

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA PARAÍBA**

NOTA INFORMATIVA Nº 02/2017/SES/COSEMS-PB.

*Orientações para monitoramento do Programa de Qualificação das
Ações de Vigilância em Saúde*

INFORMAÇÕES GERAIS

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) foi instituído por meio da portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013 com o objetivo induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde nos âmbitos estadual, distrital e municipal. Na Paraíba, conforme resolução CIB 152/2013 foi aprovado a adesão dos 223 municípios ao Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

Dessa forma, considerando a relevância para o monitoramento e avaliação das ações relacionadas à Vigilância em Saúde esta Secretaria e Conselho esclarecem e recomendam aos gestores municipais:

INFORMAÇÕES SOBRE O REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO

A relação das metas, com seus respectivos indicadores, que expressam os compromissos e responsabilidades de Estados, Distrito Federal e Municípios, no âmbito do PQA-VS, consta do anexo I a Portaria nº 2.778, de 18 de dezembro de 2014 que revisa a relação de metas, com seus respectivos indicadores, e a metodologia para a Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir do ano de 2014.

O recurso financeiro e metas definidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde estão descritos no quadro 01 e disponível no site: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/pqavs>

Além disso, encontra-se descritos no caderno de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde a meta, a relevância, o método de cálculo, a fonte de dados para avaliação dos indicadores.

Quadro 01: Número de Metas a serem alcançadas e % valores Financeiros de acordo com o porte populacional.

Número de Metas a serem alcançadas (Pop 0 à 10.000 hab)	% incentivo	Número de Metas a serem alcançadas (Pop 10.001 à 30.000 hab)	% incentivo	Número de Metas a serem alcançadas (Pop 30.001 à 50.000 hab)	% incentivo	Número de Metas a serem alcançadas (Pop 50.001 à 100.000 hab)	% incentivo	Número de Metas a serem alcançadas (Pop mais de 100.000 hab)	% incentivo
1	10	1	10	1	10	1	10	1	10
2	30	2	25	2	25	2	20	2	20
3	50	3	40	3	40	3	30	3	30
4	70	4	55	4	50	4	40	4	40
5	90	5	75	5	65	5	50	5	50
6	100	6	90	6	80	6	60	6	60
		7	100	7	90	7	70	7	70
				8	100	8	90	8	80
						9	100	9	90
								10	95
								11	100

Fonte: Brasil, MS/SVS 2017.

INFORMAÇÕES RELEVANTES SOBRE OS INDICADORES PACTUADOS PARA 2017

A portaria nº - 2.984, de 27 de dezembro de 2016/Gabinete do Ministro revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir de 2017. Para tanto, torna-se necessário o monitoramento constante dos seguintes indicadores:

Indicador 01 – Proporção de registros de óbitos alimentados no SIM em relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Meta: no mínimo 90% do número de óbitos estimados registrados no SIM em até 60 dias após o último dia do mês de ocorrência do evento.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- A alimentação no SIM dos registros de óbito deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano.

- Dentre todos os óbitos, a alimentação no SIM dos óbitos fetais, infantis e maternos deve ser priorizada, conforme preconizado nas Portarias nº 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, e nº 1.271/GM/MS, de 6 de junho de 2014, e, ainda, na Nota Informativa GAB/SVS sobre o registro e notificação compulsória de doenças e agravos relativos à Portaria nº 204/GM/MS, de 17 de fevereiro de 2016.
- Quanto ao número de óbitos esperados, serão utilizados os mesmos parâmetros da Portaria nº 47/SVS/MS de 03/05/2016, adaptados para o contexto do PQA-VS. Assim, o método será aplicado a todos os municípios, inclusive para os menores de 30.000 habitantes.
- Número de óbitos esperados - disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/metasSIM/metasSIM.show.mtw>
- Realizar busca ativa de óbitos. Possíveis fontes de informações para óbitos (Cartórios, Secretaria Ação Social, Auxílio Sepultamento, Hospitais, SVO e IML, Unidades Básicas de Saúde, Cemitérios, Funerárias, Serviços de transporte de pacientes - SAMU, Corpo de Bombeiros), Igrejas (missas), Delegacias, Parteiras tradicionais (óbito infantil), outras sugeridas pelo município.
- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com a Gerência Operacional de Resposta Rápida – 32187317.

