

A PRÁTICA DA VIGILÂNCIA E A VIGILÂNCIA NA PRÁTICA

Adriana Germano Marega
Raquel Xavier de Souza Saito

SUMÁRIO

A prática da Vigilância em Saúde	40
Reduzir a morbimortalidade por tuberculose	46
Eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública	48
Reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis	49
Reduzir da morbimortalidade das doenças e agravos nãotransmissíveis e seus fatores de risco ..	49
Efetivar a Vigilância da situação de saúde	51
Referências	52

A PRÁTICA DA VIGILÂNCIA E A VIGILÂNCIA NA PRÁTICA

A PRÁTICA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Entre os grandes desafios para a concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) está a organização da Atenção Primária à Saúde (APS).

Desde 1996, com a edição da Norma Operacional Básica – NOB-SUS/96 –, o Programa Saúde da Família passou a ser reconhecido como estratégia para fortalecer a APS e substituir o modelo de atenção tradicional. Evidências mostram que as diretrizes desse programa/ estratégia possibilitam levar a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar os principais indicadores de saúde.

Por envolver saberes tanto específicos da saúde como de diversas áreas do conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., a prática na APS é algo complexo que demanda intervenções amplas que considerem, além das múltiplas facetas do processo saúde e doença, os diferentes contextos e realidades nos quais vivem os indivíduos e famílias. As diretrizes da territorialidade, adscrição, cadastramento das famílias e longitudinalidade da atenção permitem aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) melhor reconhecimento dos problemas dos usuários, elevando a probabilidade de resolução das dificuldades. Na medida em que os profissionais reconhecem a dinâmica do território, as necessidades de saúde da população, os problemas e as demandas que se apresentam mais prevalentes, estimativas, revisões de indicadores e metas podem ser constantemente discutidas, de modo a subsidiar o planejamento das ações de saúde. Nesse contexto, a vigilância em saúde deixa de ser um acessório para se tornar um importante instrumento da gestão e coordenação do cuidado (BRASIL, 2006a).

As diretrizes nacionais da vigilância em saúde têm como princípio a integralidade da atenção, obtida a partir da construção de redes de atenção à saúde coordenadas pela APS. A organização dos processos de trabalho se orienta por dispositivos e metodologias que favorecem o planejamento, a programação, o monitoramento e a avaliação integrada das ações individuais e coletivas. As ações de vigilância em saúde devem ser programadas com o objetivo de assegurar prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde por meio de estratégias como: linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos (BRASIL, 2013a).

A Portaria nº 1.378, de 2013, define Vigilância em Saúde como:

um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2013).

As ações de vigilância devem ser ascendentes e integradas, do nível local até o federal. As diretrizes para o planejamento devem compatibilizar recursos, necessidades e o estabelecimento de metas de saúde que permitam prevenção de doenças e agravos e a promoção da saúde.

A vigilância em saúde deve ser incorporada ao conjunto de atividades das equipes de Saúde da Família; deve, ainda, ser compreendida como oportunidade de aprendizado diversificado, participativo, portador de sentido, interdisciplinar e prospectivo. Por se tratar de processos sistemáticos e contínuos de observação, a análise das informações deve ser realizada em tempo adequado¹, para permitir avaliações situacionais e intervenções oportunas (BRASIL, 2013a).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que trata da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ao revisar as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cita entre as atribuições comuns a todos os membros da equipe as reuniões técnicas orientadas por instrumentos da vigilância e pelos indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com o objetivo de melhorar os principais indicadores de saúde (BRASIL, 2011a).

Processos de trabalho orientados por referenciais teórico-conceituais e metodológicos da vigilância em saúde, além de considerarem os pressupostos da epidemiologia clássica, têm no reconhecimento dos determinantes sociais

1 Por convenção internacional, as semanas epidemiológicas, contadas de domingo a sábado, servem de referência para situar uma doença ou agravo num recorte de tempo. Os serviços de saúde devem comunicar todas as semanas epidemiológicas do ano, mesmo as negativas. Notificação negativa é a notificação da NÃO ocorrência de doenças de notificação compulsória na área de abrangência da unidade de saúde. Essa prática demonstra que o Sistema de Vigilância e os profissionais da área estão alertas para a ocorrência de eventos cujo controle é de interesse da equipe e da comunidade.

de saúde a base para análises da situação de saúde da população. Essa prática deve subsidiar o planejamento adequado às diferentes realidades de saúde do território.

O mapeamento dos riscos sanitário, ambiental, epidemiológico e da saúde do trabalhador oferece à equipe o conhecimento do território, assim como a definição das prioridades a serem consideradas no planejamento e programação das ações da equipe. A atenção às especificidades do território possibilitará intervenções mais adequadas ao controle dos riscos, agravos e doenças da população.

