



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ - UNIFAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROSPEG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE FRONTEIRA
MESTRADO EM ESTUDOS DE FRONTEIRAS**

SILVIA CLAUDIA CUNHA MAUÉS

**SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA FRONTEIRA DO
AMAPÁ E GUIANA FRANCESA: UMA PROPOSTA DE
SISTEMATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

MACAPÁ-AMAPÁ
2020

SILVIA CLAUDIA CUNHA MAUÉS

**SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA FRONTEIRA DO
AMAPÁ E GUIANA FRANCESA: UMA PROPOSTA DE
SISTEMATIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Relatório Técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Estudos de Fronteira, na área de concentração Fronteira e Sociedade, linha de pesquisa Estado, Fronteira e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Jodival Mauricio da Costa.

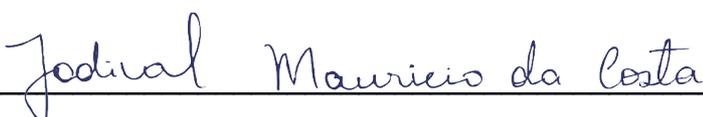
SILVIA CLAUDIA CUNHA MAUÉS

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA FRONTEIRA DO AMAPÁ E
GUIANA FRANCESA: UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA
INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

Relatório técnico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Estudos de Fronteira, na área de concentração Fronteira e Sociedade, linha de pesquisa Estado, Fronteira e Políticas Públicas.

Data de Aprovação em: Macapá-AP 11 / 02 / 2020

Banca Examinadora:



Prof. Dr. Jodival Maurício da Costa (Orientador/UNIFAP)



Dr. Paulo Cesar Peiter (FIOCRUZ)



Dra. Carmentilla das Chagas Martins (UNIFAP)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborado por Jamile da Silva - CRB2/1010

Maués, Silvia Cláudia Cunha.

Sistema de vigilância epidemiológica na fronteira do Amapá e Guiana Francesa: uma proposta de sistematização da informação em saúde / Silvia Cláudia Cunha Maués ; Orientador, Jodival Maurício da Costa. – Macapá, 2020.

112 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amapá, Programa de Pós-Graduação em Estudos de Fronteira.

1. Vigilância epidemiológica. 2. Áreas de fronteira. 3. Software. 4. Brasil – Guiana Francesa - Fronteira. I. Costa, Jodival Maurício da, orientador. II. Fundação Universidade Federal do Amapá. III. Título

614.4 M448s
CDD. 22 ed.

AGRADECIMENTOS

A meu Deus eterno e misericordioso que me sustentou nesta difícil jornada.

A meu esposo por acreditar nos meus sonhos e filhos pela compreensão ao serem privados de minha companhia e atenção.

Ao admirável Dr. Prof. Jodival Maurício Costa, meu orientador, por aceitar o desafio multidisciplinar e contribuir com seus conhecimentos na realização deste mestrado. Muito obrigada pelo seu incentivo, disponibilidade e apoio que sempre demonstrou.

Aos membros da Banca de qualificação e defesa, a querida e admirável Dra. Profa. Carmentilla Martins e Paulo Peiter pelas valiosas contribuições, ensinamentos e interesse em somar com o desenvolvimento desse produto.

A querida doutoranda Prof^a. Ana Paula Martins Mendes que mesmo passando por momentos tão delicados, não mediu esforços para contribuir com sua experiência e expertise na área de saúde na fronteira.

Aos colegas do mestrado profissional pela união e cuidado uns para com os outros, durante esta dura, mas gratificante caminhada. Agradeço, especialmente, a Kamila Massoude pela amizade e carinho.

Aos meus colegas do Centro de informação e análise da situação de saúde/CIASS/SVS-AP, em especial a Diovana Alberto, Sandro, Paulo e Jucilene.

Ao Natan que desenvolveu o software com toda dedicação e profissionalismo.

A todos que me receberam em Oiapoque e na Guiana Francesa que se disponibilizaram a participar das entrevistas e fornecer informações sobre a vigilância epidemiológica na fronteira. Para não correr o risco de não enumerar algum não vou identificar ninguém, aqueles a quem este agradecimento se dirige sabê-lo-ão, desde já o meu reconhecimento e gratidão.

As queridas e competentes Lidiane Vieira, Haci Farina, Sophie Rhodes, Emilie Mosnier, Aude Labaudiniere, Luisiane Carvalho pelo apoio e suporte na articulação internacional.

A todas as pessoas que direta e indiretamente auxiliaram para o cumprimento de mais esta etapa em minha vida acadêmica e profissional.

RESUMO

Nas últimas três décadas, o aumento da incidência das doenças emergentes e reemergentes com potencial epidêmicos, refletiu em parte do fenômeno da globalização, que proporcionou o aumento das relações mundiais e flexibilização às barreiras nas fronteiras. A saúde global em busca da segurança sanitária fez a comunidade internacional redefinir as normas do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), em busca do aprimoramento dos serviços de vigilância em saúde dos países. O objetivo deste relatório técnico foi analisar o Sistema de Vigilância Epidemiológica (VE) existente na fronteira do Amapá e Guiana Francesa, nas cidades gêmeas de Oiapoque (BRA) e Saint Georges (FR). Os caminhos metodológicos compreenderam uma pesquisa bibliográfica e documental sobre o RSI e as políticas de VE praticados no Brasil e na França. Após essa etapa foi realizado um levantamento situacional das condições sócio-sanitária, com enfoque na descrição da ocorrência das doenças e agravos de notificação compulsória de cada país. Foram utilizadas as bases de dados secundários brasileiras (SINAN, SIVEP malária, SIVEP influenza) e da Guiana Francesa através de boletins, relatórios e sites oficiais. Na pesquisa de campo foram coletados dados a partir de aplicação de questionários bilíngues e entrevistas com gestores e técnicos de ambos os países, que também puderam compartilhar sobre a percepção a respeito da cooperação em saúde e o intercâmbio de informações epidemiológicas. Resultados: foi possível perceber que em ambos os países há instrumentos legais e competências bem definidas acerca das atividades da VE, e que se mostram descritas nas legislações, de forma a atender as recomendações do RSI (2015). Porém, em escala local de implementação desses serviços, evidenciou-se fragilidades mais acentuadas nas capacidades estruturantes e operacionais da VE, mais especificamente do lado brasileiro. A barreira linguística, rotatividade de pessoal e ausência de protocolos oficiais para a realização de intercâmbio de informações em saúde entre os territórios foram citadas pelos interlocutores, como um dos fatores que impede um melhor monitoramento das doenças e agravos na fronteira. Do ponto de vista epidemiológico, constatou-se que esta zona de fronteira não é uniforme, assim como, nem todas as doenças que acometem ambos os territórios são de notificação compulsória comuns. Dessa forma, como contribuição acadêmica é apresentado um software, denominado de “Sistema de Registro Eletrônico em VE na Fronteira” (SISREVE), que visa fortalecer as estratégias de vigilância epidemiológica nesta zona de fronteira do Amapá e Guiana Francesa.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Áreas de Fronteira, Software; Brasil; Guiana Francesa.

ABSTRACT

In the last three decades, the rise of emergent and re-emergent diseases of high epidemic potential reverberated in part of the globalization phenomenon, what has provided the increase of world relations and flexibility to the barriers in the borders. The global health in search for sanity security made the international community redefine the norms of the International Health Regulation (IHR), seeking improvement of the countries' health surveillance services. Thus, this technical report aimed to analyze the Epidemiological Surveillance System (ES), which is existing on the border between Amapá and French Guiana, in the twin cities of Oiapoque (BRA) and Saint Georges (FR). The methodology comprises a bibliographical and documental research concerning to IHR end policies of ES implemented in Brazil and in France. After this stage, it was conducted a situational survey concerning social-sanitary conditions, focusing on describing the occurrence of diseases and injuries whose notification is compulsory in each country. It was used the secondary database from Brazil (SINAN, SIVEP malaria, SIVEP influenza) and bulletins, reports, and official websites from French Guiana. As research instruments for the field research, it was gathered data through the application of bilingual questionnaires and interviews with managers and technicians from both countries, who could also share information about their understanding regarding the health cooperation and the exchange of epidemiological information. Results: it was possible to perceive that there are legal instruments and well-defined competences regarding ES activities in both countries, which are described in the legislation, in order to meet the recommendations of RSI (2015). However, in a local scale of implementation of such services, more pronounced fragilities were evidenced in the structuring and operational capacities of the ES, specifically on the Brazilian side. The language barrier, staff turnover and the absence of official protocols for the exchange of health information between territories were mentioned by the interlocutors, as one of the factors that prevent better monitoring of diseases and conditions at the border. From an epidemiological point of view, it was found that this border area is not uniform, as well as, not all diseases that affect both territories are of common compulsory notification. This way, as an academic contribution, it is presented a software called "Electronic EV Registration System at the Border" (EEVRS), which aims to strengthen epidemiological surveillance strategies in this border area of Amapá and French Guiana.

Keywords: Epidemiological Surveillance; Border Areas; Software; Brazil; French Guiana.

RESUMÉ

Au cours des trois dernières décennies, l'augmentation d'incidence des maladies émergentes et réémergentes à potentiel épidémiques, reflète en partie le phénomène de la globalisation qui a conduit à la redistribution de la population, l'intensification des relations mondiales, et des barrières frontalières plus souples. La santé mondiale à la recherche de la sécurité sanitaire a fait la communauté internationale redéfinir les normes du Règlement sanitaire international (RSI), en recherche d'amélioration des services de vigilance de la santé dans les pays. L'objectif de ce rapport technique était d'analyser le système de vigilance épidémiologique (VE) à la frontière d'Amapá et de la Guyane Française, dans les villes jumelles d'Oiapoque (BRA) et de Saint Georges (FR). Les voies méthodologiques comprenaient une recherche bibliographique et documentaire sur le o RSI et politiques VE pratiquées au Brésil et en France. Après cette étape, une étude de situation des conditions socio-sanitaires a été menée, se concentrer sur la description de l'apparition de maladies de notification obligatoire de chaque pays. Les bases de données secondaires brésiliennes (SINAN, paludisme SIVEP, grippe SIVEP) et celles de Guyane française ont été utilisées par le biais de bulletins, rapports et sites officiels. Dans la recherche sur le terrain, des données ont été collectées à partir de questionnaires bilingues et d'entretiens avec des responsables et des techniciens des deux pays, qui ont également pu partager leur perception de la coopération en matière de santé et l'échange d'informations épidémiologiques. Résultats: il a été possible de se rendre compte que dans les deux pays, il existe des instruments juridiques et des compétences bien définis concernant les activités VE, qui sont décrits dans la législation, afin de répondre aux recommandations du RSI (2015). Cependant, à l'échelle locale de la mise en œuvre de ces services, il y avait des faiblesses plus marquées dans les capacités structurantes et opérationnelles des VE, en particulier du côté brésilien. La barrière de la langue, le roulement du personnel et l'absence de protocoles officiels pour l'échange d'informations sur la santé entre les territoires ont été mentionnés par les interlocuteurs, comme l'un des facteurs qui empêchent un meilleur suivi des maladies et affections à la frontière. D'un point de vue épidémiologique, il a été constaté que cette zone frontalière n'est pas uniforme, et toutes les maladies qui affectent les deux territoires ne sont pas toutes soumises à notification obligatoire commune. De cette façon, en tant que contribution académique, un logiciel est présenté, appelé "Système d'enregistrement électronique dans VE on the Border" (SISREVE), qui vise à renforcer les stratégies de surveillance épidémiologique dans cette zone frontalière de l'Amapá et de la Guyane Française.

Mots-clés: Vigilance épidémiologique; Zones frontalières; Logiciel; Brésil; Guyane Française

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Arcos e sub-regiões da faixa de fronteiras brasileiras.....	22
Figura 2 - Mapa da região fronteira franco-brasileira no contexto do Platô das Guianas.....	23
Figura 3 - Localização da zona transfronteira Brasil-Guiana. A parte mais clara define a zona transfronteira de interesse.....	24
Figura 4 - Vista aérea da ponte binacional e ao lado direito a frente da orla da cidade de Oiapoque (BR).....	25
Figura 5 - Parte de um dos pontos de entrada e saída de catraias, que fazem a travessia de Saint Georges (GF) para várias localidades ao longo do rio Oiapoque	25
Figura 6 - Descrição das políticas públicas em saúde voltados para as regiões de fronteiras.....	318
Figura 7 - Localização dos laboratórios de fronteiras no Brasil.....	30
Figura 8 - Laboratório de Fronteira em Oiapoque/AP.....	31
Figura 9 - Sistemas de informações em saúde SINAN e CIEVS, objetivos e fluxo dos dados, Brasil.....	32
Figura 10 - Distribuição dos CIEVS/SES e CIEVS/SMS pelo território do Brasil.....	33
Figura 11 - Imagem das Regiões Territoriais da França.....	36
Figura 12 - Rede Europeia para a vigilância epidemiológica e controle de doenças	37
Figura 13 - Rede de vigilância das doenças e ameaças a saúde na União Europeia.	38
Figura 14 - Organização da gestão da vigilância sanitária na Guiana Francesa.....	40
Figura 15 - Imagem da Ponte Binacional que interliga Brasil ao território francês, pela Guiana Francesa.....	42
Figura 16 - Imagem da orla da cidade de Saint-Georges (GF).....	43
Figura 17 - Imagem da orla de vila Vitória, bairro da cidade de Oiapoque (BR).....	43
Figura 18 - Barreira Sanitária para combate a disseminação do vírus CHIKV realizada pela equipe da Defesa civil, no Posto da Polícia Rodoviária Federal de Oiapoque, 2014.....	62
Figura 19 - Instituições/ setores selecionados e o código de identificação dos representantes interlocutores.....	65
Figura 20 - Caracterização dos interlocutores do Amapá e da Guiana Francesa, segundo formação escolar, vínculo empregatício e tempo de serviço.....	66
Figura 21 - Síntese da caracterização da estrutura, recursos e processos dos serviços do sistema de VE no Amapá e Guiana Francesa.....	74
Figura 22 - Síntese da categoria de análise referente aos aspectos do intercâmbio de informação em saúde entre Amapá e Guiana Francesa.....	80

