



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

A Câmara Técnica não é deliberativa. Os itens aqui discutidos e pactuados serão avaliados na reunião da CIB e poderão ser alterados.

ATA DA CÂMARA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

LOCAL: Rua Esteves Junior, 160, 8º andar – sala de reuniões. Florianópolis.

DATA: 13 de agosto de 2018

HORÁRIO: 09h

PRESENTES À REUNIÃO

SES: Lourdes de Costa Remor (CIB), Winston Luiz Zomkowski's (SUVIS), Cristiane Ferreira (LACEN), Simone T. Stolt (DIVS), Eduardo Macário (DIVE).

COSEMS: Sônia Franzoi Bodanese (COSEMS), Fabiane da Silva (Jaraguá do Sul) Jaqueline Luziana W. (Blumenau), Shirley de Freitas Stringari (Blumenau), Suzana Vaz (Criciúma), Gabriela M. Martins (Tubarão).

Coordenação da reunião: Sonia Bodanese

ITENS DE PAUTA

1. O papel do LACEN na Vigilância em Saúde;
2. Interação entre Atenção Básica, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.
3. Aplicabilidade da Resolução nº1/2017 que trata da liberação do alvará para atividades de baixo risco sanitário, sem inspeção prévia.
4. Avaliação do PQAVS 2017
5. Informes gerais.

6. O PAPEL DO LACEN NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Cristine Ferreira, farmacêutica e bioquímica do LACEN apresenta e refere que a pauta foi sugerida para informar as competências do LACEN, definidas na Portaria Consolidada do MS 04 de 2017, anexo 2, art. 1º. Lacen faz parte do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) que é composto de Centros Colaboradores, Laboratórios de Referência Nacional, Laboratórios de Referência Regional, Laboratórios de Referência Estadual (Lacens), Laboratórios de Referência Municipal, Laboratórios Locais e Laboratórios de Fronteira. Em SC, a rede Lacen está composta por 07 Laboratórios, sendo 06 regionais.No estado, não dispomos atualmente de Laboratório de Fronteira e está sendo discutida a possibilidade de implementar o Laboratório Microrregional de São Miguel do Oeste para que atue como tal.As atribuições do Lacen Central são análises mais complexas e/ou complementares. Muitas análises em SC, somente são realizadas pelo Lacen Central, como: exames de teste de resistência às drogas utilizadas no tratamento da tuberculose (não existe em Laboratório privado); PCR para quantificação da carga viral do HCV e do HBV. Pesquisa de agrotóxicos em água, dentre tantos outros. Nos



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

48 Laboratórios Regionais são realizados, exames de menor complexidade. O Lacen e
49 seus laboratórios regionais exames de rotina, cuja responsabilidade é da esfera
50 municipal. As demandas para os Laboratórios são provenientes de hospitais,
51 municípios e serviços privados, Ministério Público e outros. As ações realizadas pelos
52 laboratórios de saúde pública tem impacto expressivo nas ações de Vigilância
53 Ambiental em Saúde (ex: análise de água para consumo humano), de Vigilância
54 Epidemiológica (ex: vigilância laboratorial de subtipos virais circulantes), de
55 Vigilância Sanitária (ex: análise de produtos e medicamentos) e nas ações da
56 Assistência Médica de Alta Complexidade (ex: diagnóstico das meningites
57 bacterianas por PCR). Suzana Vaz de Criciúma fez muitas colocações sobre as
58 atribuições do Lacen e do funcionamento.

59

60 **1. INTERAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA, VIGILÂNCIA**
61 **SANITÁRIA E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.**

62 Eduardo Macário, Diretor de Vigilância Epidemiológica da SES, coloca que a
63 vigilância em saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas
64 a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em
65 determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a
66 abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. Apesar dos esforços
67 institucionais, constata-se que a descentralização da vigilância em saúde ainda não
68 provocou a esperada integração dessas práticas às ações de atenção, executadas pelas
69 unidades de saúde. Grande parte dos municípios ainda desenvolve ações de
70 vigilância em saúde de modo centralizado, sem a devida capilaridade para as
71 unidades básicas, o que provoca restrições no efetivo controle das doenças e agravos
72 prioritários e torna distante a possibilidade de operacionalizar o princípio da
73 integralidade da atenção. A Política Nacional de Atenção Básica, elege o atendimento
74 integral à saúde da população de territórios delimitados como objeto de atuação dos
75 profissionais das unidades de saúde, apresentando-se como espaço privilegiado para
76 o exercício de práticas de vigilância em saúde. A análise da situação de saúde das
77 áreas de abrangência das unidades básicas permite a identificação de problemas de
78 saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o
79 planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação
80 da saúde, e de prevenção contra riscos e agravos. As ações de vigilância
81 epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do
82 trabalhador devem ser realizadas na rotina da rede de atenção, de forma articulada e
83 coordenada, pois é no território que o processo saúde-doença acontece. Jaqueline
84 Luziana de Blumenau cita que não há integração entre as vigilâncias. Eduardo
85 Macário informa que a falta de integração começa no nível federal, e isso acaba
86 refletindo nas esferas estaduais e municipais. E que a construção da Política Nacional
87 de Vigilância em Saúde, por ter sido um processo participativo com o envolvimento
88 de diferentes setores da sociedade, pode vir a quebrar essas barreiras, de forma a
89 promover a integração. Gabriela Martins de Tubarão coloca que as vigilâncias dos
90 municípios não conhecem as suas atribuições. Que são desconectadas de tudo ou
91 com estruturas por vezes sucateadas. Foi sugerida a realização de uma oficina para
92 discussão da integração da vigilância em saúde com a atenção básica em data a ser
93 definida.