Faria e Bertolozzi (2010) analisaram as perspectivas sob as quais os profissionais da Atenção Básica organizavam as ações de vigilância e constataram o predomínio de ações fundamentadas e orientadas pelos referenciais da epidemiologia clássica, ou seja, a promoção da saúde não era reconhecida como diretriz para a organização do trabalho. Além disso, os profissionais não reconheciam a vigilância como um instrumento importante para a gestão do cuidado. Essa constatação levou as autoras a propor um conjunto de situações e indicadores que deveriam ser monitorados pela equipe:

Saúde da criança:

- Monitoramento de crianças com baixo peso;
- Acompanhamento e monitoramento de crianças expostas à sífilis;
- Acompanhamento do desenvolvimento de crianças que tenham apresentado Apgar baixo ao nascer (valores inferiores a 5) ou no caso de prematuras;
- Monitoramento da vacinação de menores de 5 anos na Unidade Básica de Saúde (UBS) e nos equipamentos educativos da região; e
- Análise dos dados de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses;
- Análise de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – Coeficiente de Mortalidade Infantil.

Saúde da mulher:

- Vigilância e busca ativa de faltas às consultas do pré-natal;
- Acompanhamento e monitoramento das gestantes com sífilis;
- Monitoramento de resultados de exames de mamografia e Papanicolau alterados;
- Acompanhamento de mães adolescentes;
- Monitoramento de morte materna;
- Acompanhamento de situações que envolvem violência doméstica;
- Análise dos dados do Sistema de Informação à Saúde do Pré-natal (SIS-Pré-natal); e
- Análise de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) – Coeficiente de Mortalidade Materna.

Saúde do adulto:

As ações voltadas para a prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce, acompanhamento e monitoramento das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e dos seus fatores de risco visam à redução das principais causas de morbimortalidade da população adulta e são avaliadas por meio:

- Da prevalência de hipertensão e diabetes na população cadastrada;
- Da estratificação do risco cardiovascular em usuários com HAS e DM;
- Do monitoramento do acompanhamento individual dos usuários com HAS e DM, segundo estratificação de risco;
- Da vigilância e monitoramento dos exames alterados e metas terapêuticas;
- Da classificação de risco para o pé diabético; e
- Da vigilância e busca ativa de faltas às consultas de adultos portadores de diabetes e/ou hipertensão descompensada.

VIGILÂNCIA DA ASSISTÊNCIA

Sistematização de dados oriundos da assistência para subsidiar a avaliação da qualidade do atendimento; e Registros sobre a assistência nos prontuários (FARIA; BERTOLOZZI, 2010).

Mobilize e programe reuniões técnicas com sua equipe e com demais profissionais de sua unidade. Nesses espaços, identifiquem os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborem planos e definam a programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados. Elaborem Projetos Terapêuticos Singulares e Projetos de Saúde no Território (PTS e PST) com vistas a prestar assistência integral aos indivíduos e às famílias sob sua responsabilidade sanitária.

Ao tratar dos pressupostos teórico-conceituais e metodológicos da vigilância em saúde, tomamos por referência Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998). Esses autores tecem considerações sobre as novas propostas e abordagens da vigilância. No **Quadro 1**, apresentam características de modelos assistenciais ancorados em diferentes interpretações da vigilância.

QUADRO 1 Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde				
Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de trabalho	Formas de Organização
Modelo médico assistencial privatista	<ul style="list-style-type: none"> • Médico • Especialização • Complementariedade • Paramédicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença (patologia e outras) • Doentes (clínica e cirurgia) 	Tecnologias médicas (indivíduo)	<ul style="list-style-type: none"> • Rede de serviços de saúde • Hospital
Modelo sanitarista	Sanitaristas - auxiliares	Modos de transmissão fatores de risco	Tecnologia sanitária	<ul style="list-style-type: none"> • Campanhas sanitárias • Programas especiais • Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde população (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local e situacional e tecnologias médico-sanitárias.	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas saudáveis • Ações intersetoriais • Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte | TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998.



_Fig. 1: Transição paradigmática da vigilância em saúde. (BRASIL, 2013)

O quadro mostra que a prática da vigilância tem sido aprimorada a partir de evidências produzidas por suas próprias ações, incluindo a observação e uso de informações sobre a magnitude dos problemas de saúde e seus determinantes. As disparidades de risco entre pessoas, entre momentos no tempo e entre regiões distintas, assim como a influência das desigualdades e do contexto social e econômico na saúde das populações brasileiras, **são essenciais** para as interpretações dos fatores que interferem no processo saúde e doença (BRASIL, 2013). Na **Figura 1**, destaca-se o deslocamento do olhar sobre a doença para o modo de vida (condições e estilo de vida das pessoas).

O **Quadro 2** (na página seguinte) traz a síntese das diretrizes, componentes e planejamento da vigilância em saúde. Essa estrutura visa contemplar e preservar especificidades e realidades locais.