Figura 23	-	Tela inicial do SISREVE.....	81
Figura 24	-	Filtros de opções para consulta dos dados epidemiológicos.....	82
Figura 25	-	Relatórios Personalizados.....	84
Figura 26	-	Tela com a informação definição de caso das doenças.....	85
Figura 27	-	Imagem do diagrama do nível endêmico.....	86
Figura 28	-	Imagem do relatório em tabela e gráfico.....	87
Figura 29	-	Tela com texto no idioma francês.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	-	Característica demográfica das cidades fronteiriças de Oiapoque (BR) e Saint Georges (GF).....	42
Tabela 2	-	Distribuição, percentual e incidência das doenças e agravos de notificação compulsória no estado do Amapá e no município de Oiapoque, 2010 – 2017.....	46
Tabela 3	-	Número e percentual das doenças e agravos de notificação compulsória no município de Oiapoque/AP, 2010 a 2017.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de casos de malária por Plasmodium falciparum e não falciparum (sp. vivax), St. Georges, 2007 a 2017.....	49
Gráfico 2 - Casos de Dengue com evidência clínica, Guiana Francesa, janeiro de 2016 a junho de 2018.....	50
Gráfico 3 - Casos clinicamente sugestivos de CHIKV, Guiana Francesa, janeiro de 2016 a junho de 2018.....	50
Gráfico 4 - Número semanal estimado de casos clinicamente sugestivos de Zika, Guiana, janeiro de 2016 a junho de 2018.....	51
Gráfico 5 - Prevalência e incidência de casos de HIV/AIDS registrados nos CDPS da Guiana Francesa, 2006-2017.....	52
Gráfico 6 - Distribuição das consultas sobre influenza B nos CDPS da Guiana Francesa em 2017.....	53
Gráfico 7 - Número de casos de tuberculose e taxa de notificação (100.000hab.) por Regiões da França, 2017.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARS	Agência Regional de Saúde da Guiana Francesa
ASPF	Agência Nacional de Saúde Pública França
BR	Brasil
CHAR	<i>Centre Hospitalier Andrée Rosemon</i>
CHIKV	Vírus Chikungunya
CIEVS	Centros de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
COMISTA	Comissão Mista de Cooperação Transfronteiriça Brasil-França
DCN	Doenças e agravos de notificação compulsória
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FR	França
GF	Guiana Francesa
HAB	Habitante
HEO	Hospital Estadual de Oiapoque
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSEE	<i>Institut National des Statistiques et des Études Économiques</i>
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LAFRON	Laboratório de Fronteira
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. AS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO BRASIL E DA FRANÇA	17
2.1. O Regulamento Sanitário Internacional (RSI).....	17
2.2. As Fronteiras do Brasil/Amapá/Oiapoque e a Políticas de Vigilância em Saúde.....	21
2.3. As fronteiras da França/Guiana Francesa/Saint Georges e a Vigilância em Saúde.....	35
3.DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO FRONTEIRIÇA DO AMAPÁ E GUIANA FRANCESA	41
3.1. Contextualizando as cidades-gêmeas: Oiapoque e Saint George.....	41
3.2. A situação epidemiológica nas fronteiras do Amapá e Guiana Francesa....	45
3.2.1. Processo metodológico.....	45
3.2.2. Resultados.....	46
3.2.3. Análise e discussão.....	55
3.2.3. O Caso da epidemia do Chikungunya na fronteira do Amapá e Guiana Francesa.....	60

3.3. Capacidade instalada dos serviços de vigilância em saúde do Amapá e Guiana Francesa.....	64
3.3.1. Processo metodológico.....	64
3.3.2. Limitações no trabalho de campo.....	66
3.3.3. Perfil dos sujeitos da pesquisa.....	66
3.3.4. Caracterização da estrutura, recursos e processos do serviço do sistema de VE na fronteira do Amapá e Guiana Francesa.....	67
3.3.4. Aspectos sobre o intercâmbio de informação em saúde entre Amapá Guiana Francesa.....	75
4. PRODUÇÃO DE SOFTWARE.....	81
4.1. Por que usar o SISREVE?.....	82
4.2. Operação e execução.....	83
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	89
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXO A - Lista das doenças de notificação obrigatória na França metropolitana e demais departamentos Ultramar – 2018.....	100
ANEXO B – Lista de notificação compulsória do Brasil – 2016.....	101
ANEXO C – Questionário aplicado ao diretor do Hospital Estadual de Oiapoque/AP/BR e da Unidade de Saúde de Saint Georges/GF/FR.....	103
ANEXO D – Questionário aplicado ao Coordenador da Vigilância Epidemiológica do Estado do Amapá, Município de Oiapoque/AP e da Guiana Francesa/GF.....	105
ANEXO E – Questionário aplicado ao Diretor do Laboratório de Fronteira.....	108
ANEXO F – Questionário aplicado ao Gestor Público da Saúde do Município de Oiapoque/AP e Agência Regional de Saúde da Guiana Francesa.....	110

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas a incidência de doenças emergentes e reemergentes¹ têm alertado as nações para o aumento das epidemias e pandemias. Esses fenômenos avançam rapidamente por meio do globo, que a cada dia está mais internacionalmente conectado (BOND, *et al.*, 2013). Assim, com os efeitos da globalização e a reconfiguração das fronteiras geopolíticas, voltadas para a integração regional entre países, refletiram não somente na constante mobilização de mercadorias e pessoas pelo mundo, como também é acompanhado do aumento do risco de disseminação de doenças (GADELHA; COSTA, 2007).

Destaque ainda para as “alterações climáticas que vêm intensificando o risco de desastres naturais, a proliferação de vetores e reservatórios de doenças que tem contribuído para a emergência e reemergência de doenças” (BRASIL, 2009, p. 53). Além disso, com os modernos meios de transporte que reduziram, temporariamente, as distâncias entre os continentes favorecendo as inúmeras oportunidades para rápida propagação de agentes infecciosos e seus vetores.

Acrescenta-se ainda os cenários de riscos para o desenvolvimento de surto ou epidemia, por agentes infecciosos, essa situação é apresentada por Santos (2014, p. 14) “variam de acordo com o território, o perfil epidemiológico, as condições socioculturais e as capacidades de resposta locais”. Com tais características, tem-se as epidemias por arboviroses, que causam uma sobrecarga socioeconômica global, particularmente, em países onde o controle de vetores é difícil, devido ao clima e aos fatores de infraestrutura. Pois, a sua rápida disseminação e controle têm sido um grande desafio para as autoridades sanitárias do mundo.

Dessa forma, a saúde global em busca da segurança sanitária fez a comunidade internacional aprimorar os serviços de vigilância em saúde, definindo normas denominada de: Regulamento Sanitário Internacional (RSI), cuja versão mais recente é de 2005 da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016). Esse instrumento jurídico internacional recomenda maior cooperação internacional entre os países que compartilham fronteiras, para que seja realizado o “desenvolvimento

1 Doenças emergentes e reemergentes, indicam o surgimento de um novo problema de saúde ou retorno de doenças já controladas (CDC, 1994).

e fortalecimento das ações conjuntas de vigilância epidemiológica, sem gerar maiores restrições ao comércio e às viagens internacionais” (BRASIL, 2010a, p. 59). Assim, o RSI propõe uma vigilância continuada, de monitoramento de notificação e de divulgação das informações, além disso, há a adoção de respostas ajustadas, de prevenção, proteção e controle de forma mais proativas.

Diante desse cenário de riscos para a propagação de doenças, novos desafios se apresentam ao sistema de saúde dos países, especialmente, nas áreas de fronteiras. Geralmente, nesses espaços ocorrem interação social, cultural, econômica e, também, conflitos como narcotráfico, contrabando, baixo desenvolvimento humano, ocupação desordenada do espaço geográfico, precariedade na oferta de serviços de saúde etc., são condições diferentes, porém que podem refletir na ocorrência de doenças e agravos de interesse da saúde pública (RODRIGUES-JÚNIOR, 2007). Essa situação dos municípios de fronteira brasileiras Gadelha e Costa escrevem:

Os municípios de fronteiras do Brasil têm tido grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção à saúde. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos médicos de média e alta complexidade, e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas. Ademais a dificuldade no planejamento de provisão dessas políticas, em função da população flutuante que utiliza os sistemas e que, no caso brasileiro, não é contabilizada para os repasses financeiros do SUS, vem gerando dificuldades diversas cuja principal vítima é o cidadão fronteiriço (GADELHA; COSTA, 2007, p. 216)

Em razão dessas especificidades das áreas de fronteiras e suas vulnerabilidades, para a ocorrência de eventos de saúde pública, é notório o papel da Vigilância Epidemiológica (VE), direcionadas para essas regiões. Segundo o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) é por meio da VE que se fornece informações às autoridades sanitárias sobre a saúde das populações, com o objetivo final de “aplicação do seu produto na prevenção e controle das doenças” (CDC, 1994, p. 26). Ademais, a fronteira impõe a necessidade de cooperação entre os dois territórios no que se refere às políticas públicas de saúde, pois é impossível garantir um resultado eficiente, diante de problemas comuns, se apenas um dos lados que compõe a fronteira desenvolverem ações com verdadeiro rigor técnico e padrão de qualidade.

Perante os fatos levantados até o momento, é imperativo discorrer sobre algumas questões que se referem à saúde em áreas de fronteira. Mais especificamente sobre a zona de fronteira que abrange as cidades gêmeas Oiapoque, no Amapá, e Saint Georges, na Guiana Francesa.

Vale ressaltar que, com mais de 90% de suas áreas cobertas pela floresta amazônica (GRENIER, 2011) Amapá e Guiana Francesa enfrentam problemas comuns de saúde, sendo atingidos frequentemente por doenças transmitidas por vetores como malária, dengue, Chikungunya e Zika. Assim sendo, em 2009 houve um Subgrupo da Saúde Transfronteiriço entre o Amapá e Guiana Francesa acordado, no âmbito da V Comissão Mista de Cooperação Transfronteiriça Brasil-França (COMISTA). Sua proposta de criação surge da necessidade de intensificar o intercâmbio de informações e coordenação de atividades entre instituições locais no domínio da saúde (AMAPÁ, 2009; BRASIL, 2010b).

Diante dos fatos relatados, este relatório objetiva responder as seguintes questões:

“Como as instituições sanitárias estão organizadas e desenvolvendo suas políticas públicas de vigilância epidemiológica na fronteira do Amapá e Guiana Francesa?” e “o Subgrupo Saúde transfronteiriço Amapá e Guiana Francesa tem conseguido efetivar acordos de intercâmbio de informações em saúde?”

O interesse de realizar esta pesquisa, decorreu de minha experiência profissional, como especialista em saúde pública atuando há quinze anos na área de vigilância epidemiológica na Superintendência de Vigilância em Saúde do estado do Amapá. Ao coordenar a Divisão de Epidemiologia foi possível conhecer a realidade dos serviços de vigilância em saúde e acompanhar as atividades dos dezesseis municípios do Estado. Com o advento da epidemia de Chikungunya em 2014, despertou-se para o fato de nossa condição fronteiriça existente e sobre o relevante papel da gestão da VE, especialmente na cidade fronteiriça, neste caso Oiapoque.

No ano seguinte a ocorrência da epidemia do Chikungunya, houve a oportunidade de participar do Comitê gestor Estadual de Saúde na Região de Fronteira Brasil/Guiana Francesa. A trajetória percorrida por três anos (2015-2017) a frente deste comitê foi possível acompanhar as reuniões e os temas ali debatidos com a finalidade de efetivação de acordos transfronteiriços em benefício da população lindeira. Desse modo, com a oportunidade de inserção no mestrado

profissional em Estudos de Fronteira, surgiu a oportunidade de aprofundar o estudo sobre a temática VE e fronteira.

Com a contribuição de algumas pesquisas e estudos já realizados sobre a temática, fronteiras e VE, como as realizadas pelos autores Peiter (2005), Andrade (2005), Rodrigues-Júnior (2013) e Oliveira (2015), por exemplo, bem como as leituras realizadas durante as disciplinas do curso de mestrado, ajudaram a compreender sobre as especificidades desta região fronteira do Amapá e Guiana Francesa voltado para a área da política sanitária. Houve então a importante constatação do papel em que a VE desempenha, como um setor estratégico do SUS para a prevenção e controle de possíveis emergências em saúde pública, especialmente nas fronteiras, por serem considerados espaços vulneráveis do ponto de vista da saúde. Cabe ainda ressaltar que a VE é uma ação exclusiva do poder público e que deve fomentar uma rede forte e eficiente de suas competências, fazendo uso, inclusive, de tecnologias que possam auxiliar no desenvolvimento de suas atividades.

Logo, este relatório assume o pressuposto que, apesar da existência de recomendações e normativas regulatórias, internacional e nacional, a implementação das atividades da VE na fronteira do Amapá e Guiana Francesa ainda enfrentam sérias precariedades, devido às características de vulnerabilidade em saúde local, à insuficiência de investimentos estruturantes e na capacidade operacional. Além disso, a cooperação transfronteira entre Amapá e Guiana Francesa em saúde relacionada às trocas de informações epidemiológicas parece ocorrer sem protocolos definidos e restrito a poucos agravos, o que inviabiliza um amplo conhecimento da situação de saúde nessa zona de fronteira.

Assim, o objetivo geral deste relatório é analisar o sistema de VE existente na fronteira do Amapá e Guiana Francesa, nas cidades gêmeas de Oiapoque (BRA) e Saint Georges (FR). Para tanto, foram definidos três objetivos específicos, que compreendem também as seções do relatório técnico.

A primeira seção comprometeu-se em explorar sobre os contextos de elaboração do RSI e a Política de Vigilância em Saúde do Brasil e França. A segunda seção, lançou um olhar sobre diagnóstico situacional das condições de saúde da população fronteira do Amapá/Oiapoque e Guiana Francesa/Saint Georges, com ênfase no conhecimento das doenças e agravos de notificação

compulsória (DNC) existentes nesta zona de fronteira. Em seguida, demonstrou-se a capacidade instalada dos serviços de VE em termos de infraestrutura, recursos (humanos e materiais) e ações, a partir da compreensão dos atores institucionais da saúde de ambos os territórios fronteiriços. Ademais, buscou-se com esses interlocutores identificar as principais dificuldades na efetivação da cooperação em saúde transfronteiriça, referente ao compartilhamento de informações epidemiológicas.

Estas etapas do relatório serviram para fomentar a proposta final de elaboração de um software (protótipo), para otimizar o intercâmbio de dados em saúde transfronteiriço. Esse software é chamado de Sistema de Registro Eletrônico em Vigilância Epidemiológica na Fronteira (SISREVE), espera-se com isso que possa auxiliar os agentes do Subgrupo de saúde, não somente no intercâmbio de informações em saúde, mas também, facilitar o monitoramento e análise dos dados das doenças e agravos, de importância de saúde pública, que ocorrem entre as cidades fronteiriças de Oiapoque e Saint Georges.