Indicador 02 – Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em relação ao estimado, recebidos na base federal até 60 dias após o final do mês de ocorrência.

Meta: no mínimo 90% do número de nascidos vivos estimados registrados no SINASC em até 60 dias após o último dia do mês de ocorrência do evento.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta (número esperado de nascimento).

- A alimentação no SINASC dos registros de nascimento deve ser feita de forma regular e constante durante todo o ano.
- Quanto ao número de óbitos esperados, serão utilizados os mesmos parâmetros da Portaria nº 47/SVS/MS de 03/05/2016, adaptados para o contexto do PQA-VS. Assim, o método será aplicado a todos os municípios, inclusive para os menores de 30.000 habitantes.
- Número de nascidos vivos esperados - disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/metasSINASC/metasSINASC.show.mtw>
- Realizar busca ativa de nascimentos nas fontes: Cartórios, Secretaria Ação Social, Auxílio Enxoval, Cadastro Municipal de Domicílios do Bolsa Família, Hospitais, Serviços de transporte de parturientes do município-caso (ambulâncias, SAMU, corpo de bombeiros), Unidades Básicas de Saúde, Parteiras tradicionais, Igrejas (batizados), Farmácias, outras sugeridas pelo município. A Pesquisa de Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e Amazônia Legal, 2008 da SVS/MS aponta que cerca de 94% das declarações de nascidos vivos (DNV) e declarações de óbito (DO) foram captadas em busca ativa realizadas em Hospitais e Cartórios.

- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com a Gerência Operacional de Resposta Rápida – 32187317.

Indicador 03 – Proporção de Salas de Vacina com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), por município.

Meta: 80% de Salas de Vacina com alimentação mensal no SI-PNI, por município.

O SI-PNI caracteriza-se como uma ferramenta de inovação no mecanismo de coleta de dados sobre vacinação, sobretudo no registro da situação vacinal do indivíduo e sua procedência, possibilitando ainda o agendamento de doses subsequentes, a busca ativa dos faltosos, a identificação dos usuários de imunobiológicos especiais e o monitoramento dos Eventos Adversos Pós-Vacinação- EAPV, além da movimentação desses insumos em cada sala de vacinação do estado.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Implantar o SI-PNI em todas as salas de vacinas do município;
- Alimentar o SI-PNI das salas de vacina diariamente, na ocasião da oferta da vacina;
- Manter atualizadas as versões contidas no SI-PNI;
 - a) Realizar o envio regular* dos dados do SI-PNI, conforme portaria nº 47/SVS/MS de 03 de maio de 2016, com o propósito garantir os repasses do Piso Fixo de Vigilância em Saúde- PFVS e do Piso Variável de Vigilância em Saúde-PVVS.
 - b) SALAS DE VACINA DO MUNICÍPIO: enviar os arquivos de exportação até **o 5º dia útil** de cada mês subsequente para as secretarias municipais;
 - c) SECRETARIAS MUNICIPAIS: enviar os arquivos, importados das salas de vacinas, via transmissor para o DATASUS, até **o 10º dia útil** de cada mês subsequente.

* Considera-se envio regular quando a transmissão é adequada e há regularidade na alimentação e envio mensal dos dados no SIPNI, considerando: cadastro de lote, vacinadores, registro de vacinados e movimentação de imunobiológicos.

- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com o Núcleo de Imunizações/SES/PB – 3218- 7388.

Indicador 04–Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) -com cobertura vacinal preconizada.

Meta: 100% das vacinas selecionadas com cobertura vacinal de 95% de crianças menores de 2 anos - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose).