94



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

95 **2. APLICABILIDADE DA RESOLUÇÃO Nº1/2017 VIGILÂNCIA**
96 **SANITÁRIA**

97 Simone Stolt da Vigilância Sanitária cita a Resolução 01/2017 de 13 de março de
98 2017 em que traz as inspeções de baixo risco, elaborada a partir da Lei 17.071 de
99 janeiro de 2017. Simone Stolt informa que esta Resolução está sendo revisada. Cita
100 que estabelecimentos de baixo risco podem receber alvará sanitário previamente à
101 inspeção sanitária. Isso é importante para que o estabelecimento já estava
102 funcionando no momento da inspeção. Simone reforça que o alvará sanitário tem o
103 foco nos estabelecimentos sujeitos à inspeção sanitária. Loja de roupas, por exemplo,
104 não é sujeito à inspeção sanitária. Simone cita ainda que há municípios cobrando
105 alvarás de produtos não sujeitos à inspeção sanitária. Isso, acredita, deve-se à
106 cobranças de taxas. SchirleyStringari de Blumenau questiona se no momento da
107 concessão do alvará, o estabelecimento recebe orientações. Simone esclarece que
108 sim, que os estabelecimentos são informados dos critérios, requisitos e que há cursos
109 online para a adequação de estabelecimentos aos serviços propostos.
110

111 **3. AVALIAÇÃO DO PQAVS**

112 Eduardo Macário, diretor da Vigilância Epidemiológica da SES, apresenta a
113 avaliação do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde de 2017.
114 A portaria nº 2.369, de 6 de agosto de 2018, publicado no DOU de 14/08/2018,
115 divulgou o resultado da Fase de Avaliação do Programa de Qualificação das Ações
116 de Vigilância em Saúde (PQA-VS) de 2017 e os valores a serem transferidos aos
117 Estados, Distrito Federal e Municípios que aderiram ao Programa. Em 2017, do total
118 de 281 municípios que tinham aderido ao programa, 80% alcançaram 90% das metas
119 estabelecidas pelo programa. Os municípios recebem os recursos do PQAVS
120 proporcionais aos indicadores alcançados, podendo utilizá-los para qualificação das
121 ações de vigilância em saúde. Para 2018, todos os 295 municípios de SC aderiram ao
122 PQAVS, e estão em fase de avaliação. Há 14 indicadores de saúde a serem avaliados
123 no PQAVS. O município de Criciúma informou que se sentiu prejudicado em relação
124 ao indicador Proporção de registros de nascidos vivos alimentados no SINASC em
125 relação ao estimado, recebidos na base federal em até 60 dias após o final do mês de
126 ocorrência: Segundo a representante, os dados foram digitados dentro do prazo, mas
127 foram atualizados posteriormente em relação a informação dos cartórios. Isso fez
128 com que a avaliação desse indicador fosse prejudicada. A DIVE ficou de verificar
129 junto ao Ministério essa situação, e encaminhar uma resposta. Eduardo lembra que a
130 alimentação regular dos sistemas de informação em saúde (SIM, SINAN e SINASC)
131 são fundamentais para a realização de uma análise de situação de saúde com
132 qualidade, e que são requisitos para o repasse de recurso de vigilância em saúde aos
133 municípios. Esses dados deverão ser informados dentro dos prazos estabelecidos, sob
134 risco de suspensão de repasses.
135

136 **4. INFORMES GERAIS**

137 Eduardo Macário informa que a primeira semana da Campanha Nacional de
138 Vacinação contra o Sarampo e a Poliopara crianças de 1 ano a menores de 5 anos
139 tinha como meta a meta atingir 16%, mas, SC atingiu 12%. Solicita que haja um
140 grande empenho por parte dos municípios para que seja possível atingir a cobertura
141 de 95% até o final da campanha, e pede atenção especial para o dia “D” de



**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

142 mobilização nacional, que ocorrerá no próximo sábado dia 18 de agosto, em que
143 todos os postos de vacinação dos 295 municípios deverão permanecer aberto das
144 8h00 às 17h00 para realizar a vacinação. Para a próxima reunião foi sugerida a
145 inclusão dos seguintes pontos de pauta: O papel da Saúde Ambiental e da Saúde do
146 Trabalhador na Vigilância em Saúde.

147

148

149

Lourdes de Costa Remor
Secretária da Comissão Intergestores Bipartite