2 AS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NAS FRONTEIRAS DO BRASIL E FRANÇA

2.1 O Regulamento Sanitário Internacional (RSI)

Ao longo da história, há relatos da magnitude e impacto ocasionados pelas epidemias como a 7ª epidemia da cólera, em 1961 nas Ilhas Célebes. A doença “se propagou até chegar no Brasil, pela fronteira do Amazonas com o Peru e chegou a contaminar mais de 60.000 mil pessoas e levou a 670 óbitos” (BRASIL, 2017a, p. 202). Aliás, outras doenças se destacaram pelo seu poder de disseminação para mais de um país, região ou continente, como as pandemias da Varíola (1824-1840), Peste Negra (1855), da influenza A (H1N1), dentre outras (BRASIL, 2017a).

Nos dias atuais, o mundo vem enfrentando um recente surto de sarampo, segundo a OMS (2019a) foram identificados surtos de sarampo em 170 países desde 2017. Observa-se ainda que a Região das Américas conseguiu se manter por apenas 2 anos com o certificado “livre do sarampo” com início em 2016, logo, a doença então é reintroduzida e notificada em 2018, chegando a confirmar em 2019:

2.927 casos (OMS, 2019a). Sua extensão alcançou 14 países das Américas, sendo a maior proporção registrada nos Estados Unidos (1.172), Brasil (1.045) e Venezuela (417). Nesse sentido, as informações sobre as causas desses surtos são explicadas por Seth Berkley da OMS, que relata:

A complacência com a doença e a disseminação de informações falsas sobre a vacina na Europa, um sistema de saúde em colapso na Venezuela e a baixa cobertura de imunização na África estão se combinando para trazer um ressurgimento global do sarampo após anos de progresso” (OMS, 2019a, p. 1).

A experiência das epidemias e pandemias no mundo tiveram papéis determinantes na percepção das elites políticas sobre os problemas sanitários. Assim, saúde passou a ser percebida não apenas como um problema de natureza coletiva em sociedade, mas como tema de “política internacional” (LIMA, 2002, p. 36). Foram desencadeadas ações políticas, formação de organizações e a integração dos Estados nacionais na tentativa de resolução dos problemas de saúde.

Conforme Lima (2002, p. 36) as Conferências tinham como objetivo principal estudar em que medida era concebível suprimir a quarentena, pois essa questão tornava um verdadeiro entrave ao comércio internacional. Na verdade, a prioridade neste assunto era resolver as questões econômicas e, a partir disso, a pressão nos órgãos sanitários em buscar a melhor estratégia.

Com efeito, o primeiro RSI foi adotado durante a 4ª Assembleia Mundial da Saúde em 25 de maio de 1951, sendo considerado o primeiro código internacional sobre notificação de casos e adotadas medidas preventivas para a propagação de determinadas doenças como a cólera, peste, febre amarela, varíola e tifo (CASTRO, 2009, p. 20). Dessa forma, um novo RSI foi adotado no ano de 1969, durante a 22ª Assembleia Mundial da Saúde, com o objetivo de estimular a aplicação dos princípios da VE no plano internacional e, assim, reduzir o risco de entrada de infecção procedente do exterior. Todavia, é mantido uma lista específica de doenças para ser notificado, tal como medidas de intervenção predefinidas e o controle das fronteiras.

Desse modo, com as questões das dinâmicas socioeconômicas e mudanças geopolíticas, os quais passam a humanidade, o perfil epidemiológico vai se redesenhando constantemente, e novos desafios surgem para o setor saúde.

Então, a partir do surgimento do ebola e do HIV nas décadas de 1970 e 1980 ficou evidente que o Regulamento precisava ser ampliado e reformulado. A nova revisão, no entanto, só foi efetivada após a ocorrência da epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2002, da Influenza Aviária (H5N1) em 2003, e com o surgimento e uso do Antraz, que ocasionaram expressiva morbimortalidade na população, atingindo mais de 100 países e gerando um impacto significativo no tráfego e no comércio internacionais.

Conseqüentemente, a OMS percebeu que deveria ser revisto o RSI, pois algumas limitações foram percebidas, tais como:

[...] não havia incentivos para a adesão dos Estados Membros às disposições do RSI e nem ações específicas que pudessem ser adaptadas para prevenir a propagação internacional de uma determinada doença. Também não havia mecanismos eficientes de cooperação entre a OMS e um Estado Membro em situação de risco ou entre os países afetados; [...] muitos países não notificavam surtos epidêmicos porque temiam reações exageradas de outros países que pudessem ser lesivas a áreas como comércio, economia e turismo (CASTRO, 2009, p. 22).

Diante disto, foi publicado em 2005 a mais nova versão, que passou a valer em 15 de junho de 2007, nos 194 Estados-Membros da OMS. No Brasil, o seu texto foi aprovado pelo Decreto Legislativo nº 395 do Senado Federal e promulgado em 09 de julho de 2009 (BRASIL, 2010a). Em síntese, as ações preconizadas pelo RSI (2005) envolvem a prevenção, a proteção e o controle dos riscos de saúde pública, com a finalidade de:

Prevenir, proteger, controlar e fornecer uma resposta de saúde pública à disseminação internacional de doenças de maneira compatível e restrita aos riscos para a saúde pública, e que evitem interferências desnecessárias com os padrões internacionais de tráfego e comércio (OMS, 2016, p. 1)

Dessa maneira, ao fazer uma leitura do RSI (2015), o teórico Oliveira (2015, p. 7) avalia que dentre as recomendações importantes consta que, “países que compartilham fronteiras, devem sempre estabelecer cooperações internacionais que permitam o desenvolvimento e fortalecimento das ações conjuntas de vigilância epidemiológica”. Outro ponto destacado no novo Regulamento é a definição de

capacidades mínimas em vigilância epidemiológica e em serviços de controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras.

Logo, compreende-se que um sistema de VE local bem estruturado, com acompanhamento constante da situação geral de saúde e, da ocorrência de casos de cada doença e agravos são capazes de detectar precocemente emergências de saúde pública. Essa prática possibilita a constatação de qualquer caso de risco ou indício de elevação do número de casos de uma patologia, ou a introdução de outras doenças não incidentes no local e, conseqüentemente, o diagnóstico de uma situação epidêmica inicial, para a adoção imediata das medidas de controle adaptadas (BRASIL, 2009).

A interface do RSI com organismos e acordos internacionais implica relações com os blocos econômicos e, assim, com o Mercado Comum do Sul (Mercosul). Essas relações expressam o envolvimento com aspectos econômicos e comerciais e remetem às relações sociais produção-consumo, especialmente, no âmbito da circulação de bens, meios de transporte e pessoas, que ensejam reflexões sobre a sociedade de riscos globais e os desafios para o controle sanitário.

Em uma análise multiescalar, para o caso amapaense, a fronteira setentrional não se refere somente à fronteira continental, uma vez que com sua ligação com um território da Europa – Guiana Francesa, vai além da sua articulação física via infraestrutura (Ponte binacional). Esta conexão representa: “interação com a zona do Euro; conexão imediata com o espaço da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN); proximidade com a estação espacial de Kouru” (área científica de ponta) (SUPERTI *et al.*, 2011, p. 8). Além de que, o Amapá como espaço litorâneo possui um sistema portuário capaz de se relacionar entre os espaços transcontinentais com a China (via porto de Santana), com o platô das Guianas e caribe pela ponte binacional em Oiapoque.

Também é preciso ressaltar que as regiões de fronteira na Amazônia (que se conectam com sete países da América do Sul) se caracterizam por uma grande e rica biodiversidade, que em um contexto planetário representam os maiores anseios sociais, econômicos e culturais. A conectividade fronteiriça com o vizinho francês, por exemplo, será uma relação inversa, pois a Guiana Francesa tem sua moeda mais valorizada em relação ao Real do Brasil/Amapá, ou seja, as mercadorias, consumo e turismo são mais baratas neste lado da fronteira (SUPERTI *et al.*, 2011).

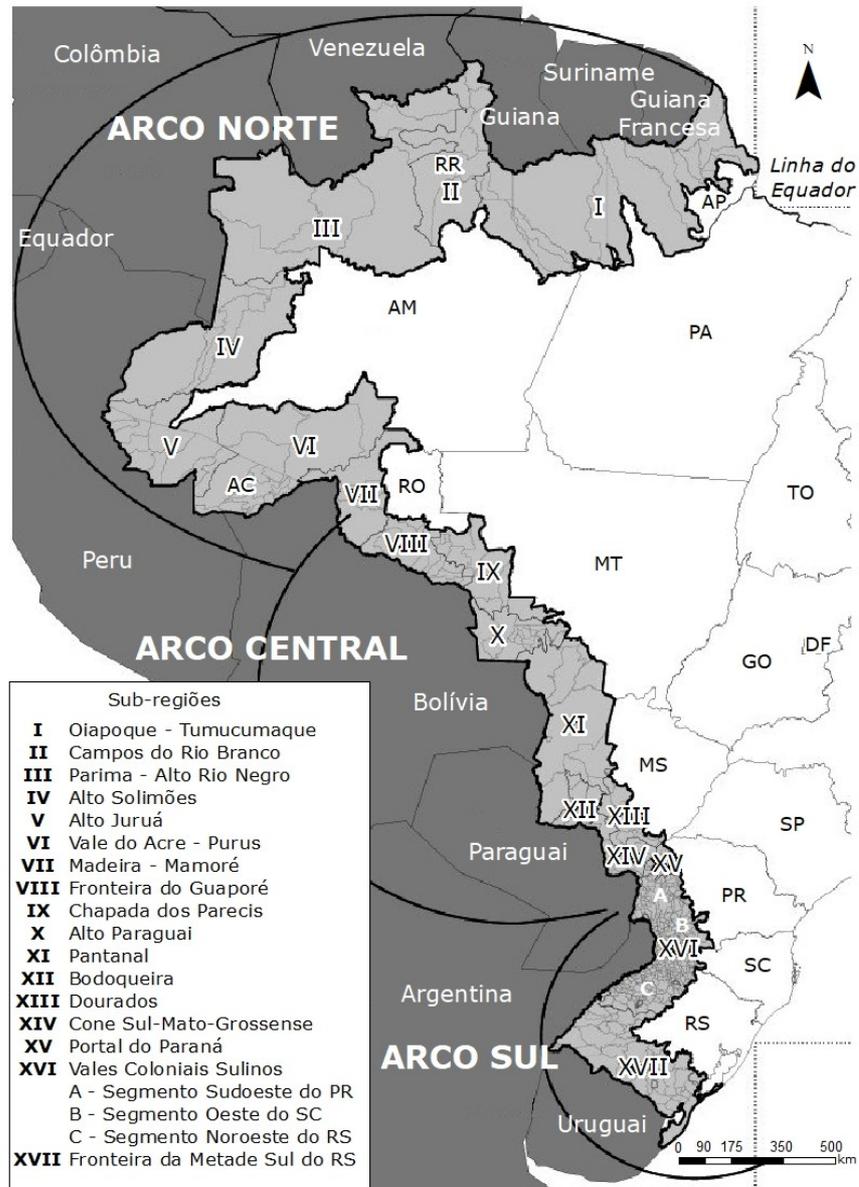
Portanto, os cenários inter-relacionais são variados para essa zona de fronteira, a qual também favorece a disseminação de riscos à saúde, que denotam a efetivação de uma política de vigilância em saúde que realize um controle sanitário eficiente.

2.2 As Fronteiras do Brasil/Amapá/Oiapoque e a Políticas de Vigilância em Saúde.

O Brasil tem um grande desafio para atender as recomendações do RSI (2005), devido possuir uma vasta área geográfica de fronteira, com 15,9 mil Km comprimento, 150 km de largura e área total de 1,4 milhão de Km², o equivalente a 16,6% do território brasileiro (IBGE, 2019). Faz divisa com dez países da América do Sul, comportando mais de 10 milhões de habitantes Dentro da sua faixa de fronteira (150km a partir do limite internacional), ainda há 588 municípios que foram agregados em dezenove sub-regiões em três Arcos: Norte, Central e Sul, conforme definição do Ministério da Integração (Figura 01) (IBGE, 2019). Essas subdivisões possuem aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais que refletem não apenas as realidades das macrorregiões brasileiras, mas também aspectos referentes aos países com os quais fazem fronteira (PEITER, 2005).

O Arco Norte, abrange o Estado do Amapá até o Acre, é o arco com as mais baixas condições de vida de toda a fronteira, possuindo os piores indicadores de expectativa de vida e mortalidade infantil, que segundo Peiter (2007) pode ser atribuído à falta de infraestrutura, recursos humanos e baixa cobertura da saúde na região. Além disso, é considerado o maior arco em extensão geográfica, com 1.524.156km² (66,7% da superfície da franja) e o menos povoado (menos de um habitante por km²), com uma população de 1.284.938 habitantes e limita-se a seis países da América do Sul (Suriname, República da Guiana, Venezuela, Colômbia, Peru e uma parte da Bolívia) e com a Guiana Francesa. Sendo reconhecido como um arco indígena, em razão tanto da grande presença de terras indígenas quanto de sua identidade territorial (BRASIL, 2005a).

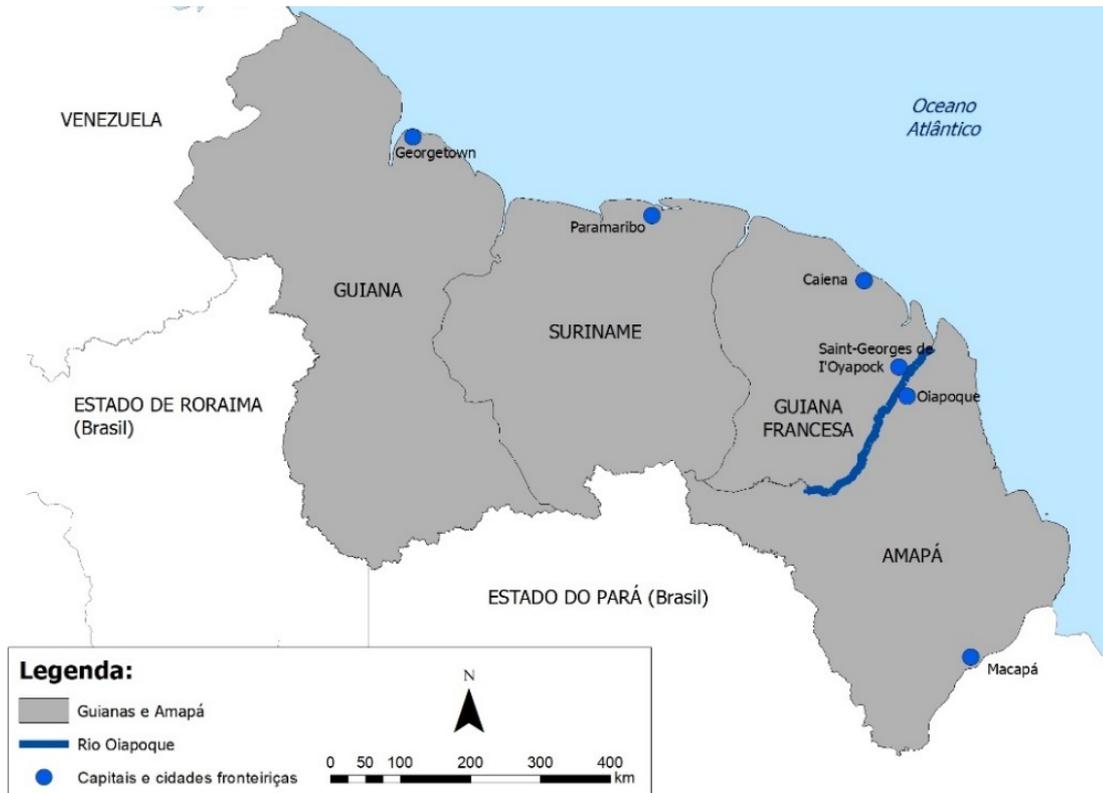
Figura 1 - Arcos e sub-regiões da faixa de fronteiras brasileiras



Fonte: Grupo Retis. Disponível em: <<http://www.retis.igeo.ufrj.br/>>. Modificado pela autora em 20/11/2019.