A vacinação das crianças é fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis e é um dos fatores associados com a redução da taxa de mortalidade infantil. A identificação da cobertura vacinal e

dos fatores responsáveis pelo retardo ou pela falta de imunizações é essencial para a adequada monitorização para e busca ativa das crianças que não procuram o serviço de saúde.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Garantir a oferta dos imunobiológicos diariamente nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família-ESF;
- Realizar mensalmente a avaliação das coberturas vacinais através do monitoramento da população-alvo, relação nominal (relatório de não-vacinados) e doses aplicadas;
- Realizar busca-ativa dos faltosos para atualização das cadernetas de vacinação.

Indicador 05 – Percentual de amostras analisadas para o Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano (cloro residual livre, cloro residual combinado ou dióxido de cloro).

Meta: 75% do número de análises obrigatórias realizadas para o residual de agente desinfetante.

A vigilância da qualidade da água para consumo humano (Vigiagua) consiste no conjunto de ações adotadas continuamente para garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente, bem como avaliar e prevenir os possíveis riscos que os sistemas e as soluções alternativas de abastecimento de água podem representar à população abastecida, abrangendo todo o sistema de produção de água potável, desde a captação até o ponto de consumo, incluindo estações de tratamento, reservatórios e sistemas de distribuição.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Os municípios necessitam cumprir o plano de amostragem de rotina da vigilância da qualidade da água para consumo humano. Os parâmetros que compõem o plano de amostragem básico foram definidos tendo em vista o conhecimento já consolidado na literatura especializada sobre os indicadores da qualidade microbiológica da água para consumo humano, são eles: turbidez, cloro residual livre (ou outro composto residual ativo, caso o agente desinfetante utilizado não seja o cloro), coliformes totais/*Escherichia coli* e fluoreto. Os quatro primeiros foram definidos devido à sua importância como indicadores básicos da qualidade microbiológica da água para consumo humano e o flúor por seu significado de saúde em função de deficiência ou excesso. A definição da quantidade de amostras preconizado na Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano é:



Tabela 1 – Número mínimo mensal de amostras analisadas para os parâmetros Cloro residual livre, Turbidez, Coliformes Totais, Escherichia coli, segundo faixa populacional do município (1)

PARÂMETROS	POPULAÇÃO (HAB.)					
Cloro residual livre (2)	0 a 5.000	5.001 a 10.000	10.001 a 50.000	50.001 a 200.000	200.001 a 500.000	Superior a 500.001
Turbidez Coliformes Totais Escherichia coli	6	9	8 + (1 para cada 7,5 mil habitantes)	10 + (1 para cada 10 mil habitantes)	20 + (1 para cada 20 mil habitantes)	35 + (1 para cada 50 mil habitantes)

Fonte: Ministério da Saúde / Diretriz Nacional do Plano de Amostragem da Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano

(1) Para o DF, as Regiões Administrativas foram consideradas na lógica de município.

(2) Análise do composto residual ativo, caso o agente desinfetante utilizado não seja o cloro.

- Para o alcance do indicador Residual de Agente Desinfetante em água para consumo humano o gestor municipal deve garantir profissional qualificado e equipamento adequado, conforme especificações recomendadas:

Especificação do comparador visual para análise de Cloro Residual Livre (CRL): Clorímetro, tipo digital portátil, faixa trabalho 0 a 2,50 mg/l, resolução 0,01 mg/l, precisão 0,02 mg/l, precisão fotométrica 2 per, tensão alimentação 9 VDC ou 110/ 220 VAC V, acessórios 2 cubetas de 25 ml; reagentes; manual de instruções, características adicionais microprocessador interno garantidor exatidão lei.

- Para os municípios que necessitam de qualificação e/ou atualização para a análise da água o núcleo de fatores não biológicos/vigilância ambiental/SES/PB está à disposição através dos contatos: 32187491/32187434 e/ou email: nfnb.saudepb@gmail.com

Indicador 06 – Número de semanas epidemiológicas com informações no SINAN.