Entre as diretrizes da vigilância em saúde, para todos os seus componentes, a territorialização propõe caracterizar a população com base nas variáveis demo-

QUADRO 2 Aspectos do desenvolvimento da Vigilância em Saúde

Componente da Vigilância em Saúde	
Vigilância Epidemiológica	Visa à detecção, à prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
Vigilância em Saúde ambiental	Propõe um conjunto de ações que visam ao conhecimento e à detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.
Vigilância em Saúde do Trabalhador	Conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.
Vigilância Sanitária:	Busca eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde.
Vigilância da situação de saúde:	Desenvolve ações de monitoramento contínuo do território, por meio de estudos e análises que revelem os principais indicadores de saúde, priorizando questões relevantes e contribuindo para um planejamento mais abrangente.

Fonte / Adaptado de BRASIL, 2013.

gráficas, socioeconômicas, culturais, das condições de vida, ambientais, de perfil epidemiológico e de indicadores de morbidade e mortalidade. As análises desses dados devem subsidiar a reestruturação dos processos de trabalho a partir da descrição dos problemas, tais como: o quê? (problema), quando? (atual ou potencial), onde? (territorialização), quem? (indivíduos ou grupos) sendo a Educação Permanente como recurso para desenvolver competências na equipe para que ela possa intervir diante de situações que geram riscos ou expõem pessoas, famílias e comunidades. Essas diretrizes orientam a formulação de ações que atendam às especificidades de diferentes territórios.

A articulação entre as vigilâncias, assim como a articulação com demais ações e serviços do SUS, é essencial para que a integralidade seja alcançada.

Dos diferentes componentes da vigilância em saúde destacam-se:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de doenças por meio do sistema de notificação compulsória é o principal instrumento da vigilância epidemiológica. A padronização dos critérios para notificação e investigação garante que casos de determinada doença possam ser investigados em diferentes lugares e períodos e, apesar disso, ser classificados adequadamente, permitindo comparações entre espaços geográficos e conjuntos populacionais distintos.



Saiba mais...

A Lei 10.083 de 23/09/1998 determina em seu artigo 64 a obrigatoriedade da notificação para:

- I – médicos que forem chamados para prestar cuidados ao doente, mesmo que não assumam a direção do tratamento;
- II – responsáveis por estabelecimentos de assistência à saúde e instituições médico-sociais de qualquer natureza;
- III – responsáveis por laboratórios que executem exames microbiológicos, sorológicos, anatomopatológicos ou radiológicos;
- IV – farmacêuticos, bioquímicos, veterinários, dentistas, enfermeiros, parteiras e pessoas que exerçam profissões afins;
- V – responsáveis por estabelecimentos prisionais, de ensino, creches, locais de trabalho ou habitações coletivas em que se encontre o doente;
- VI – responsáveis pelos serviços de verificação de óbito e institutos médico-legais e
- VII – responsáveis pelo automóvel, caminhão, ônibus, trem, avião, embarcação ou qualquer outro meio de transporte em que se encontre o doente.

Fonte | http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/outros/CVE12_GUIA_VE_ATUALIZADO.pdf

QUADRO 3

Classificação dos na vigilância epidemiológica

Tipo caso	Definição	Objetivos da investigação
Caso suspeito	Pessoa cuja história clínica e epidemiológica, sintomas e possível exposição a uma fonte de infecção/contaminação sugerem estar desenvolvendo ou em vias de desenvolver alguma doença	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a fonte e o modo de transmissão; • Identificar os grupos expostos a maior risco; • Identificar casos secundários; • Identificar os fatores determinantes: esclarecer as circunstâncias que propiciaram a ocorrência, investigar os fatores de risco e coletar informações adicionais; • Confirmar o diagnóstico; • Determinar as principais características epidemiológicas; e • Recomendar e adotar medidas oportunas de prevenção e controle.
Caso confirmado	Pessoa ou animal infectado ou doente que apresenta características clínicas, laboratoriais e epidemiológicas específicas de uma doença ou agravo. A confirmação do caso está condicionada, sempre, à observância dos critérios estabelecidos, para a sua definição, pelo sistema de vigilância	
Caso descartado	Pessoa que não preenche os critérios de confirmação ou para a qual é diagnosticada outra patologia que não aquela que se está apurando (São Paulo - Estado, 2012).	

Fonte | SÃO PAULO - ESTADO, 2012



Destaque

Utilize o **Portal do Centro de Vigilância Epidemiológica** (<http://www.cve.saude.sp.gov.br/>) sempre que necessitar de informações sobre alguma doença ou agravo. Você pode ainda fazer contato pelo **Disque CVE** (0800-555-466), 24 horas, todos os dias.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL

Suas ações se orientam para o monitoramento da qualidade da água, do ar e do solo para utilização humana; e de desastres de origem natural, com substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos e ambiente de trabalho. Dentre os riscos ambientais monitorados destacam-se ainda esgoto, lixo (doméstico, industrial e hospitalar) e vetores e transmissores de doenças (mosquitos, barbeiro, animais). Em suma, cabe à vigilância ambiental o monitoramento do conjunto das relações entre a sociedade e o ambiente com vistas a identificar fatores biológicos, representados por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos, bem como fatores não biológicos, como a água, o ar, o solo, contaminantes ambientais, desastres naturais e acidentes com produtos perigosos. A relação entre esses fatores deve subsidiar análises contextualizadas e particularizadas em que os riscos ocorrem. Tudo isso traduz pistas para identificar padrões de proteção ou de agravamento de riscos (BRASIL, 2007).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Esse componente da vigilância em saúde visa à redução da morbimortalidade da população trabalhadora e à integração de ações que favoreçam o controle dos determinantes que comprometem a saúde do trabalhador (BRASIL, 2009a).

