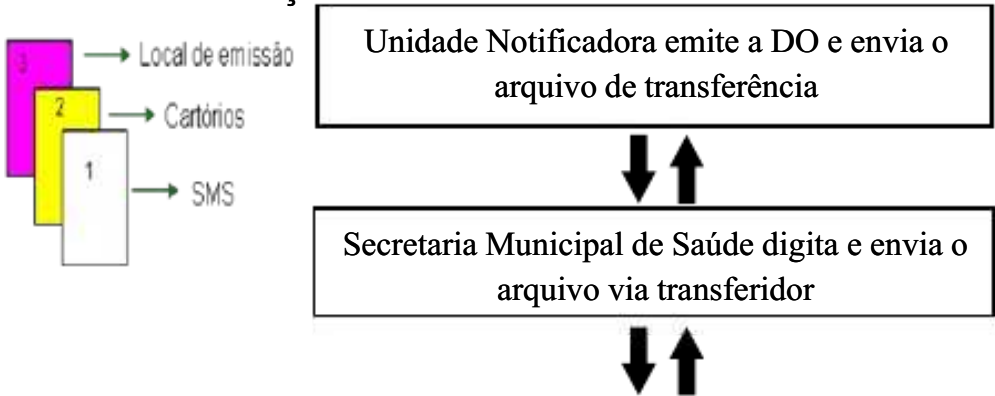
**ACESSO ÀS INFORMAÇÕES**

[www.saude.gov.br/sinanweb](http://www.saude.gov.br/sinanweb)