Meta: 50 semanas epidemiológicas com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto), no período de um ano.

Este indicador representa a atividade do sistema de vigilância de morbidades do país e complementa positivamente as obrigações previstas na Portaria nº 47/GM/MS, de 3 de maio de 2016, que estabelece o bloqueio de recursos no caso de não ocorrer regularidade na alimentação.

Permite vigilância ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, principalmente frente às situações de epidemias ou alteração do padrão epidemiológico.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Alimentar semanalmente o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) com, pelo menos, uma notificação (positiva, negativa ou de surto).

- A notificação positiva é o registro dos casos de doenças e agravos no Sinan. Neste sentido, faz-se necessário que todas as unidades notificantes, caso não ocorra nenhuma doença a ser notificada, encaminhem a notificação negativa seguindo o mesmo fluxo das fichas de notificação individual de casos para a Secretaria Municipal de Saúde para seguir a alimentação no Sinan.
- A falta da informação no Sinan positiva ou negativa sinaliza uma falha no acompanhamento da vigilância epidemiológica.
- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com a Gerência Operacional de Resposta Rápida – 32187317.

Indicador 07 – Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação.

Meta: 80% de casos das doenças de notificação compulsória imediata registrados no SINAN encerradas em até 60 dias a partir da data de notificação

Este indicador representa a capacidade de detecção de eventos de saúde pública e qualifica a informação, sendo relevante, pois envolve todas as doenças e agravos que são de notificação compulsória imediata nacional, cujas medidas de prevenção e controle estão previstas.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Informar e notificar oportunamente os casos suspeitos e/ou confirmados dos agravos de notificação compulsória imediata, seguindo o fluxo conforme Portaria nº 204, 17 de fevereiro de 2017;
- A notificação imediata deve ser realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível. A digitação no Sinan deve ocorrer em até 07 dias e encerramento oportuno em até 60 dias;
- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com a Gerência Operacional de Resposta Rápida – 32187317.

Indicador 08 – Proporção de casos de malária que iniciaram tratamento em tempo oportuno. (Não Se Aplica ao Estado da Paraíba)

Indicador 09 – Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Meta: 4 ciclos, dos 7 preconizados, com mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Adequar o número de Agente de Combate às Endemias (ACE) conforme os imóveis existentes, considerando 1 ACE para cada 800 a 1000 imóveis;
- Garantir a carga horária de 40 horas semanais nas atividades de visitas domiciliares no controle do *Aedes aegypti*;
- Alimentar o Sistema de Informação vigente.
- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com a Gerência Operacional de Vigilância Ambiental – 32187434 e/ou32187480

Indicador 10 – Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase.

Meta: 80% dos contatos dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes, examinados.

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (*M. Leprae*). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença atinge pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas. A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Esse indicador mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase para aumento da detecção oportuna de casos novos

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Detectar e tratar precocemente os casos novos para interromper a cadeia de transmissão e prevenir as incapacidades físicas;
- Examinar e orientar contatos domiciliares de casos novos de hanseníase, com enfoque na detecção em fase inicial da doença e redução das fontes de transmissão;
- Examinar e orientar os indivíduos que residem em áreas de elevada endemicidade (áreas territoriais com incidência elevada de casos multibacilares e em menores de 15 anos), através da busca sistemática de doentes;
- Examinar as pessoas que buscam espontaneamente os serviços de saúde, por outros motivos que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos;
- Examinar a coletividade com atividades de campanhas de busca de sintomáticos dermatológicos, como por exemplo no mês de janeiro alusivo ao dia mundial de luta contra hanseníase;
- Mobilizar a comunidade, principalmente em áreas de alta incidência da doença, para que as pessoas busquem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas da doença;
- Orientar os profissionais que foram qualificados nas Oficinas realizadas pelo Núcleo de Doenças Endêmicas que repassem as informações referentes ao reconhecimento dos sinais e sintomas da doença, diagnóstico e tratamento, além das ações de promoção da saúde e prevenção de incapacidades.