O Estado do Amapá, pertencente ao Arco Norte, partilha com o território da Guiana Francesa 665km de fronteira comum, são separados pelo rio Oiapoque e estão situados ao Nordeste da América do Sul, junto com o Suriname, a República Cooperativa da Guiana e ao Sul da Venezuela, constituem o Platô das Guianas (GRENIER, 2011) (Figura 2).

Figura 2 - Mapa da região fronteira franco-brasileira no contexto do Platô das Guianas

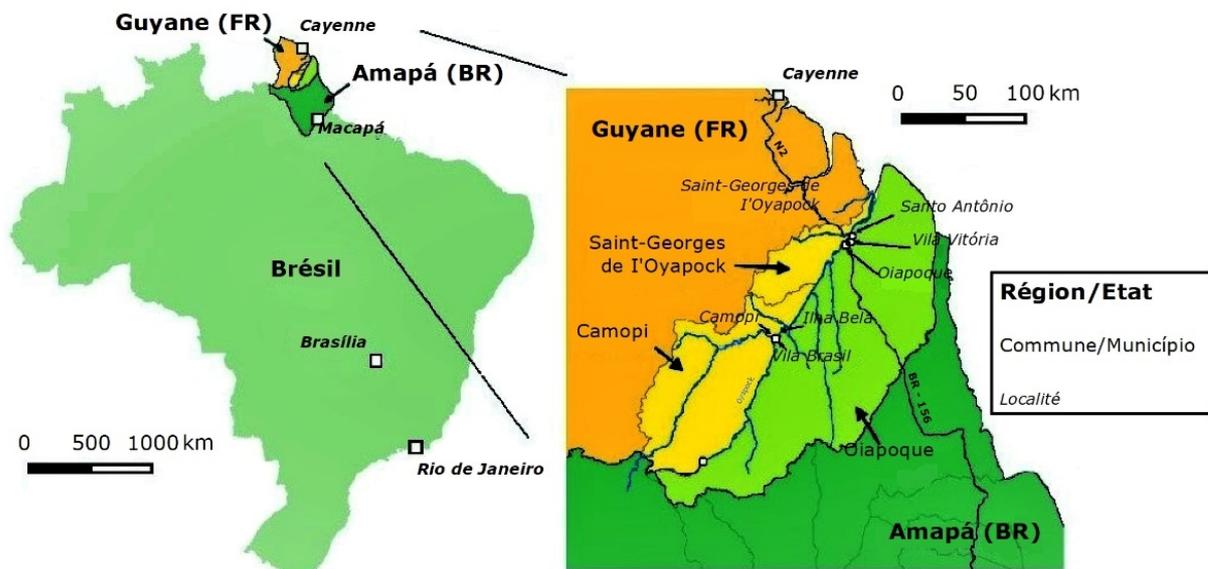


Fonte: Google Earth (2019).

O território amapaense apresenta 8 municípios inseridos na Faixa de Fronteira, ou seja, dentro dos 150 km definidos pelo Ministério da Integração (BRASIL, 2005a), desses, apenas Oiapoque é classificado como cidade-gêmea, com a cidade de Saint George de L'Oiapock (Figura 3). Essa proximidade física entre os dois territórios apresenta características tanto de separação quanto de interações entre os lindeiros, como menciona Martins *et al.* (2015):

Do lado brasileiro localiza-se a cidade de Oiapoque e do lado francês a cidade de Saint-Georges, essas coletividades são separadas por critérios relacionados à soberania; nacionalidade e etnicidade; organização política, administrativa, institucional; mas também são muito próximas em termos físicos e em virtude disso há intenso deslocamento de pessoas entre os dois lados da fronteira que provoca um elevado grau de interação entre seus habitantes. Esse contexto classifica Oiapoque e Saint Georges como cidades-gêmeas (MARTINS, 2015, p. 377).

Figura 3 - Localização da zona transfronteiriça Brasil-Guiana. A parte mais clara define a zona transfronteiriça de interesse



Fonte: Roux *et al.* (2014).

Essa zona transfronteiriça (Amapá e Guiana Francesa) é marcada por apresentar uma complexa diversidade étnica e um histórico de fluxo migratório intenso, podendo ser pensada sob diversos aspectos, como cita Almeida *et al.* (2017, p. 6) “espaço de intersecção e de redes de relações interculturais, zonas de contato e conflitos pautadas em ciclos migratórios irregulares”. A dinâmica fronteiriça nesse caso se refere a um determinado tipo de população flutuante, que não se fixa por muito tempo nessas cidades, por exemplo, no caso dos imigrantes em trânsito, militares dos destacamentos de fronteira, comerciantes itinerantes, garimpeiros, entre outros.

Nestes espaços fronteiriços também é possível existir problemas comuns de saúde, que podem ser condicionados tanto à mobilidade, quanto a exposição e ação do homem na floresta. O trânsito de um lado ao outro da fronteira pelos povos indígenas, associados às suas atividades de pesca, extrativismo vegetal e o cultivo da mandioca, são alguns exemplos. Outro caso, são as atividades de mineração informal dos garimpos e madeireiros, os quais também influenciam para o constante fluxo de pessoas.

Segundo Peiter (2005, p. 71) estes fluxos propiciam a propagação de doenças transmissíveis como a “malária”, assim como, desencadeiam a degradação ambiental, causando a “contaminação do solo e a água” para consumo humano e de

animais. Esse tipo de comportamento na fronteira, potencialmente produz vulnerabilidades, particularmente para a VE e o controle de doenças (Figura 4 e 5).

Figura 4 – Vista aérea da ponte binacional e ao lado direito a frente da orla da cidade de Oiapoque (BR)



Oiapoque

Fonte: arquivos da autora (2019).

Figura 5 – Parte de um dos pontos de entrada e saída de catraias, que fazem a travessia de Saint Georges (GF) para várias localidades ao longo do rio Oiapoque



Saint Georges

Fonte: arquivos da autora (2019).

Em Oiapoque, onde se observa essa condição de população flutuante, comentado no parágrafo anterior, acarreta a instabilidade na contabilidade populacional dos residentes, prejudicando o repasse de recursos financeiros pelo MS, que se utiliza do cálculo de estimativa populacional para efetivá-lo (PEITER, 2007). As atividades da Vigilância em Saúde relacionadas à vacinação, por exemplo, necessitam dos dados populacionais mais próximos possíveis da realidade local, pois caso contrário, o envio de doses de vacinas pode se tornar insuficientes para a demanda realmente necessária.

Nesse sentido, o papel da Vigilância em Saúde, no contexto destacado, é imprescindível, por isso, é preciso fazer algumas considerações sobre essa política de saúde pública. A começar por sua terminologia, a qual vem sofrendo uma série de atualizações, já que corresponderam as transformações ocorridas ao longo do tempo no campo da ciência. Porque, em meados do século XVII, o termo Vigilância referia-se apenas “à observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e seus contatos”, nessa época tratava-se apenas de medidas como isolamento e quarentena (ROMERO; TRONCOSO, 1981, p. 18).

Com os conhecimentos epidemiológicos, no âmbito científico (estudo da distribuição dos problemas de saúde e de seus determinantes nos diversos grupos sociais em distintas localizações geográficas, etc.) e metodológico (métodos de investigações, elaborando indicadores, utilizando sistemas de informações, monitoramento, etc.) proporcionou maior auxílio para a elaboração das políticas públicas em saúde (DRUMOND JR, 2001). As informações epidemiológicas passaram a ser consideradas como um importante meio para fornecer os fundamentos científicos para o planejamento de ações de prevenção e o controle de agravos à saúde.

Somente em 1964 houve a junção dos termos “Vigilância Epidemiológica” surge pela primeira vez no ano de 1964, sendo consagrada internacionalmente no ano seguinte, com a criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS (WALDMAN, 2006, p. 491), seu conceito compreende:

No estudo das doenças como um processo dinâmico, envolvendo agentes etiológicos, hospedeiros, reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que interferem na sua propagação. Nesse sentido, foi

postulado o papel fundamental da vigilância na investigação e no controle das doenças” (RASKA, 1966 apud SANTOS, 2014, p. 16).

A partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 1990, o Brasil definiu saúde como “direito de todos e dever do Estado [...] e são de relevância pública as ações e serviços de saúde” (BRASIL, 1990, p. 1), estabelecendo que o sistema de saúde integraria uma rede regionalizada e hierarquizada compondo diretrizes como a descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A Lei também destaca como um de seus princípios “a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática” (BRASIL, 1990, cap.2, art. 7º, item VII). Em vista disso, a Vigilância Epidemiológica passa a ser definida como:

Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1999, p. 3).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) cria a Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) (BRASIL, 2003), que têm como responsabilidade coordenar nacionalmente todas as ações executadas pelo SUS, nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, do programa de prevenção e controle de doenças, de informações epidemiológicas, de análise da situação de saúde e das demais especialidades de vigilâncias (ambiental, saúde do trabalhador e sanitária). Com o desenvolvimento do SUS e com a prerrogativa de fortalecimentos de suas ações, os sistemas municipais de VE vêm sendo dotados de autonomia técnico-gerencial e ampliando o enfoque.

O MS ao perceber os riscos para a transmissão de doenças nas regiões fronteiriças, vulnerabilidades, “fragilidade sociopolíticas”, e entendendo o caráter “político estratégico de integração das fronteiras”, esse último por sua vez vinculado ao contexto do desenvolvimento do mercado sul americano passou a investir em várias políticas e serviços destinadas ao desenvolvimento social e aumento de sua capacidade de vigilância em saúde, tais como: o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteiras), a Rede de Laboratório de Fronteiras e o Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS) (RODRIGUES-JUNIOR, 2007, p. 130). Na figura 6, tem-se os objetivos e ações de cada uma das políticas e serviços do MS supracitados.

Figura 6 - Descrição das políticas públicas em saúde voltados para as regiões de fronteiras

Política pública	Objetivos	Ações
Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteira)	Melhorar o serviço de saúde na fronteira.	Realização de um diagnóstico da saúde local e elaboração de um plano operacional para a qualificação dos profissionais e aprimoramento da rede de serviços de saúde nos municípios fronteiriços.
Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública - Laboratórios de Fronteira	Viabilizar o diagnóstico de agentes etiológicos, vetores de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde pública, bem como a promoção do controle analítico para a verificação da qualidade sanitária dos serviços prestados e de produtos.	Fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, ambiental em saúde e sanitária no que se refere às ações laboratoriais em áreas de fronteiras; e colaborar no cumprimento dos Acordos Internacionais, nas áreas de prevenção e controle de doenças, produtos e serviços.
Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS)	Aperfeiçoar os mecanismos de detecção, monitoramento e resposta a emergências em saúde pública, organizando processos de trabalho padronizados e gestão coordenada dessas ocorrências entre as três esferas de saúde do SUS.	Monitorar, identificar e emitir alertas sobre riscos e potenciais emergências em saúde pública, a fim de desencadear resposta coordenada, adequada e integrada, em tempo oportuno, consoante os preceitos do RSI (2005)

Fonte: Brasil (2005). Elaborado pela autora.

O SIS-Fronteira foi lançado pelo MS em 2005, por meio da Portaria n. 1.120 de julho de 2005, tendo como diretriz promover a integração de ações e serviços de saúde na região de fronteira, contribuindo para a organização e o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços (BRASIL, 2016a). O projeto consistia em mensurar as demandas e a capacidade instalada, buscando identificar

os fluxos de assistência, de analisar o impacto das ações desenvolvidas sobre a cobertura e a qualidade assistencial, documentar os custos com a assistência aos cidadãos e de integrar recursos assistenciais (BRASIL, 2005a). Além de firmar articulações entre as áreas do MS, a fim de “levar os principais programas do governo para a região de fronteira e melhorar os serviços locais de saúde” (OLIVEIRA, 2015, p. 29).

O debate sobre a criação do SIS-fronteira segundo Gadelha; Costa (2007, p. 217), foi o reconhecimento do MS da “insuficiência de informações, para a elaboração de um sistema que permitisse a integração de determinadas ações de saúde nas fronteiras”, por isso, a VE representa uma parte dos serviços de saúde contemplados com o SIS-Fronteiras, voltados principalmente para ações de “transfronteirização” (RODRIGUES-JÚNIOR, 2007). O programa teve início no ano de 2010 e término no ano de 2014 sem que houvesse qualquer programa similar em substituição, deixando novamente essa região de fronteira sem uma política de Estado exclusiva para os municípios de fronteira.

No Amapá, os recursos financeiros para o desenvolvimento das três fases do SIS-fronteira foram repassados às cidades de fronteira Laranjal do Jari e Oiapoque, sendo que, a primeira fase consistia em realizar o diagnóstico e plano operacional, que foi realizado pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) no ano de 2006 (SOTIL *et al.*, 2006); Já a segunda fase: Implantação de Serviços para Áreas de Fronteiras; e, por último, a terceira fase em que há a Qualificação de Gestão em Áreas Estratégicas. Não foi encontrado relatório no município de Oiapoque, que pudessem relatar o impacto do SIS-Fronteira nesta zona de fronteira.