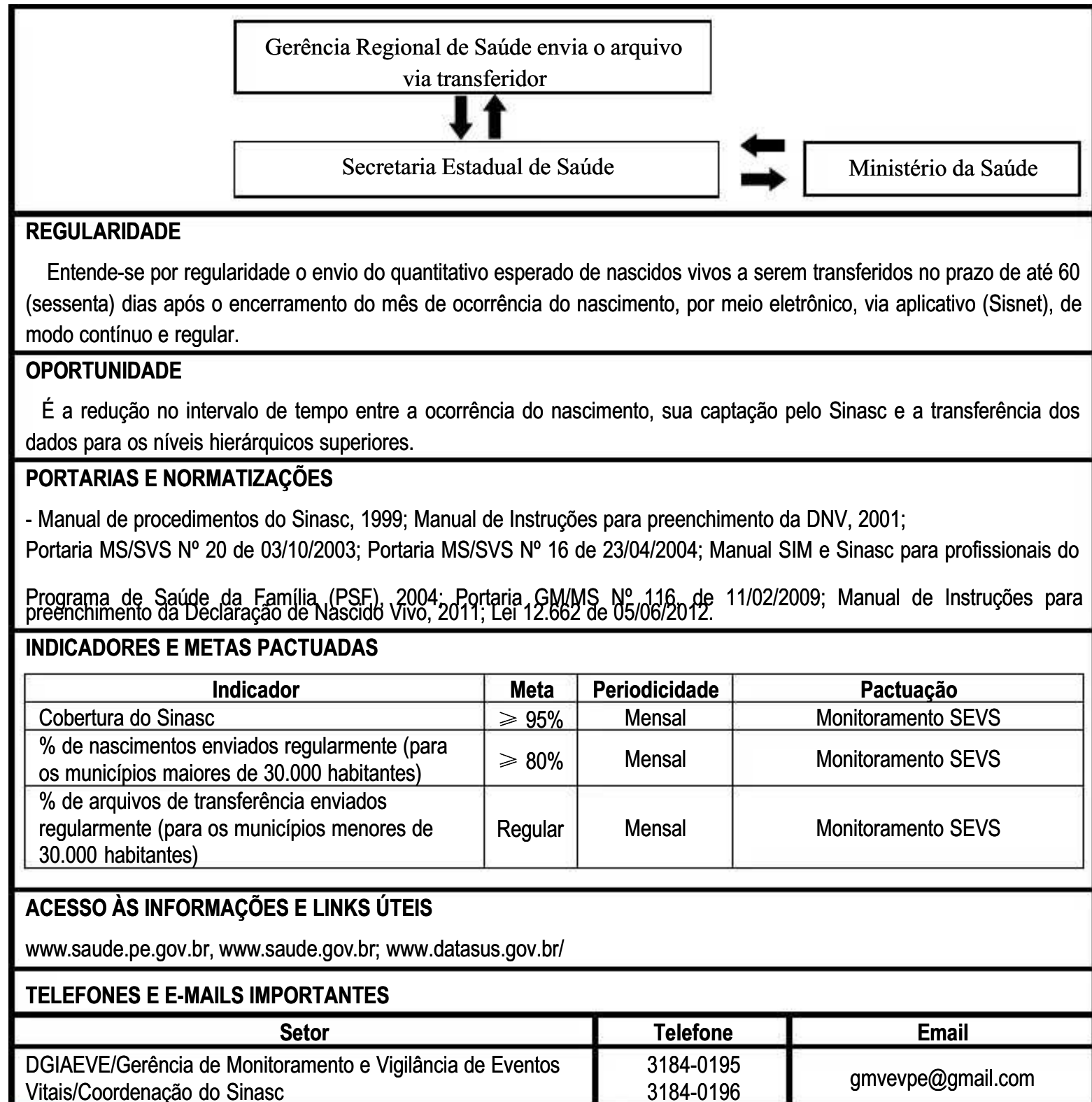
**TELEFONES E E-MAILS IMPORTANTES**

Setor	Telefone	Email
DGIAEVE/Gerência de Informações Estratégicas/Coordenação do Sinan	3184-0189	<a href="mailto:sinan@saude.pe.gov.br">sinan@saude.pe.gov.br</a>



	<p align="center"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b> <b>Vigilância Epidemiológica da Natalidade</b> <b>Elaboração: janeiro/2013</b></p>
<p><b>DESCRIÇÃO</b></p> <p>O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) é um sistema de vigilância epidemiológica cujo objetivo é captar dados sobre os nascidos vivos (NV) do país, a fim de fornecer informações sobre natalidade para todas as instâncias do sistema de saúde.</p>	
<p><b>CONCEITO</b></p> <p>É o conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre NV ocorridos no país.</p>	
<p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Fornecer informações sobre natalidade para subsidiar a vigilância da criança de risco assim como o planejamento das ações de saúde materno e infantil e contribuir para redução do subregistro de nascimento.</p>	
<p><b>DOCUMENTO PADRÃO</b> Declaração de Nascido Vivo (DN).</p>	
<p><b>RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO</b></p> <p>Profissional de saúde que prestou assistência durante o parto ou imediatamente após o nascimento. Os Cartórios de Registro Civil podem emitir a DN para os NV de partos domiciliares que não tiveram assistência profissional ou imediatamente após o nascimento para mulheres residentes de área descoberta pela Atenção Primária à Saúde.</p>	
<p><b>ATRIBUIÇÕES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Âmbito Federal:</b> normatização, consolidação, avaliação e retroalimentação dos dados, divulgação da informação e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade do Sinasc;</li> <li>- <b>Âmbito Estadual:</b> normatização, consolidação, avaliação, envio regular e retroalimentação dos dados, divulgação da informação e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade do Sinasc;</li> <li>- <b>Âmbito Municipal:</b> distribuição de DN às Unidades Notificadoras; Coleta de DN nas Unidades Notificadoras; Revisão do preenchimento da DN; Resgate de informações; Codificação; Digitação e transferência dos dados; Retroalimentação; Consolidação; Monitoramento de Indicadores Operacionais e Epidemiológicos; Avaliação e divulgação de informação; Orientação em serviço; desenvolvimento de demais ações para o aprimoramento da qualidade do Sinasc.</li> </ul>	
<p><b>FLUXO DA INFORMAÇÃO</b></p>  <pre> graph TD     A[Unidade Notificadora emite a DO e envia o arquivo de transferência] --&gt; B[Secretaria Municipal de Saúde digita e envia o arquivo via transferidor]     B --&gt; A   </pre>	

Guia para Gestão da Vigilância em Saúde - Procedimentos Operacionais Padronizados



## Legislação Básica

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Portaria GM/MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados e Distrito Federal na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

Portaria conjunta SE/SVS nº 8, de 29 de junho de 2004. Define o Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e dá outras providências.

Portaria SVS/MS nº 16, de 4 de maio de 2005. Regulamenta a suspensão do repasse mensal dos recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS.

Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto.

Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta as transferências federais para ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento.

Decreto nº 5.450, de 31 de maio de 2005. Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.

Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.

Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 - Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Portaria Estadual nº 104 – publicada no DOE-PE nº 34, de 17 de fevereiro de 2012: acrescenta doenças e agravos estaduais à lista nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências. Republicada no DOE-PE nº 45, de 9 de março de 2012, por ter saído com incorreção do original.