A vigilância de contatos consiste na investigação de todos os contatos domiciliares registrados dos casos novos detectados, devendo ser realizada:

- Anamnese dirigida a sinais e sintomas da hanseníase;
- Exame dermatoneurológico (exame da superfície corporal e palpação de nervos);
- Checagem da presença de cicatriz de BCG;
- Repasse de orientações ao contato registrado sobre período de incubação, transmissão, e sinais e sintomas precoces da hanseníase e sobre seu eventual aparecimento, indicando, nesses casos, a procura da unidade de saúde.

A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue os seguintes critérios:

- na ausência de cicatriz, deve-se administrar uma dose da vacina BCG;
- ~~na presença de uma cicatriz, faz-se uma dose de BCG, mantendo o intervalo mínimo de 6 meses~~ entre as doses;
- na existência de duas cicatrizes, não aplicar BCG.

Todo contato de hanseníase deve receber a orientação de que a BCG não é uma vacina específica para essa doença, sendo destinada, prioritariamente, aos contatos domiciliares.

Orientações Importantes:

- 1) Contatos domiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.
 - 2) Na incerteza de cicatriz vacinal ao exame dos contatos domiciliares, recomenda-se aplicar uma dose, independentemente da idade.
 - 3) Contatos de hanseníase que estão em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam de imunoprofilaxia com a vacina BCG.
 - 4) É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para pessoas vivendo com HIV/AIDS, devem-se seguir as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados. Para mais informações, consultar o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (2014).
- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com o Núcleo de Doenças Endêmicas - 32187326

Indicador 11 – Proporção de contatos examinados de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.

Meta: 70% dos contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial examinados.

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade como um todo. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Intensificar a busca ativa de casos, consideradas as particularidades das populações mais vulneráveis nos territórios;
- Investigar indivíduos com tosse por 3 semanas ou mais (sintomático respiratório) e/ou outros sinais e sintomas, como febre vespertina, sudorese noturna, emagrecimento, inapetência, com imagens radiológicas compatíveis com a doença é considerado caso suspeito e, portanto, deve ser investigado para tuberculose.
- Investigar sintomas específicos da doença de forma sistemática em Privados de liberdade – considerar a presença de tosse por duas semanas ou mais semanas; e
- Investigar sintomas específicos da doença de forma sistemática em População Vivendo com HIV/AIDS (PVHA), indígenas, pessoas em situação de rua – independentemente do tempo do sintoma.

A busca de sintomático respiratório deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde (níveis primário, secundário e terciário) e tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente. Para fins operacionais, o parâmetro nacional usado é de que 1% da população geral seja sintomática respiratória e devem ser investigada no período de 1 ano.

- Registrar a busca de sintomáticos respiratórios no livro de registro do Sintomático Respiratório nos serviços de saúde, que possui campos de preenchimento para dados relacionados ao indivíduo (nome, idade, sexo e endereço) e resultados do exame de escarro para diagnóstico (1ª e 2ª baciloscopias);
- Interrogar sobre a presença e duração da tosse nos serviços de saúde e nas visitas domiciliares (VD), independentemente do motivo da ida do usuário ao serviço ou da VD;
- Orientar os sintomáticos respiratórios identificados sobre a coleta do escarro;
- Coletar duas amostras de escarro para baciloscopia, sendo uma no momento da identificação do sintomático respiratório e outra na manhã do dia seguinte.
- Estabelecer fluxo para conduta nos casos positivos e negativos à baciloscopia e ao teste rápido molecular da tuberculose.

Todos os contatos identificados deverão ser avaliados. Crianças menores de 5 anos, PVHA e portadores de outras condições (doenças ou tratamentos) imunodepressoras ou imunossupressoras deverão ter prioridade na avaliação.