No processo de construção das Redes de Atenção à Saúde, coordenado pela APS (Portaria GM/MS nº 3.252/09), a vigilância à saúde do trabalhador se concentra na relação entre saúde e trabalho.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora delibera sobre um conjunto de ações e serviços alinhado às demais políticas de saúde no âmbito do SUS. Na programação das ações, a equipe de saúde de família deve considerar os territórios como espaços sociopolíticos dinâmicos nos quais existem trabalhadores residentes e não residentes que executam atividades produtivas em locais públicos e privados peri e intradomiciliares.



Saiba mais...

Saiba mais sobre a **Política de Saúde do trabalhador e sobre a Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador** acessando:

<<http://www.renastonline.org/temas/vigil%C3%A2ncia-sa%C3%BAde-trabalhador>> e

<http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf>

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Abrange o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que direta ou indiretamente se relacionam com a saúde. Exemplo: verificar a adoção das Boas Práticas – BPF para Serviços de Alimentação que devem ser implantadas pelos estabelecimentos de: cantinas, bufês, comissárias, confeitarias, cozinhas industriais, cozinhas institucionais, *delicatessens*, lanchonetes, padarias, pastelarias, restaurantes, *rotisseries* etc. No site da ANVISA, você pode acessar os Protocolos das Ações de Vigilância Sanitária em http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/protocolo_acao.pdf.

As ações destacadas nos diferentes componentes da vigilância em saúde possibilitam a antecipação da tomada de decisões. Isso permite que essas ações sejam executadas de forma adequada e levando-se em consideração aspectos importantes, como prazo, custos, qualidade, segurança, desempenho e outros condicionantes (BRASIL, 2010).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA PRÁTICA

Os pressupostos da vigilância em saúde se concretizam na prática das equipes de saúde a partir da associação dos seus elementos essenciais e das prioridades definidas nas Políticas Públicas. A **Figura 2** apresenta a síntese desses elementos.



_Fig. 2

O conjunto dos componentes da vigilância em saúde direcionam campos sob os quais a equipe deve orientar o planejamento das ações de saúde. A organização dos processos de trabalho com base nas diretrizes da vigilância em saúde visa orientar a equipe em seu território de abrangência para identificar o perfil e características da população adscrita, de modo a assegurar a promoção e proteção da saúde. Já a agenda 2011-2015 (**Quadro 4**, na página seguinte), elaborada com base nas doenças e agravos mais prevalentes, sinaliza prioridades de atenção que devem compor o planejamento da equipe de saúde.

QUADRO 4

Agenda Estratégica 2011-2015 - Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde

Reduzir os riscos e agravos à saúde da população por meio de ações de promoção e vigilância em saúde	Reduzir as epidemias de dengue e seu impacto na população	Reduzir a morbimortalidade por tuberculose
Fortalecer o Sistema de Vigilância de Doenças Transmissíveis	Eliminar a hanseníase e outras doenças transmissíveis relacionadas à pobreza: Busca ativa: Detectar 1,3 casos de hanseníase por 10.000 habitantes	Reduzir a morbidade por malária na Região Amazônica
Reduzir a morbimortalidade das zoonoses e doenças de transmissão vetorial	Aperfeiçoar os Programas de Vigilância, Prevenção e Controle de doenças de maior carga	Ampliar a capacidade de vigilância e resposta às emergências e desastres
Reduzir a transmissão do HIV/Aids	Reduzir a transmissão das Hepatites Virais	Atender a população com medicamentos para tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids e portadores de hepatites virais
Eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública	Reduzir a incidência das doenças de transmissão respiratória	Reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis
Reduzir a carga de morbimortalidade das doenças e agravos não-transmissíveis e seus fatores de risco	Ampliar as ações de vigilância das violências e das lesões e mortes causadas pelo trânsito	Fortalecer a Política Nacional de Promoção da Saúde
Ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da informação de mortalidade do país e sua utilização	Promover a análise da situação de saúde	Fortalecer a Vigilância em Saúde Ambiental
Implantar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador	Fortalecer a capacidade laboratorial do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS)	Garantir o abastecimento regular e com qualidade de insumos estratégicos da Vigilância em Saúde
Qualificar a gestão descentralizada de Vigilância em Saúde	Qualificar os recursos humanos do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS)	Contribuir para o Plano de Eliminação da Pobreza Extrema

Fonte: IBRASIL, 2011b



Saiba mais...