Um importante serviço destinado ao desenvolvimento do aumento da capacidade de vigilância em saúde, foi criado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS), a Rede de Laboratórios de Fronteiras. A rede foi criada para atender com maior eficácia as ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária. Essa rede é composta por doze laboratórios distribuídos nas regiões de fronteira e são unidades estratégicas para o país, para que, no âmbito das zonas de fronteiras, fossem capazes de “*detectar as principais doenças transmissíveis, executar análises, efetuar coletas, armazenar e enviar amostras aos laboratórios de referência nacional*” (OLIVEIRA, 2015, p. 29) (Figura 7).

Figura 7 - Localização dos laboratórios de fronteiras no Brasil



Fonte: BRASIL (2001).

No Amapá, o Laboratório de Fronteira (LAFRON-AP) foi estruturado no ano de 2005 e está localizado no município de Oiapoque, cidade fronteira com a Guiana Francesa (Figura 8). É referência municipal para diagnóstico de doenças de notificação compulsória, porém não tem autonomia financeira, pois sua gestão superior está subordinada ao Laboratório Central de Saúde, que é vinculado à Superintendência de Vigilância em Saúde, que está localizado na capital Macapá, distante a cerca de 600km de Oiapoque. Este laboratório de fronteira foi implantado como parte da estratégia geral de Reestruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e em particular do fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios

de Saúde Pública. Atualmente com a nova estrutura administrativa da SVS-Amapá (2017), o LACEN, LAFRON e o setor de vigilância em saúde do Estado sinalizou maior integralidade das ações e atividades.

Figura 8 - Laboratório de Fronteira em Oiapoque/AP

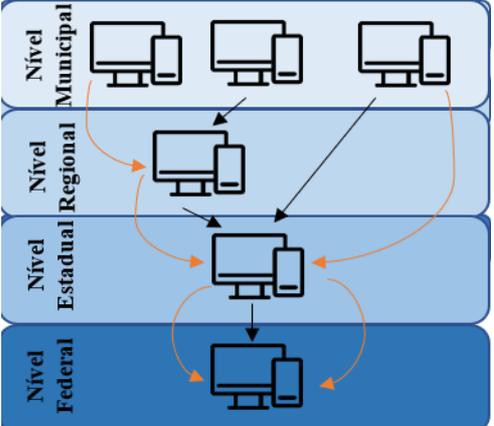
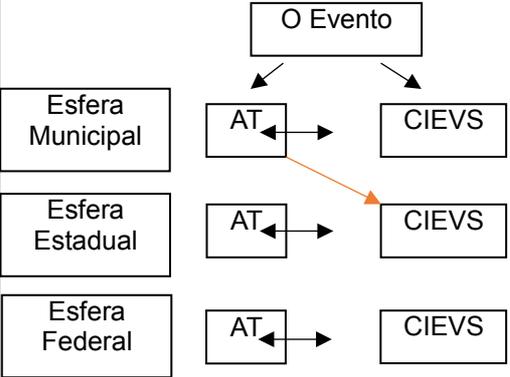


Fonte: arquivos da autora (2019)².

Por fim, há o Centro de Informações Estratégicas e Respostas em Vigilância em Saúde (CIEVS), criado para atender a uma recomendação descrita no RSI (2005). Caracteriza-se como uma ferramenta fundamental para o enfrentamento de pandemias, fortalecendo a capacidade de resposta já existente e sendo o ponto focal para a OMS (BRASIL, 2005b). Esse Centro registra, além disso, monitora a ocorrência de doenças e agravos de notificação compulsória e os eventos de interesse de saúde pública nacional (ESPIN) e internacional (ESPII). Os sistemas de monitoramento utilizados são: Sistemas de Informações de Agravos de Notificação compulsória (SINAN) e Sistema Integrado de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública (SIME). O fluxo das informações dos dois sistemas se encontra na figura 9.

² Imagem da do prédio do LAFRON, localizado na Rua Noberto Penafort, 431 – Planalto. Oiapoque-AP.

Figura 9 - Sistemas de informações em saúde SINAN e CIEVS, objetivos e fluxo dos dados, Brasil

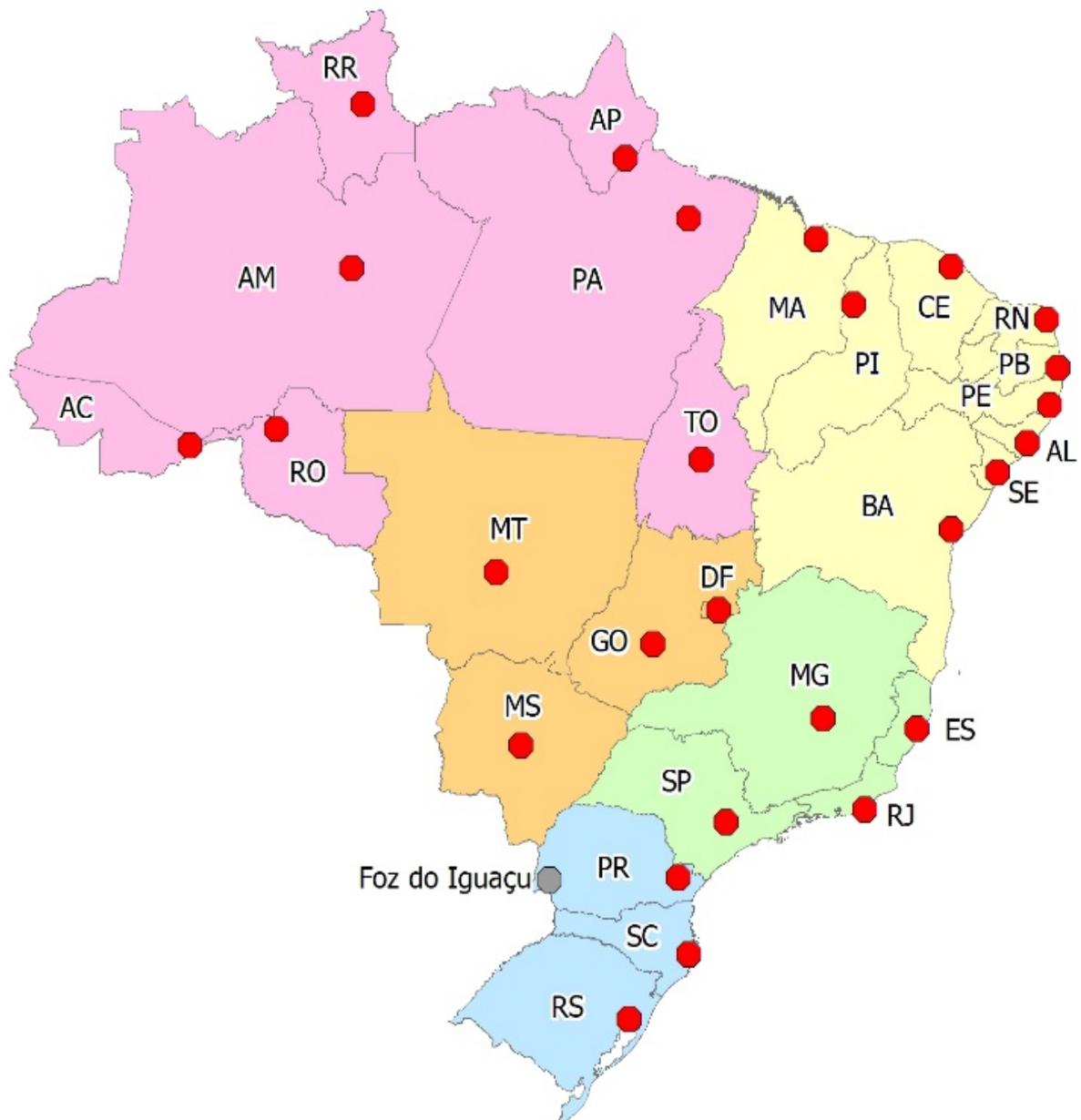
Sistemas de Informações	Objetivo	Fluxo das Informações
<p>Sistemas de Informações de Agravos de Notificação – SINAN (Portaria de Consolidação nº4, de 28 de setembro de 2017b),</p>	<p>Coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de VE das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios a análise das informações de VE das doenças de notificação compulsória (ANEXO B), mas facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região.</p>	 <p>O início do fluxo dos dados inicia-se através das unidades de saúde, que transferem os dados para a secretaria municipal ou regionais de saúde, esta por sua vez encaminha para o nível estadual, finalizando envio ao nível Federal.</p>
<p>Sistema Integrado de Monitoramento de Eventos de Saúde Pública. Instituído através da Portaria da SVS/MS, nº 30, de 07 de julho de 2005 (BRASIL, 2005b).</p>	<p>Vincula-se à intermediação de processos voltados para a detecção, avaliação e notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública, de modo oportuno e eficiente, com o objetivo de articular e aprimorar as ações de resposta, assim como subsidiar as tomadas de decisões dos gestores federais na área da saúde.</p> <p>O monitoramento de informações ocorre por meio da vigilância passiva (notificadas pelos CIEVS) e pela vigilância ativa (através dos informes Internacionais e os rumores (imprensa, mídia social, outros).</p>	 <p>Fonte: CIEVS/MS, 2010. Nota: Quando não houver CIEVS no município (↘) AT: áreas técnicas</p> <p>O fluxo do SIME ocorre da mesma forma que o SINAN, com a especificidade deste no processo inicial de notificação, que também pode ocorrer por qualquer nível de atenção do SUS.</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

O CIEVS/MS no ano de 2010, em articulação interfederativa, descentralizou suas atividades para as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. Sendo que

a Rede de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde é formada por “54 CIEVS nos 26 Estados, no Distrito Federal e em um município de fronteira (Foz do Iguaçu)” (BRASIL, 2007a, p. 3) (Figura 10), enquanto que, o município de Tabatinga e o município de Oiapoque também estão em processo de criação de uma sala do CIEVS.

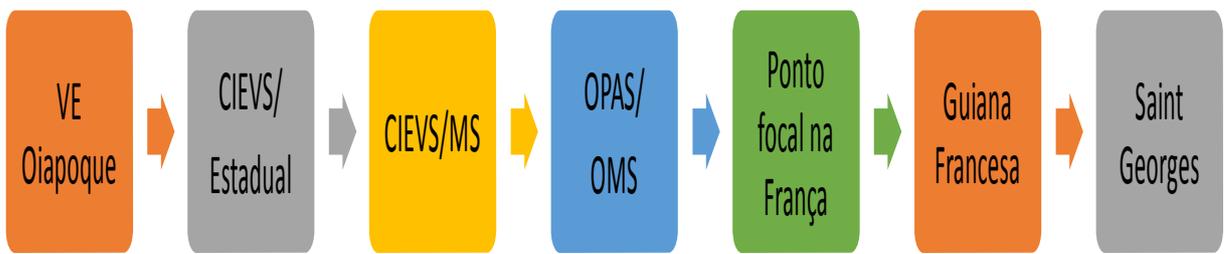
Figura 10 - Distribuição dos CIEVS/SES e CIEVS/SMS pelo território do Brasil



Fonte: CIEVS/MS (2007).

No Amapá, a implantação do CIEVS nacional aconteceu no ano de 2010, a Secretaria de Saúde do Estado (SESA) recebeu equipamentos e capacitação técnica do MS, no entanto, foi apenas em 2016, que o CIEVS-AP foi institucionalizado por meio da Portaria N° 783/16 (SESA), fazendo parte atualmente da Superintendência de Vigilância em Saúde do Amapá (SVS/AP) (AMAPÁ, 2017a. p. 2). No diagrama 1 é demonstrado como ocorre o fluxo das informações de um evento de interesse de saúde pública, identificado, por exemplo, pelos serviços de vigilância em saúde na fronteira do Amapá-Guiana Francesa.

Diagrama 1. Fluxo da informação das emergências em saúde pública nacional e com os parceiros internacionais



Fonte: elaborado pela autora, 2019.

É importante destacar que esse fluxo de comunicação entre o Brasil e os países é realizada por meio de correio eletrônico e/ou telefonia. Segundo o RSI 2005, os eventos de saúde pública são de notificação compulsória imediata e devem ser notificados por profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento, em até 24 horas, à autoridade de saúde competente (BRASIL, 2010c, p. 19). Todavia, não está descrito no protocolo Nacional, a orientação para estabelecer um fluxo de informações entre os serviços de VE em países que tem fronteira comum. Nesse sentido, propõem-se a reflexão que, quanto mais rápido for identificado e compartilhado um evento em comum, melhor será o potencial de resolutividade, seja para investigação, prevenção, seja pelo controle do evento, podendo o ser, inclusive de forma coordenada com o país vizinho.

Handel *et al.* (2006) defendem que o tempo percorrido entre a ocorrência e a captura de um evento pelo sistema de vigilância pode ser um fator importante para

prevenir ou mesmo reduzir a severidade desse acontecimento. Portanto, é importante que, em se tratando de cidades gêmeas, o fluxo da informação de eventos de interesse de saúde pública devesse seguir o protocolo próprio, concomitantemente, ao protocolo e fluxo nacional entre os países vizinhos.

É imperativo a criação, utilização, difusão de regras e procedimentos para o monitoramento de doenças e agravos entre os países vizinhos, pois proporcionam aos tomadores de decisão, a legitimidade necessária ao bom desempenho da VE nas regiões de fronteiras. Portanto, os aparatos institucionais dos governos nacionais, em todos os níveis da gestão, devem contribuir para a melhoria da qualidade de suas ações na área da VE, diante das vulnerabilidades fronteiriças que podem alterar a qualquer momento o perfil epidemiológico destas regiões.

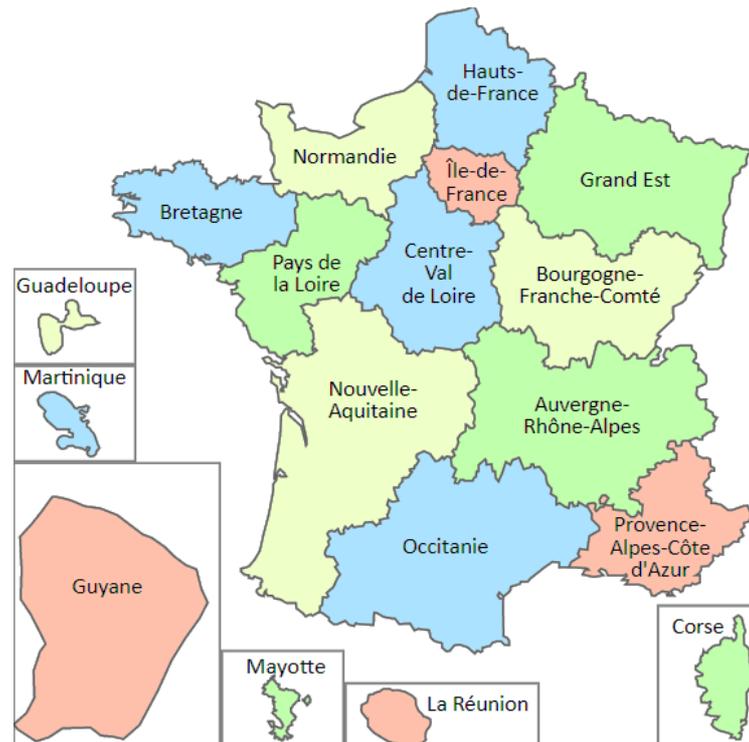
Finalmente, cabe enfatizar que cada país apresenta sistemas de vigilância em saúde ou de informações, que nem sempre tem a mesma lógica e base de dados, o que impõem importantes desafios aos profissionais de saúde que atuam em regiões fronteiriças. Em seguida, será apresentado como a França desenvolve as ações de vigilância das doenças e agravos de interesse nacional e internacional.