- Entrevistar o caso índice, o quanto antes, para identificação das pessoas que serão consideradas contatos;
- Estabelecer uma lista de contatos contendo dados relevantes: nome, idade, tipo de convívio (casa, ambiente de trabalho, escola), formas de localização dos contatos (endereço e/ou telefone) e outros dados;
- Convidar todos os contatos para comparecer à unidade de saúde, a fim de que sejam realizados exame físico e criteriosa anamnese. Contatos sintomáticos deverão ser investigados, prioritariamente, para tuberculose ativa, e os assintomáticos para Infecção Latente da Tuberculose;
- Visitar os contatos que não comparecerem à unidade de saúde;
- Tratar os casos de ILTB conforme as considerações da Nota Informativa nº08/2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS que dispõe Recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do *Derivado Proteico Purificado*.
- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com o Núcleo de Doenças Endêmicas – 32187326.

Indicador 12 – Número de testes de sífilis por gestante.

Meta: 2 testes de sífilis por gestante

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical que pode causar respectivamente a forma adquirida ou congênita da doença. Seu diagnóstico e seu tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional.

É importante destacar que a Paraíba necessita melhorar as ações oportunas para o diagnóstico e tratamento da sífilis em gestante para evitar a transmissão vertical, considerando que embora tenhamos observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal e a descentralização de teste rápido, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- No pré-natal é recomendada a realização do exame de sífilis na primeira consulta e no terceiro trimestre. Se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto, conforme quadro abaixo:

Tabela 2 - Conduas Diante dos Resultados dos Exames Complementares de Rotina.

Exames de rotina	Resultados	Conduas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Coleta amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	Trate a gestante e seu parceiro. Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega). Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI. Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI. Realize exame mensal para controle de cura.
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

- Para o alcance do indicador **número de testes de sífilis por gestante** faz-se necessário que os profissionais que realizam o teste rápido preencham o Boletim de Produção Ambulatorial/Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) com os seguintes códigos de procedimento:

0214010082 - TESTE RAPIDO PARA SIFILIS EM GESTANTE

0202031179 - VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE;

- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com a Gerência Operacional de DST/Aids e Hepatites Virais– 32187327.

Indicador 13 – Número de testes de HIV realizado.

Meta: 15% de ampliação no número de testes de HIV realizados em relação ao ano anterior.

Esse indicador revela a capacidade de

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Intensificar a captação do diagnóstico de pessoas com HIV, fortalecendo a adesão precoce ao tratamento e conseqüentemente redução da transmissão e melhor qualidade de vida
- A fonte de cálculo para monitoramento desse indicador é SIA-SUS.
- Nesse sentido para o fortalecimento desse indicador reforçamos a importância do preenchimento dos códigos abaixo no BPA/SIA-SUS:

0202030296 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT).

0202030300 - PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA).

0202031020 - PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLUORESCENCIA.

0214010040 - TESTE RAPIDO PARA DETECCAO DE HIV EM GESTANTE.

0214010058 - TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV.

- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com a Gerência Operacional de DST/Aids e Hepatites Virais– 32187327.

Indicador 14 – Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho.

Meta: 95% das notificações de agravos relacionados ao trabalho com o campo "Ocupação" preenchido.

Esse indicador identifica as ocupações que apresentam maiores incidências de agravos e doenças relacionados ao trabalho, possibilitando a definição de ações de promoção, prevenção, vigilância e assistência, de forma mais adequada.

Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Implementar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, alinhando as demais políticas de saúde;
- Apoiar as SMS a fazer o reconhecimento da situação de adoecimento dos munícipes advindos dos processos de trabalho e notificar;

- Melhorar a qualidade do preenchimento das fichas de notificações, no que diz respeito ao “**campo ocupacional**”, “**agente químico**”, “**situação no mercado de trabalho**”, “**CNAe da empresa**” e “**exposição ao trabalho**”, e os demais campos obrigatórios;
- Realizar capacitações dos protocolos (clínicos e epidemiológicos), e assim, fortalecendo a Rede de Atenção Nacional a Saúde do Trabalhador (RENAST);
- Avaliar capacidade instalada da rede, para referência sentinela em saúde do trabalhador;
- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com a CEREST Estadual – 32185822.