Acesse as metas definidas pelo Ministério da Saúde para cada uma das prioridades apresentadas no quadro acima em
<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_estrategica_SVS_2011_2015.pdf>

Diante da impossibilidade de discutir, nessa unidade, todos os indicadores apresentados na Agenda 2011-2015, tomamos por critérios de elegibilidade doenças e agravos de maior magnitude, potencial de disseminação, transcendência em que se considera gravidade, relevância social e econômica e vulnerabilidade dos indivíduos. Ante o exposto, apresentaremos diretrizes e planejamento para o controle da tuberculose, sífilis congênita, morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, morbimortalidade das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco.

REDUZIR A MORBIMORTALIDADE POR TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa. O Brasil faz parte do grupo dos 22 países priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo. Em ordem decrescente, os países que têm os maiores números de casos estimados são: Índia, China, Indonésia, Nigéria, África do Sul, Bangladesh, Paquistão, Etiópia, Filipinas, Quênia, Congo, Rússia, Vietnã, Tanzânia, Uganda, Brasil, Afeganistão, Tailândia, Moçambique, Zimbábue, Mianmar e Camboja. A África do Sul é o país que tem a maior taxa de incidência da doença.

Dentre as ações específicas de vigilância para o controle da tuberculose destacam-se:

- Realizar busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR), tendo por indicador de prevalência (1% da população é SR);
- Implementar processos qualificados de avaliação dos contatos de TB;

- Implementar atividades inter e intrasetoriais para apoio ao doente de TB nas suas vulnerabilidades;
- Estabelecer fluxo de informações e busca de: faltosos/ abandonos/ altas hospitalares etc.

A OMS preconiza uma estratégia chamada *Stop TB Strategy*, que tem seis pontos fundamentais:

1. Tratamento supervisionado – estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado);
2. Monitoramento das comorbidades: TB/HIV, Tuberculose Multirresistente (TBMR), TB em populações de maior risco ou vulnerabilidade, tais como pessoas que vivem em comunidades/ favelas, prisioneiros, migrantes, usuários de drogas, albergados, vivendo em situação de rua e diabéticos;
3. Fortalecer o sistema de saúde criando rede de atenção e qualificando a atenção nos diferentes pontos do sistema;
4. Estabelecer fluxos por meio dos quais se integrem setor público e privado na atenção ao paciente de TB e seus comunicantes;
5. Mobilização social para reconhecimento da magnitude da TB como problema de saúde pública e empoderamento do portador de tuberculose para diminuição dos riscos e vulnerabilidades; e
6. Promoção de pesquisas e de trabalhadores da saúde envolvidos no combate à tuberculose.

As principais metas do Programa Nacional de Tuberculose são:

1. Identificar, pelo menos, 70% dos casos estimados;
2. Curar, pelo menos, 85% dos casos notificados;
3. Reduzir o abandono de tratamento;
4. Expandir a cobertura do tratamento supervisionado para os 315 municípios prioritários com maior carga de tuberculose;
5. Ter informação do resultado do tratamento em 100% dos casos diagnosticados;
6. Disponibilizar teste anti-HIV para 100% dos adultos com TB (HIJJAR, 2006).

Entre as principais diretrizes do controle da tuberculose no Brasil estão: tratar a maioria dos casos em Unidades Básicas de baixa complexidade, com profissionais generalistas articulados às Equipes de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; dispor regionalmente de Unidades de Referência mais complexas com recursos hospitalares mais sofisticados e especialistas para ampliar o atendimento; assegurar acesso aos recursos mais complexos quando necessário (HIJJAR, 2006).

O **Quadro 5** apresenta indicadores que devem ser monitorados pela equipe.

QUADRO 5 Indicadores analisados para o controle da tuberculose	
Indicadores epidemiológicos – Morbidade	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de incidência de tuberculose por 100 mil habitantes • Investigar 100% das notificações compulsórias de tuberculose
	Percentual de coinfeção TB-HIV
	Número de casos novos de tuberculose resistente
Indicador epidemiológico: mortalidade	Coeficiente de mortalidade por tuberculose por 100 mil habitantes
Indicadores operacionais	Percentual de realização de cultura de escarro nos casos de retratamento de tuberculose
	Percentual de testagem para o HIV entre os casos novos de tuberculose
	Percentual de cura entre os casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (meta pactuada 85%)
	Proporção de casos novos de acordo com a unidade de notificação e de acompanhamento
	Proporção de casos de tuberculose multirresistente segundo situação de encerramento
	Número de teste rápido molecular para tuberculose realizado
	Percentual de contatos examinados entre os casos novos bacilíferos (meta 80%)
Percentual de tratamento supervisionado realizado entre os casos novos de bacilíferos	

Fonte | Adaptado de Brasil (2013)

Para possibilitar a identificação do número de SR e a prevalência esperada de casos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, apresenta-se a tabela dinâmica, elaborada pela Coordenação de Vigilância em Saúde do Município de São Paulo. O uso da tabela é simples. Ao registrar o número de habitantes de determinada área de abrangência – microárea, área da equipe de saúde da família, unidade de saúde, etc. –, será calculado automaticamente o número

de SR a ser identificado mês a mês no recorte territorial definido. Esse dado permitirá acompanhar a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR). A tabela possibilita ainda conhecer a prevalência de casos de TB esperada para a área em análise. Nessa prevalência, estará explícito o número de casos de tuberculose pulmonar, extrapulmonar, menores e maiores de 15 anos.