2.3 As fronteiras da França/Guiana Francesa/Saint Georges e a Vigilância em Saúde.

A França, Estado-Membro da União Europeia (UE), tem a maior superfície comparado aos demais 27 Estados-Membros. Sabe-se que o território Francês faz fronteira com a Bélgica, Luxemburgo a nordeste, Alemanha, Suíça a leste, Itália a sudeste, Espanha e Andorra a sudoeste. É banhada pelo canal da Mancha a norte, golfo da Biscaia (parte do oceano Atlântico) a oeste e tem mar Mediterrâneo a sul (UE, 2019). O país ainda é dividido em duas partes distintas: a França “metropolitana” (a parte do País dentro da Europa) e a França “além-mar” (os territórios pertencentes à França espalhados pela América, África, Oceania e Antártica), essas duas partes são divididas em dezoito regiões e cinco departamentos ultramarinos: Guadalupe, Martinique, Guyane Francesa, Réunion e Mayotte (Figura 11). Por essa perspectiva, fazendo uma analogia com o Brasil, as regiões seriam as regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-

Oeste), os Departamentos seriam os Estados brasileiros e as *communes* seriam os Municípios.

Figura 11 - Imagem das Regiões Territoriais da França



Fonte: Cartes France (2019).

Em âmbito da UE, a França submete-se a adotar as legislações internacionais de orientação para desenvolver as Políticas Sanitárias, como complementação às políticas nacionais. A comunidade europeia coaduna da premissa que visa proteger e melhorar a saúde, garantindo a igualdade de acesso aos cuidados de saúde modernos e eficientes a todos os europeus e coordenar a resposta a eventuais ameaças graves para a saúde que afetem os países membros (UE, 2019). Dessa forma, os Estados-Membros recebem apoio técnico e político da UE para cooperarem nacionalmente de modo a garantir a uniformidade das ações, voltados para a prevenção e gestão de doenças, na minimização de fontes de perigo para a saúde humana (CE, 2011).

Nos termos da legislação da UE sobre a temática de segurança sanitária, a CE desempenha o papel de coordenador da integração das informações em saúde, medidas sobre de controle das doenças e outros fatores de risco relacionados ao terrorismo, como: armas biológicas, químicas e rádio nucleares. Na figura 12 será ilustrado os principais mecanismos e políticas criadas para o enfrentamento das ameaças transfronteiriça à segurança da saúde em toda a UE.

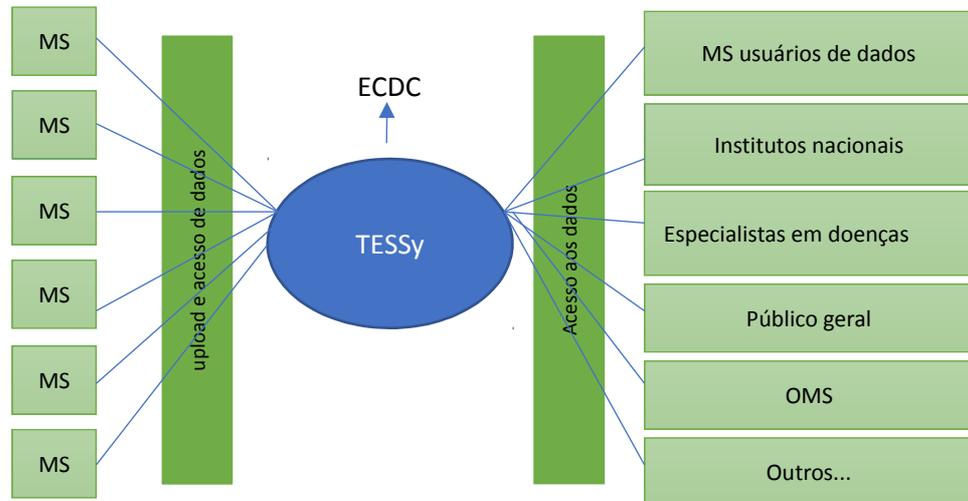
Figura 12 - Rede Europeia para a vigilância epidemiológica e controle de doenças

Política	Objetivo
Comitê de Segurança Sanitária (HSC)	É um comitê consultivo, deliberativo e operacional, formado por integrantes dos Estados-Membros, e que realizam o monitoramento, alerta precoce e combate a graves ameaças transfronteiriças de forma coordenada e complementar às políticas e serviços de cada país integrante.
Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC)	Realiza a detecção, análise e divulgação sistemática e contínua de 56 doenças transmissíveis e de problemas que possam causar ameaças para saúde humana.
Sistema de alerta rápido geral (ARGUS)	Consiste em uma rede de comunicação e trocas informações internas, com coordenação específica, a ser ativado em caso de crises emergentes multissetoriais ou ameaças previsíveis ou iminentes. Esse sistema se utiliza dos bancos de dados existentes e nas tecnologias internas de mensagens, além de outros meios de comunicação (SMS, telefone).
Rede de Monitoramento Ad Hoc	Compete neste caso a monitorar e detectar a ocorrência de alterações nos padrões de distribuição geográfica, transmissão e gravidade na ocorrência dos agravos por meio dos sistemas de informação. A rede entra em operação apenas em situações nas quais é reconhecida uma emergência de Saúde pública de interesse nacional ou com potencial de rápida dispersão entre os Estados-Membros.

Fonte: Oliveira (2015), modificado pela autora (2019).

A vigilância das doenças e ameaças de risco a saúde entre os Estados-Membros (MS) da UE segue o fluxo descrito na figura 13. Cada MS encaminha dados sobre as doenças e ameaças à saúde pública via do sistema de Vigilância Europeia (TESSy). O ECDC analisa, elabora relatórios, envia de volta aos MS para comentários antes da divulgação para as demais instituições Nacionais e Internacionais pertencentes à rede de vigilâncias das doenças.

Figura 13 - Rede de vigilância das doenças e ameaças a saúde na União Europeia



Fonte: Adaptado CE (2011).

As estratégias e políticas adotadas pelos Estados-Membros, nesta área de problemas transfronteiriços com possível impacto internacional, corrobora com o RSI (2005), concebendo a ideia de que os Estados-Membros não podem agir eficazmente sozinhos. É necessária uma abordagem europeia mais coordenada, assim, com a atuação do HSC foi possível estabelecer as medidas citadas no quadro 01 e a colaboração sustentável com seus parceiros na área de segurança da saúde global (CE, 2011).

Inerente à política sanitária da França, assim como os demais países, conforme o surgimento de novos problemas ou ameaças à saúde, foram ocorrendo reformulações de suas políticas e estruturas organizacionais de saúde, bem como o aperfeiçoamento dos sistemas de vigilância.

Durand (2001) destaca que foi com o surgimento da crise da vaca louca³, ao final da década de 80 e início da de 90, que a França percebeu os disfuncionamentos da sua política de segurança sanitária⁴. As razões de tal disfuncionamento, segundo o autor, foram revelados por meio de um relatório da Comissão dos Assuntos Sociais da Assembleia Nacional, que apresentou em evidência dois vetores:

[...] a insuficiência dos meios de vigilância sanitária e das regras que garantem a segurança sanitária; e a diversidade e a fraqueza da coordenação das estruturas encarregadas das questões de segurança sanitária [...] falta de recursos, o caráter pouco eficaz e a ausência de coordenação dos diversos órgãos públicos ou privados incumbidos da vigilância sanitária (DURAND, 2001, p. 74).

Nesse sentido, a França buscou aperfeiçoar seus sistemas sanitários no âmbito político, legislativo e administrativo. Para tanto, a política de vigilância sanitária é organizada de forma padronizada e única para todos os seus departamentos e territórios, sendo conduzida pelo Ministério da Saúde, que assume a coordenação geral da saúde e seus parceiros: as agências. Dessa forma, são diversas as “agências” que funcionam como instituições que prestam apoio científico, administrativo e operacional em nível territorial, dentre elas, está a Agência Nacional de Saúde Pública França (Santé Publique France) e as Agências Regionais de Saúde (ARS).

Vale destacar ainda a Santé Publique France, instituição administrativa pública sob supervisão do Ministério da Saúde, criada a partir das bases da agência se consolida em três instâncias de saúde existentes (o Instituto de Vigilância em Saúde - InVS, o Instituto Nacional de Prevenção e Educação em Saúde - INPES, o Estabelecimento de Preparação e Resposta a Emergências Sanitárias – EPRUS) a qual foi implementada a partir da atual [lei de Modernização do Sistema de Saúde francês](#) (FRANÇA, 2016). Assim, a perspectiva da França é que a Santé Publique

3 Vaca louca, nome da doença encefalopatia espongiforma bovina. É uma infecção degenerativa do sistema central dos bovinos que começou no Reino Unido, em decorrência do uso de farinhas feitas a partir de restos animais na alimentação dos bovinos, e provocou no homem uma variante da doença, a síndrome de Creutzfeldt-Jakob, que causou dezenas de mortes na Europa (BRASIL, 2017a).

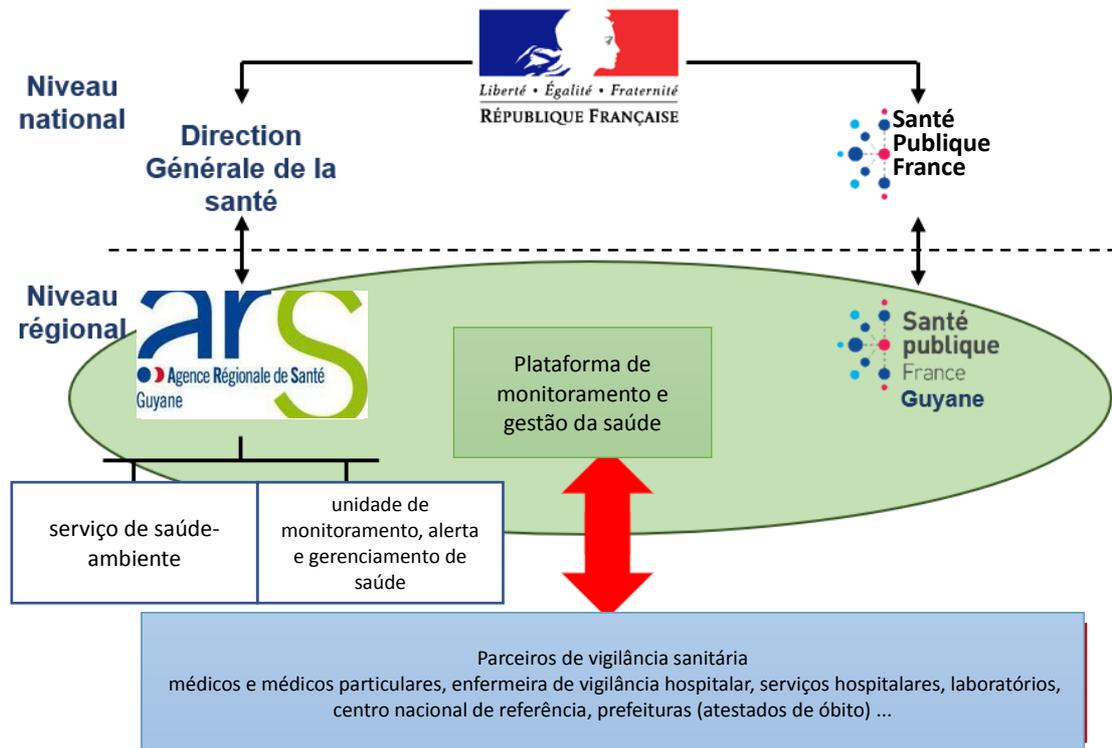
4 A segurança sanitária estende-se hoje a todos os produtos e a todas as atividades necessárias à preservação da saúde. Ela implica que sejam tomadas medidas que visem a avaliar e prevenir os riscos, como também reduzir seus efeitos caso ocorram.

France se torne similar e colaboradora do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e do Órgão Saúde Pública da Inglaterra.

A Santé Publique France garante o monitoramento do estado de saúde da população, desenvolve as diretrizes para a preparação e resposta a ameaças, alertas, crises sanitárias, implementa as políticas de desenvolvimento da prevenção, promoção e educação para a saúde pública. Essa instituição está organizada nos níveis territoriais por meio de suas células regionais, que tem o mesmo nome da agência, acrescentando somente o nome do território onde está situado, exemplo, Santé publique France Guyane (Saúde Pública França Guiana).

Outra estrutura de apoio ao MS nos territórios franceses são as ARS. Estas por sua vez são responsáveis em conexão com a Santé Publique France Guyane (Cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire) e outros parceiros (laboratórios, hospitais, SAMU, clínicas, profissionais da saúde, etc.) pela organização e condução dos programas de saúde pública em todo o território. Comparando com a estrutura organizacional do Brasil, as Agências Regionais de Saúde são as Secretarias Estaduais de Saúde, e a Santé Publique France Guyane é a Superintendência de Vigilância em Saúde. Na figura 14 é demonstrado como é organizado a gestão de saúde em nível territorial na Guiana Francesa.

Figura 14 - Organização da gestão da vigilância sanitária na Guiana Francesa



Fonte: Organização de vigilância sanitária na Guiana – Carvalho/Santé Publique France Guyane/ Outubro (2019). Encaminhado via e-mail para a autora.

A ARS é a autoridade sanitária do MS no território e é mantida informada pelas organizações (vigilância, laboratórios, hospitais, etc.) sob sua jurisdição sobre qualquer projeto referente à organização e operação de seus sistemas de informação em saúde, bem como de situações que possam desencadear uma emergência de saúde pública, por meio da unidade de vigilância, alerta e gestão sanitária.