Todas essas ações poderão ser desenvolvidas com apoio de suporte técnico e educação permanente, com os CEREST regionais e estadual.

Indicador 15 – Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida.

Meta: 95% de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida

A violência é considerada uma questão de saúde pública mundial, o que torna necessária a ampliação de estratégias que interfiram nesse quadro. No Brasil, esse agravo representa a terceira causa de morte entre crianças de 0 a 9 anos de idade, passando a ocupar a primeira posição na população de 10 a 49 anos, decrescendo para a sexta posição entre os idosos (60 ou mais anos de idade).

As vítimas, comumente, adquirem sequelas, permanentes ou não, que podem levar à incapacidade para o trabalho ou para outras atividades rotineiras, ao absenteísmo, a custos com o pagamento de pensões e de tratamentos de saúde, configurando um importante problema de saúde pública.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA/SINAN), como forma de sistematizar as informações sobre os casos de violências e permitir o cuidado intersetorial às vítimas. Dados gerados por esse sistema são demandados por vários setores do Ministério da Saúde e também por outros ministérios, bem como organizações não governamentais e imprensa.

Desse modo, a qualidade dos dados é primordial para garantir uma análise fidedigna desse problema de saúde. - As características étnico-raciais de uma população constituem-se de variáveis de importância social e epidemiológica no estudo das análises de situação de saúde e, em especial, das desigualdades em saúde. Conhecer-las assume importância estratégica para a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade dos serviços de saúde, na elaboração de políticas públicas e na identificação das doenças e agravos predominantes nos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira. Além disso, a informação "cor ou raça/etnia" possibilita ao SUS cumprir um de seus princípios fundamentais, a Equidade, ou seja, o compromisso de oferecer a todos os cidadãos e cidadãs um tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, atender às necessidades que cada situação apresenta.

É um dado que pode orientar as intervenções nas populações específicas e o aprimoramento do campo raça/cor nos sistemas de informação de saúde, que é de responsabilidade dos trabalhadores e gestores

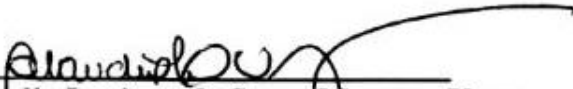
dos serviços de saúde públicos e privados. - É fundamental a apropriação dos dados epidemiológicos pelos profissionais de saúde. Quer esses dados permaneçam nos serviços, quer sejam enviados aos diversos sistemas de informação, eles devem ser utilizados como instrumento capaz de indicar as ações necessárias para garantir a adequação da vigilância, da prevenção e da atenção dispensadas à saúde da população, respeitando-se as especificidades e fortalecendo a promoção da Cultura da Paz.

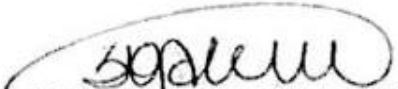
Ações a serem desenvolvidas para alcance da meta

- Orientar os profissionais que foram qualificados nas Oficinas realizadas pelo Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis Estadual que repassem as informações referentes a ficha de notificação de Violência Interpessoal / Autoprovocada realizada pelo Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis Estadual;
- Sensibilizar e articular-se enquanto Secretaria Municipal de Saúde com as Secretarias de Educação (escolas) e Serviço Social (CREAS e CRAS) e Conselho Tutelar para a importância da realização da notificação;
- Realizar o monitoramento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, para a qualificação as informações contidas na ficha de notificação, principalmente no que se refere ao quesito RAÇA/COR.
- Dúvidas sobre o monitoramento do indicador fazer contato com o Núcleo de Doenças Não Transmissíveis – 32187324.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. 2013.


Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras
Secretária de Estado da Saúde – PB


SORAYA GALDINO DE A. LUCENA
Presidente do COSEMS/PB