Acesse a planilha de monitoramento da Tuberculose. Calcule a prevalência de tuberculose esperada em sua área. Discuta com sua equipe um plano de ação para o monitoramento e controle da tuberculose em sua área

ELIMINAR A SÍFILIS CONGÊNITA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito por via transplacentária. Sabe-se que:

- A transmissão vertical do *T. pallidum* pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna.
- Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da exposição do feto no útero.
- A taxa de infecção da transmissão vertical do *T. pallidum* em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para aproximadamente 30% nas fases tardias da infecção materna (latente tardia e terciária).
- Há possibilidade de transmissão direta do *T. pallidum* por meio do contato da criança pelo canal de parto, se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento, ocorrerá apenas se houver lesão mamária por sífilis.
- Ocorre aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal em aproximadamente 40% das crianças infectadas a partir de mães não-tratadas (BRASIL, 2006b, p. 9-10).

A transmissão vertical da sífilis permanece como um grande problema de saúde pública no Brasil. Entre as doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, a sífilis é a que apresenta as maiores taxas de transmissão. No **Quadro 6**, constam os principais objetivos definidos para o controle da sífilis em gestantes.

QUADRO 6
Objetivos no controle da Sífilis Congênita

	Objetivos
A portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 inclui Sífilis em gestante na lista de agravos de notificação compulsória	Controlar a transmissão vertical do <i>Treponema pallidum</i>
	Acompanhar, adequadamente, o comportamento da infecção nas gestantes, para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção e controle. Definição de caso de sífilis em gestantes para fins de vigilância epidemiológica
	Instituir medidas de Vigilância, Controle e Prevenção Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) direcionadas as gestantes; Monitorar gestantes que durante o pré-natal apresentem evidências clínicas e/ou sorologias não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado
	Instituir instrumento de notificação/investigação: ficha de notificação padronizada. Locais de notificação
	Organizar os serviços de pré-natal. Estabelecer fluxo de informação

Fonte | BRASIL, 2001



Saiba mais...

Para saber mais, leia as **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita** em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf>

A equipe de saúde deve estabelecer fluxos internos que assegurem o diagnóstico da gestante o mais precocemente possível. Devem também capacitar todos os membros da equipe para abordagens que acolham as gestantes e gerem vínculos. Os Protocolos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, deve ser uma referência da equipe, pois suas diretrizes visam reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; visam adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000).

A ficha de acompanhamento de sífilis congênita apresentada no anexo foi elaborada pela Coordenação de Vigilância em Saúde do Município de São Paulo (COVISA). O uso desse instrumento possibilita o controle rigoroso do acompanhamento das gestantes com diagnóstico de sífilis e do recém-nascido exposto a sífilis. Essas fichas auxiliam no monitoramento e na consequente redução do risco da transmissão vertical da sífilis.

Acesse **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento** no endereço <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesse a ficha de acompanhamento da sífilis congênita. Passe a utilizá-la no acompanhamento de suas gestantes. Estabeleça metas juntamente com sua equipe para a redução da sífilis congênita em sua área de abrangência.

REDUZIR A MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

As vacinas são utilizadas, no Brasil, desde o início do século XIX, como medida de controle de doenças (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

O controle das coberturas vacinais deve ser uma prática constante das Equipes de Saúde da Família. Apesar do sucesso do Programa Nacional de Imunização (PNI), doenças já em fase de eliminação ou controle, como rubéola, casos importados de sarampo, recrudescimento (aumento, exacerbação, recrescer) da coqueluche, mostram que, havendo cobertura vacinal de 95%, o objetivo de proteção coletiva pode não ser atingido se, em determinada população, os 5% restantes concentram-se em um mesmo local e representam uma população de não vacinados que podem ser responsáveis pelo desencadeamento de um surto. Diante desse panorama, destaca-se a necessidade de homogeneidade de coberturas, não apenas entre municípios como também no menor espaço de aglomeração populacional, dos bairros, ruas e casas. A equipe de saúde deve buscar novas estratégias de vacinação com o objetivo de reduzir a possibilidade de recrudescimento das doenças imunopreveníveis no país (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).