Cabe ressaltar que a Santé Publique France Guyane informa regularmente os dados epidemiológicos locais, tanto para o diretor da ARS, ao qual é subordinado territorialmente, como também para a Agência Nacional da França. Segundo Durand (2001) esse fluxo tem como premissa que a competência da Santé Publique France Guyane deve ser distinta, descentralizada e sem interferência da coordenação do Estado, ao mesmo tempo que atuam por intermédio de seus representantes na hierarquia local, que são os prefeitos e à ARS.

Como no Brasil, uma lista de doenças de notificação compulsória é utilizada na França (Anexo B), porém não existe um sistema eletrônico de informação que conecte as informações oriundas das unidades de saúde até o serviço da Santé

Publique France Guyane. A forma utilizada para transmissão da ficha de notificação obrigatória é por meio do correio eletrônico, já a partir da administração da Santé Publique France Guyane, os dados são inseridos no sistema nacional de vigilância sanitária, bem como analisados e divulgados no site oficial⁵

Nos territórios e comunidades fronteiriços regidos pela Constituição francesa, a ARS pode organizar, quando um acordo-quadro internacional permite, cooperação sanitária e médico-social com as autoridades do país vizinho. Todavia, os acordos devem sempre se adequarem às regras nacionais e serem assinados pelas autoridades superiores. Logo, os projetos de saúde necessitam focar em interesses comuns entre os países, com a finalidade de manter a boa convivência e qualidade de vida da população.

3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO FRONTEIRIÇA DO AMAPÁ E GUIANA FRANCESA

3.1 Contextualizando as Cidades-Gêmeas: Oiapoque e Saint Georges

Ao Norte da América do Sul situa-se as cidades-gêmeas Oiapoque (BR) e Saint-Georges-de-l'Oyapock (GF), essa zona transfronteiriça equatorial tem clima quente e úmido, coberta pela floresta amazônica, com 340 km de extensão geográfica separadas fisicamente pelo rio Oiapoque e integradas através da Ponte Binacional (SILVA 2014), que foi inaugurada em 2017 (Figura 15).

⁵ Informações fornecidas para a autora por meio de um técnico da Santé Publique France Guyane, durante visita na instituição, em 2016, na condição de presidente do subgrupo de saúde transfronteiriço Amapá-Guiana Francesa.

Figura 15 - Imagem da Ponte Binacional que interliga Brasil ao território francês, pela Guiana Francesa



Fonte: acervo da autora (2019).

Segundo o IBGE e o INSEE, a população estimada de Oiapoque em 2017 constava de 24.892 habitantes e em Saint Georges com 4.168 habitantes, os dois territórios apresentam uma composição étnica bem heterogênea, constituídos por indígenas, imigrantes surinameses, haitianos, brasileiros, franceses metropolitanos, chineses (MARTINS *et al.*, 2015; PEITER *et al.*, 2019). Sendo que as duas cidades fronteiriças são classificadas com baixa densidade demográfica, porém com grande presença de pessoas consideradas itinerantes⁶ (Tabela 1).

Tabela 1 - Característica demográfica das cidades fronteiriças de Oiapoque (BR) e Saint Georges (GF)

Município	Oiapoque	Saint Georges
População (2017)	24.892	4.168
Área territorial km ²	22.625	2.320
Densidade (habitantes/Km ²)	0,91	1,8

Fonte: IBGE (2018), INSEE (2018).

⁶ População Itinerante para o IBGE são as pessoas que estão de passagem no município, indo ou vindo para o país vizinho, em Oiapoque chega a alcançar 15% da população (IBGE, 2018).

Os núcleos urbanos de Oiapoque e Saint-Georges não ficam de frente do outro (precisa-se de uma viagem de 15 minutos de catraia), mas existe um bairro, originado no começo informal, na parte do município do Oiapoque, diante da cidade de Saint-Georges (Figura 16): Vila Vitória, agora com aproximadamente 3.000 habitantes, povoados por emigrantes brasileiros expulsos da Guiana Francesa (Figura 17) (GRANGER, 2017).

Figura 16 – Imagem da orla da cidade de Saint-Georges (GF)



Fonte: Acervo da autora (2019).

Figura 17 – Imagem da orla de vila Vitória, bairro da cidade de Oiapoque (BR)



Fonte: Acervo da autora (2019).

O crescimento urbano de Oiapoque se constituiu, segundo Almeida e Rauber (2017, p. 486) “sem que houvesse o mínimo de atenção para as condições de infraestrutura urbana capazes de suportar seu crescimento demográfico, especialmente no que se refere ao sistema de saneamento básico”. Esse quadro é possível ser constatado também por meio do Índice de Bem-Estar Urbano dos Municípios Brasileiros⁷ (IBEU), publicado em 2016, o município de Oiapoque ocupa a 5464ª posição no quadro geral dos municípios brasileiros (5.565), evidenciando dessa forma, a precariedade dos serviços públicos e infraestrutura urbana, que é ofertada à população.

Em Saint Georges, os serviços de saneamento não atendem toda a sua população. Por exemplo, na cidade tem água tratada, rede de esgoto e coleta regular de lixo, mas parte de seus resíduos são jogados no rio Oiapoque (MARTINS *et al.*, 2015). Em outras áreas mais afastadas, como a área militar de fronteira, onde vive uma importante comunidade de ameríndios (povos indígenas) e brasileiros, as ruas não são asfaltadas e não dispõem de serviços de saneamento básicos (VAN GASTEL, 2016).

Para os autores Silva e Trindade Júnior (2013, p. 50), o Oiapoque apresenta interações do tipo capilar com a cidade do país vizinho, Saint Georges, que inclui intercâmbio cotidiano, constituindo “[...] um exemplo de interação e integração de natureza mais espontânea”. Em decorrência da diferença de câmbio entre os dois territórios os brasileiros são atraídos para a capital Guiana Francesa, Caiena, em busca de remuneração em euros ou destinam-se para o garimpo (ALMEIDA; RAUBER, 2017). Nessa discussão, os autores ainda continuam, mas agora sobre os interesses inversos, da Guiana para o Oiapoque:

Por outro lado, os franceses e/ou crioulos e guianenses vêm ao Brasil em busca de “turismo” diverso e de comércio em “reais” frente a moeda brasileira desvalorizada. Esse turismo está associado ao setor de diversão, como o ecoturismo e o turismo sexual (ALMEIDA; RAUBER, 2017, p. 480).

A exploração aurífera impulsiona a economia e desencadeia mobilidade pendular de pessoas e o crescimento demográfico nesta região. Ainda que a

⁷ Índice de Bem-Estar urbano dos municípios Brasileiros 2016: O índice de desenvolvimento é elaborado pelo Instituto Nacional de ciência e tecnologia, e apresenta um levantamento inédito sobre as condições urbanas dos 5.565 municípios brasileiros, a partir da análise de dimensões como mobilidade, condições ambientais urbanas, condições habitacionais, atendimentos de serviços coletivos e infraestrutura.

exploração e extração de ouro ser regulamentada com autorização na Guiana Francesa, contudo os casos legais são pontuais. O fenômeno problemático são os garimpos ilegais que envolvem migrantes, trânsito comercial diverso e prostituição (ALMEIDA; RAUBER, 2017), vale ressaltar que o garimpo historicamente foi e ainda é, nos dias atuais, responsável por graves problemas ambientais, causando violência, evasão de recursos e pelo crescimento do número de casos de malária nessas regiões fronteiriças do Amapá, Guiana Francesa e Suriname (ANDRADE, 2005; PEITER, 2005, 2017; MARTINS *et al.*, 2015).

Em um estudo realizado com garimpeiros na Guiana Francesa (DOUINE *et al.*, 2018), os pesquisadores concluem, que teoricamente as pessoas migram para os garimpos em condições saudáveis, porém suas árduas condições de trabalho e de vida levam a diversos problemas de saúde. A maioria dos garimpeiros entrevistados relataram ter adoecido por malária, leishmaniose, distúrbios digestivos, hipertensão, anemias e diagnosticado com HIV. Em relação a isso, este relatório irá abordar no próximo tópico a condição epidemiológica da população que vive na fronteira.

3.2 A situação epidemiológica da fronteira do Amapá e Guiana Francesa.

3.2.1 Processos metodológicos

Realizou-se uma pesquisa descritiva a partir do levantamento de dados das doenças e agravos de notificação compulsória do Brasil (DNC), por meio das fontes: SINAN da base estadual do Amapá, Sistema de Informação Epidemiológica (Sivep-Malária e Influenza) e IBGE. Assim, as fontes da França foram do INSEE, Santé Publique France, OPAS, Centros de Saúdes (CDPS) e Hospital de Cayenna (CHAR). A temporalidade dos dados selecionados no Brasil foi de 2010 a 2017, enquanto que da França foi entre 2000 a 2018.

Comparou-se o coeficiente de incidência (CI) para cada DNC entre o Estado do Amapá e Oiapoque, foram selecionadas as dez DNC com maior média de casos confirmados para o município de Oiapoque. O cálculo de incidência estadual e para o município de Oiapoque foi por 10 mil habitantes, de acordo com a população estimada pelo IBGE.

Buscou-se analisar a situação epidemiológica das DNC em duas escalas em cada país: Brasil (Amapá/ Oiapoque) e na França (Guiana Francesa e St. Georges). Posteriormente, identificou-se as doenças e agravos de maior impacto em ambos os serviços de vigilância em saúde da fronteira, foram citados alguns agravos que mesmo não sendo de notificação compulsória na Guiana Francesa, foram registrados nos relatórios do CDPS de St. Georges como um problema de saúde pública local. Finalmente, a proposta desta análise epidemiológica entre os territórios não foi comparar as taxas ou incidências das doenças, mas evidenciar semelhanças e particularidades no padrão epidemiológicos fronteiriço. Abaixo os resultados da pesquisa.

3.2.2 Resultados

No Amapá, a distribuição das DNC no período de 2010 a 2017 envolveram trinta e uma doenças e agravos, totalizando 150.192 notificações. As mais expressivas foram: malária; dengue; acidente antirrábico; leishmaniose tegumentar (LT); acidente de trabalho grave; acidente com animais peçonhentos; violência doméstica, sexual, suicídio e outras; CHIKV; hepatites; tuberculose; HIV/AIDS; sífilis (gestante e congênita); acidente com material biológico; hanseníase. As demais apresentaram CI abaixo de 10 casos/10 mil habitantes. No município de Oiapoque foi notificado 25 tipos de DNC, que registraram 21.264 notificações, o número de casos de malária, CHIKV, dengue e LT corresponderam a 18,6%, 94,9%, 8,8% e 17,9%, respectivamente, do total de casos registrados no Estado do Amapá (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição, percentual e incidência das doenças e agravos de notificação compulsória no estado do Amapá e no município de Oiapoque, 2010 – 2017

(continua)

Tipo de Agravo	Estado do Amapá			Tipo de Agravo	Município de Oiapoque		
	N	%	CI*		N	%	CI*
Malária	83.912	55,87	1.140,8	Malária	15.455	72,68	6.702,6
Dengue	17.387	11,58	236,4	Chikungunya	2.386	11,22	1.034,8
Acidente antirrábico	15.192	10,12	206,5	Dengue	1.537	7,23	666,6
Leishmaniose	5.830	3,88	79,3	Leishmaniose	1.048	4,93	454,5

Tabela 2 - Distribuição, percentual e incidência das doenças e agravos de notificação compulsória no estado do Amapá e no município de Oiapoque, 2010 – 2017

(conclusão)

Tipo de Agravado	Estado do Amapá			Tipo de Agravado	Município de Oiapoque		
	N	%	CI*		N	%	CI*
Acidentes de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes	5.015	3,34	68,2	Violência doméstica, sexual, suicídios e outras	211	0,99	91,5
Acidentes com animais peçonhentos	4.292	2,86	58,4	Acidentes com animais peçonhentos	126	0,59	54,6
Violência doméstica, sexual, suicídios e outras	3.105	2,07	42,2	HIV/ Aids adulto	101	0,47	43,8
Chikungunya	2.513	1,67	34,2	Tuberculose	83	0,39	36,0
Hepatites	2.157	1,44	29,3	Sífilis adquirida	71	0,33	30,8
Tuberculose	1.955	1,30	26,6	Acidente antirrábico	69	0,32	29,9
HIV/Aids adulto	1.900	1,27	25,8	Zika	30	0,14	13,0
Sífilis em gestante	1.313	0,87	17,9	Hanseníase	29	0,14	12,6
Acidente de trabalho com material biológico	1.042	0,69	14,2	Hepatites	27	0,13	11,7
Hanseníase	1.008	0,67	13,7	Sífilis em	25	0,12	10,8
Sífilis congênita	740	0,49	10,1	Acidentes de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes	20	0,09	8,7
Leptospirose	541	0,36	7,4	Gestante com HIV	12	0,06	5,2
Sífilis adquirida	536	0,36	7,3	Acidente de trabalho com exposição a material biológico	11	0,05	4,8
Zika	401	0,27	5,5	Leptospirose	7	0,03	3,0
Gestante com HIV	334	0,22	4,5	Sífilis congênita	3	0,01	1,3
Criança exposta ao HIV	223	0,15	3,0	Criança exposta ao HIV	3	0,01	1,3
Febre Tifoide	149	0,10	2,0	Coqueluche	3	0,01	1,3
Chagas	138	0,09	1,9	Chagas	2	0,01	0,9
Intoxicação	132	0,09	1,8	Meningites	2	0,01	0,9
Coqueluche	126	0,08	1,7	HIV em Criança	2	0,01	0,9
Meningites	114	0,08	1,5	Tétano Acidental	1	0,00	0,4
Influenza	64	0,04	0,9	Total	21.264	100,00	-
HIV em Criança	34	0,02	0,5				
Paralisia Flácida	27	0,02	0,4				
Tétano Acidental	8	0,01	0,1				
Esquistossomose	3	0,00	0,0				
Síndrome da Rubéola	1	0,00	0,0				
	150.192	100,0	-				

Fonte: SINAN/SVS/AP - Dados coletados em 10/10/2019.

Notas *CI= coeficiente de incidência por 10.000 mil habitantes.

Das 25 DNC registrados no município de Oiapoque foram selecionadas as dez maiores frequências que representaram 99,1% do total de notificações no município. A malária representou 73,3%, seguido da febre do CHIKV (11,3%) e dengue (7,3%), sendo o maior número de registros das DNC ocorreu em 2011 (4.641 notificações) e 2010 (4.116 notificações). Chama a atenção a constante variação em que a maioria das doenças se comportam ao longo da série histórica, reiterando a importância do monitoramento e conhecimento dos determinantes que podem estar por trás destas oscilações. Observa-se, ainda o pico epidêmico do CHIKV (1.393 casos confirmados) detectado a partir do ano de 2014 pela primeira vez. Destaca-se também outras doenças com incidência média elevada nesta zona de fronteira, como a LT (131 casos), violências (35 casos), acidentes por animais peçonhentos (15 casos), HIV/AIDS (13 casos) tuberculose e sífilis adquirida (10 casos cada) e acidente antirrábico (8 casos) e (Tabela 3).