Destaque

No endereço eletrônico do CVE, você terá acesso aos calendários de vacinação sempre atualizados por faixa etária e ciclos de vida (http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/calendario14_sp_atualizado.pdf)

Dentre as metas do PNI destacam-se:

- Attingir e/ou manter cobertura de 95% para o esquema vacinal de rotina;
- Reduzir o número de internações por tétano neonatal, tétano, sarampo e difteria;
- Reduzir o número de óbitos de menores de 1 ano; e
- Reduzir as internações por infecções respiratórias agudas em crianças e idosos.

Analise a cobertura vacinal nos diferentes ciclos de vida na sua área de abrangência. Estabeleça metas com sua equipe para que se efetivem coberturas homogêneas em sua área.

REDUZIR A MORBIMORTALIDADE DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEUS FATORES DE RISCO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração. As DCNT são consideradas um sério problema de saúde pública e já são responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da OMS (BRASIL, 2011b).

No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72,0% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (MALTA; MORAES NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Programas Nacionais e Internacionais visam amenizar o impacto das DCNT por meio de ações de promoção de saúde, redução dos fatores de risco, melhoria da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento oportuno.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, lançado em 2011 (Brasil, 2011b), tem entre seus objetivos o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir dos eixos:

- a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- b) Promoção da saúde;
- c) Cuidado integral.

Equipes de saúde da atenção básica podem desenvolver habilidades para a programação e planejamento. Ações programáticas permitem aumentar o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde direcionadas à prevenção das doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. A vigilância das DCNT deve ser cotidianamente praticada na atenção em todos os níveis de atenção da saúde (BRASIL, 2002).

No componente da vigilância das doenças não transmissíveis, destacam-se os principais fatores de risco e as causalidades (**Quadros 7 e 8**).

As principais DCNT possuem quatro fatores de risco modificáveis em comum.

QUADRO 7
DCNT e fatores de risco em comum

DCNT	Fatores de risco			
	Tabagismo	Alimentação não saudável	Inatividade Física	Uso nocivo de álcool
Doenças cardiovasculares	X	X	X	X
Câncer	X	X	X	X
Diabetes	X	X	X	X
Doença respiratórias crônicas	X	X	X	X

Fonte | BRASIL, 2011

O reconhecimento desses determinantes permite às equipes a organização das ações de busca ativa, assim como a prevenção, em seus diferentes níveis, de complicações decorrentes dessas doenças.

QUADRO 8
Causalidade das DCNT

Determinantes sociais	Fatores de risco intermediários	Desfechos
Fatores não modificáveis Sexo Genética Idade	Hipertensão Dislipidemia Sobrepeso Obesidade Intolerância à glicose	Doença coronariana Doença cerebrovascular Doença vascular periférica Doença renal crônica DPOC/Enfisema Diabetes Cânceres
Fatores de risco modificáveis Tabagismo Alimentação não saudável Uso nocivo de álcool Inatividade física		

Fonte | BRASIL, 2011b

As metas nacionais propostas para o controle das DCNT são:

- Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos por DCNT em 2% ao ano);
- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes;
- Deter o crescimento da obesidade em adultos;
- Aumentar a prevalência de atividades físicas e lazer;
- Aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- Reduzir o consumo médio de sal;
- Reduzir a prevalência do tabagismo;
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos;
- Aumentar a cobertura de exames preventivos de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos; e
- Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras do câncer.

O monitoramento dessas metas deverá contribuir para a reorientação dos serviços de saúde, da atenção primária e dos processos de trabalho (BRASIL, 2009b).

Acesse As metas do Plano e as metas Globais para o enfrentamento das DCNT

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/672-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/1-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14135-as-metas-do-plano-e-as-metas-globais-para-o-enfrentamento-das-dcnt>

Estabeleça metas com sua equipe para que se efetivem planos para o diagnóstico e manejo das DCNT em sua área de abrangência.

EFETIVAR A VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Como enfatizado em diversos pontos dessa unidade, o monitoramento contínuo do território por meio de estudos e análises dos principais indicadores de saúde para um planejamento mais abrangente deve se constituir prática da equipe de saúde.

Com o objetivo de dispor um sistema de informação para essa prática, o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) criou, em 1998, em conjunto com a Coordenação de Saúde da Comunidade/ Secretaria de Assistência à Saúde (COSAC/SAS), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (SILVA; LAPREGA, 2005).

A partir de 2013, iniciou-se o processo de substituição do SIAB com a implantação do novo sistema da Atenção Básica, o e-SUS AB, como estratégia de reestruturar e integrar as informações da APS. Os relatórios do e-SUS AB disponibilizam informações consolidadas e operacionais que possibilitam aos trabalhadores e gestores a análise sintetizada e sistematizada das ações de saúde realizadas no território. A estrutura e o conteúdo destes relatórios estão disponíveis em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_1.3/index.php?conteudo=Cap08/Manualv1.3Cap08#h.kpppyqsarv8d3>.

O monitoramento das condições de vida e saúde e da situação dos serviços de saúde contempla um elenco de indicadores. Esses indicadores estão presentes no Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso (PMAQ) e são definidos com base no que propõe o Pacto pela vida 2006. Os indicadores estão alinhados aos compromissos entre os gestores e equipe de saúde da família em torno de prioridades de atenção (BRASIL, 2009c).

As prioridades pactuadas apresentam-se direcionadas à atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e saúde do homem (BRASIL, 2009c).

Os principais indicadores de produção e desempenho da Atenção Básica de Saúde, segundo Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009, estão apresentadas no **Quadro 9** (na página seguinte).

Dada a complexidade de todos os componentes da vigilância em saúde, assim como da gama de indicadores inerentes a cada um deles, é possível afirmar que a Vigilância em Saúde se reconfigura com base em novos modelos teóricos, técnicos e conceituais. A visão reducionista baseada apenas nos riscos biológicos cede espaço a compreensões mais ampliadas do processo saúde e doença, exigindo abordagens e articulações interdisciplinares e transdisciplinares. A atenção às especificidades socioambientais, culturais, econômicas, sanitárias e epidemiológicas tem, nos processos de territorialização, cadastramento da população, monitoramento dos dados e indicadores por meio do e-SUS AB, maior

probabilidade de êxito. As reuniões de equipe possibilitam avaliações regulares dos riscos e recursos do território, resultando em ações intersetoriais que favorecem o alcance das metas apresentadas nos diferentes componentes da vigilância em saúde.

QUADRO 9
Indicadores do Pacto pela Saúde

Indicador	Fonte	Método de cálculo
1. Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur	SIH IBGE	Número de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais (por local de residência) x 10.000/Total da população com 60 anos e mais. OBS: Lista Morb CID-10:Fratura do Fêmur.
2. Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 59 anos e a população alvo, em determinado local e ano	SISCOLO IBGE	Número de exames citopatológicos do colo do útero, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano / População Feminina, na faixa etária de 25 a 59 anos, em determinado local e ano.
3. Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero	SISCOLO	Nº de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau com seguimento informado, em determinado ano e local / Nº total de mulheres com diagnóstico de lesão intraepitelial de alto grau, em determinado ano e local X 100. (I No numerador é preciso excluir o número de mulheres sem informação de seguimento).
4. Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano	SIA/ SISMAM A IBGE	Número de mamografias realizadas na faixa etária de 50 a 69 anos, em determinado local e ano/ População feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano.
15. Prevalência de atividade física suficiente no tempo livre em adultos	VIGITEL	Nº de adultos (>= 18 anos) com atividade suficiente / número de adultos (>= 18 anos) residentes na respectiva cidade X 100.
16. Prevalência de tabagismo em adultos	VIGITEL	Nº de adultos (>= 18 anos) fumantes por cidade /Nº de adultos (>= 18 anos) residentes na respectiva cidade X 100.
19. Taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações	SIH/SUS IBGE	Nº de internação por diabetes mellitus* e suas complicações na população de 30 anos a 59 anos, em determinado local e período / População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período x 10.000. Código SIH/SUS: 03.03.03.003
20. Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	SIH/SUS IBGE	Nº de internação por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 30 anos a 59 anos em determinado período / População de 30 a 59 anos, no mesmo local e período x 10.000. Código SIH/SUS: 03.03.04.014-9.
29. Número de Cirurgias Prostatectomia Suprapubica por local de residência	SIH	Nº absoluto de cirurgias de Prostatectomia Suprapubica por local de residência. Código SIH/SUS: 0409030023.

Fonte | São Paulo (2022). Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/htm/outros/CVE12_Guia_VE_ATUALIZADO.pdf>

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 8 jun. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos da vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 76 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita**: manual de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 dez. 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_vigilancia.pdf>. Acessado em : 15 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 nov. 2009c.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 204, p. 55, 24 out. 2011a. Seção 1, pt. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015**. Brasília, 2013.

_____. CONASS. **Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB**. Brasília: CONASS, 2013. Nota Técnica 07/2013.

_____. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013.

DOMINGUES, Carla Magda Allan S.; TEIXEIRA, Antônia Maria da Silva. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2018.

FARIA, Liliam; BERTOLOZZI, Saldanha Maria Rita. A vigilância na Atenção Básica à Saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 789-795, 2010.

HIJJAR, M. A.; PROCÓPIO, M. J. Tuberculose – epidemiologia e controle no Brasil. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 5, n. 2, p. 15-23, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Presentation of the strategic action plan for coping with chronic diseases in Brazil from 2011 to 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2018.

SÃO PAULO (Estado). Lei Estadual nº 10.083, de 23 de setembro de 1998. Dispõe sobre o Código Sanitário do Estado. **Diário Oficial do Estado**, São Paulo, 24 set. 1998. Seção I.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiologia “Prof. Alexandre Vranjac”. **Guia de vigilância epidemiológica**. São Paulo: CVE, 2012. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/hm/outros/CVE12_GUIA_VE_ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2018.

SILVA, Anderson Soares da; LAPREGA, Milton Roberto. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov./dez. 2005

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v. 7, n. 2, jun. 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai. 2018.