Tabela 3 - Número e percentual das doenças e agravos de notificação compulsória no município de Oiapoque/AP, 2010 - 2017

Agravos de notificação	Ano de notificação								TOTAL		Média 2010-2017
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	N	%	
Malária	3.926	4.226	2.365	1.210	632	1.029	750	1.317	15.455	73,3	1.932
CHIKV	-	-	-	-	1.393	925	36	32	2.386	11,3	596
Dengue	-	270	78	157	17	403	382	230	1.537	7,3	219
Leishmaniose tegumentar americana	157	122	156	111	212	65	128	97	1.048	5,0	131
Violência doméstica, sexual, suicídio e/ou outras violências	0	0	5	40	23	6	82	55	211	1,0	35
Acidentes por animais peçonhentos	6	3	9	7	29	24	23	23	124	0,6	15
HIV/AIDS adulto	7	9	13	11	12	17	19	13	101	0,5	13
Tuberculose	14	9	10	15	12	13	5	5	83	0,4	10
Sífilis adquirida	4	1	1	12	16	18	19	-	71	0,3	10
Acidente antirrábico	2	1	5	7	10	7	14	23	69	0,3	8
Total	4.116	4.641	2.642	1.570	2.356	2.507	1.458	1.795	21.085	100,0	-

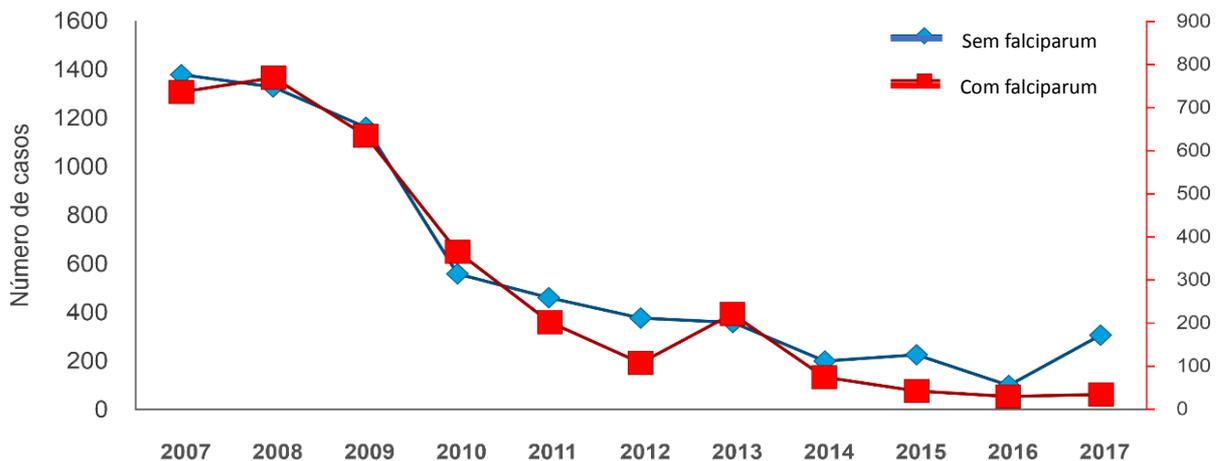
Fonte: SINAN/SVS/AP - Dados coletados no dia 14/10/2019.

Na GF, as doenças infecciosas e parasitárias (incluindo o HIV) ocupam a quinta posição do total de atendimentos em saúde (excluído os atendimentos obstétricos) no ano de 2017 (CHAR, 2017). Dessas, assim como acontece no Amapá, algumas doenças transmitidas por vetores (malária, dengue, CHIKV, Zika)

têm contribuído para uma atenção redobrada neste departamento francês e, por isso, também são de notificação compulsória.

No caso da malária, apesar de ter havido um declínio constante na incidência da doença desde 2007 na GF, ocorreram picos epidêmicos entre os anos de 2012 e 2013. Já em 2014, a doença volta a diminuir a sua frequência até o ano de 2017, quando novamente volta a apresentar aumento nas notificações (Gráfico 1). Esse fenômeno foi decorrente de uma epidemia da malária vivax na cidade de St. Georges, que atendeu 170 pessoas no final do ano de 2017 e, que passou para 220 atendimentos no início do ano de 2018.

Gráfico 1 - Número de casos de malária por Plasmodium falciparum e não falciparum, Guiana Francesa, 2007 a 2017

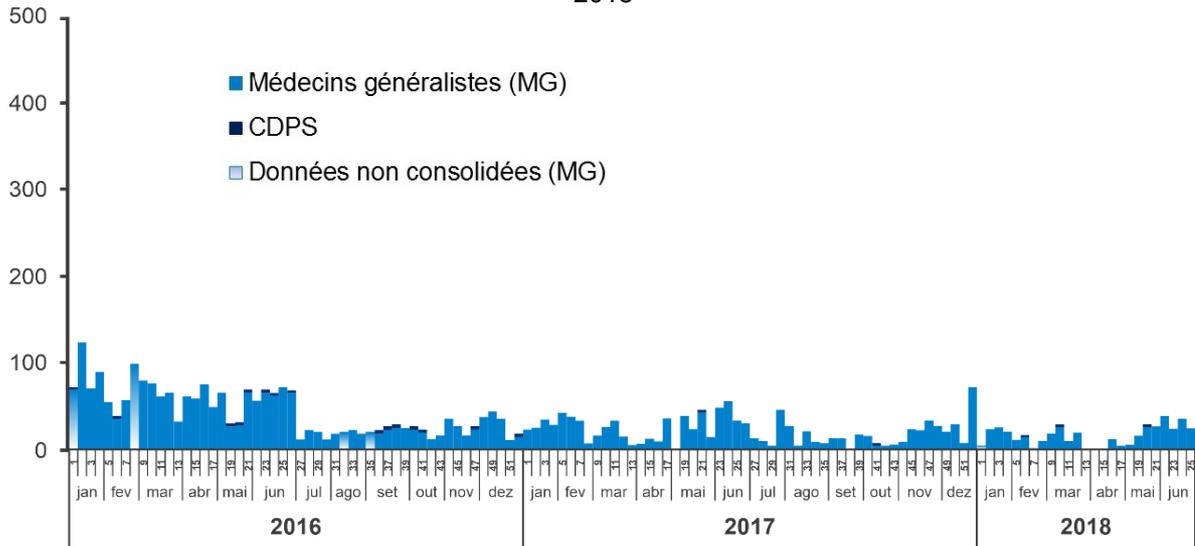


Fonte: CHAR - relatório anual, CDPS. Guiana Francesa, 2017.

Dentre as arboviroses monitoradas na GF de maior frequência têm-se a Dengue, Chikungunya e Zika. De março até o final de junho de 2018, as notificações permaneceram baixas em todo o território e sem nenhum caso confirmado laboratorialmente para as três doenças (GUYANE FRANCESE, 2018). Foram estimados⁸ clinicamente 287 casos de dengue (Gráfico 2), este quantitativo de notificações foi considerado pela vigilância da GF controlado. O último período considerado epidêmico foi entre os últimos meses de 2012 e primeiros meses de 2013, chegando a infectar um total de 13.240 pessoas, com registro de 06 óbitos (GUYANE FRANCESE, 2018).

⁸ O número estimado de casos é baseado em dados coletados pela rede sentinelas que informam o número de consultas por essa suspeita, realizadas pelos médicos generalistas no hospital e nos CDPS.

Gráfico 2 - Casos de Dengue com evidência clínica, Guiana Francesa, janeiro de 2016 a junho de 2018

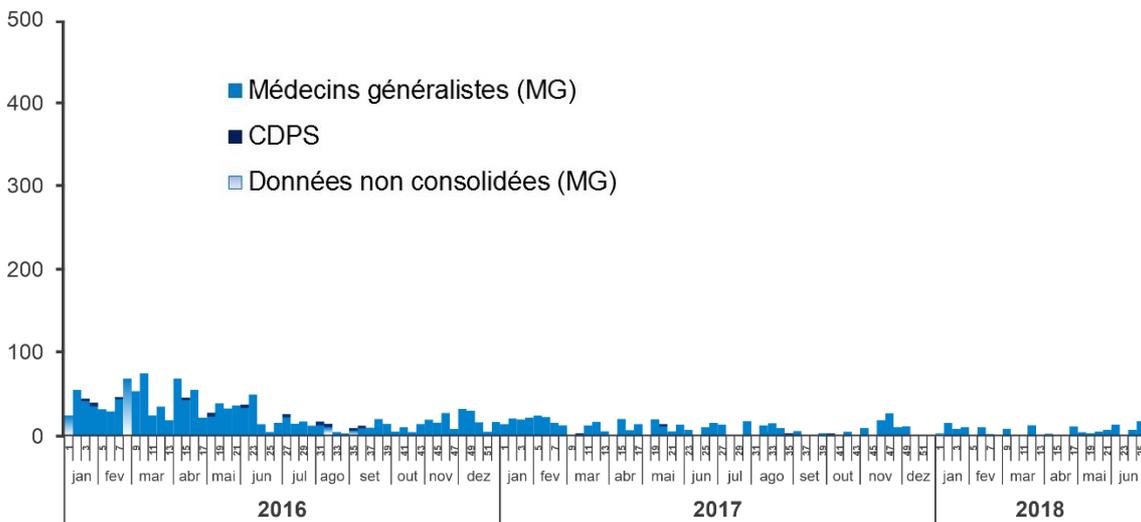


Fonte: Santé Publique France Guyane, junho, 2018.

Notas: Médicins généralistes (MG): notificações encaminhadas dos atendimentos médicos da unidade de saúde hospitalar; CDPS (Centros médicos): fonte notificadora dos atendimentos nos centros ou postos de saúde; Donnés non Consolidées (dados não consolidados) significa que os dados provenientes dos CDPS não estão completos, ou que os dados provenientes da rede de médicos generalistas não são representativos, naquela semana.

Sobre a doença CHIKV, começou a ser notificado na GF a partir da semana epidemiológica 09 de 2014, chegando a registrar 15.520 casos até a semana 35 do ano de 2015 (GUYANE FRANCESE, 2016). Em seguida, houve redução dos casos gradativamente, chegando a ser considerado de nível baixo, com 95 casos notificados entre janeiro a junho de 2018 (Gráficos 3).

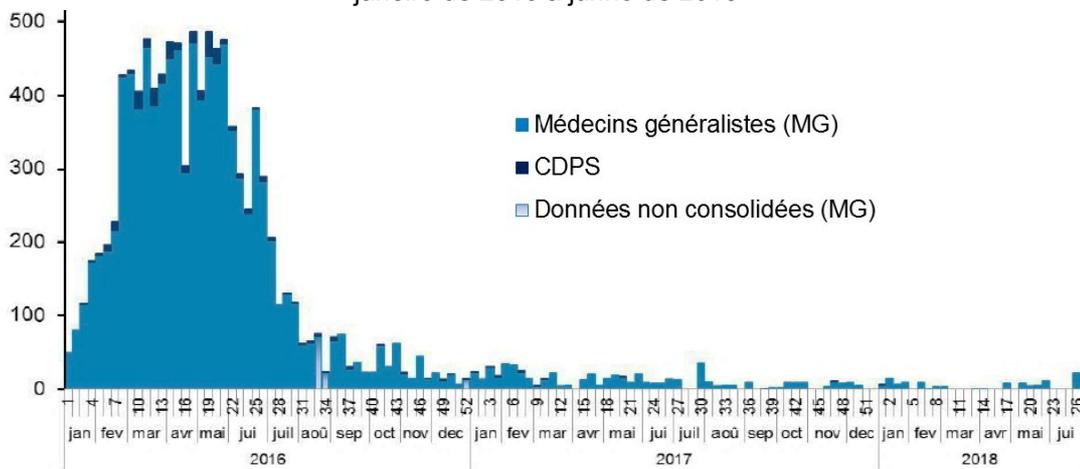
Gráfico 3 - Casos clinicamente sugestivos de CHIKV, Guiana Francesa, janeiro de 2016 a junho de 2018



Fonte: Santé Publique France Guyane, junho. (2018).

Já o Zika vírus, têm seu registro inicial no departamento francês em dezembro de 2015, revelando um quadro epidêmico por quase todo o ano de 2016, com uma estimativa de 7.540 pessoas com sintomas clínicos da doença. A partir dos anos subsequentes até julho de 2018, houve redução do número de casos. Entre janeiro a junho de 2018 foram notificados 63 casos da doença, também classificada como situação controlada pelos técnicos da vigilância em saúde (Gráfico 4).

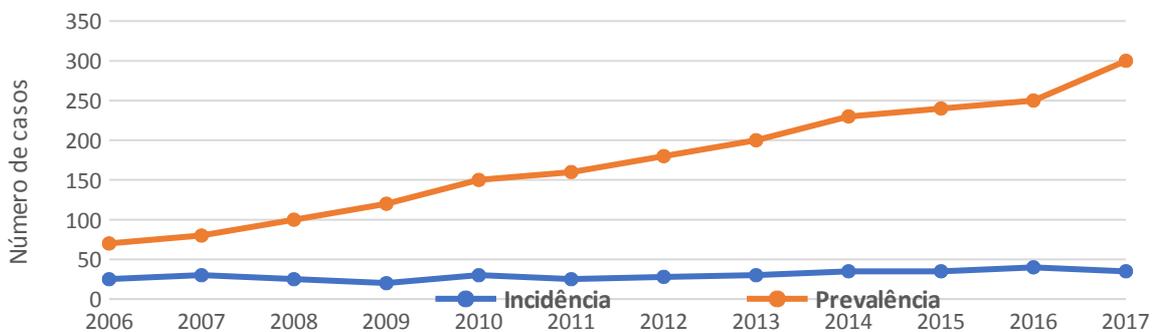
Gráfico 4 - Número semanal estimado de casos clinicamente sugestivos de Zika, Guiana Francesa, janeiro de 2016 a junho de 2018



Fonte: Santé Publique France Guyane, junho (2018).

Em relação ao HIV na GF, o relatório da CHAR aponta aumento dos casos apenas nas cidades periféricas. Pois, a incidência permanece estável entre 25 e 35 novos casos por ano entre 2006 a 2017, no entanto, isso representa 18% de novas infecções em toda a Guiana (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Prevalência e incidência⁹ de casos de HIV/AIDS registrados nos CDPS da Guiana Francesa, 2006-2017



Fonte: CHAR - relatório anual, CDPS - Guiana Francesa (2017).

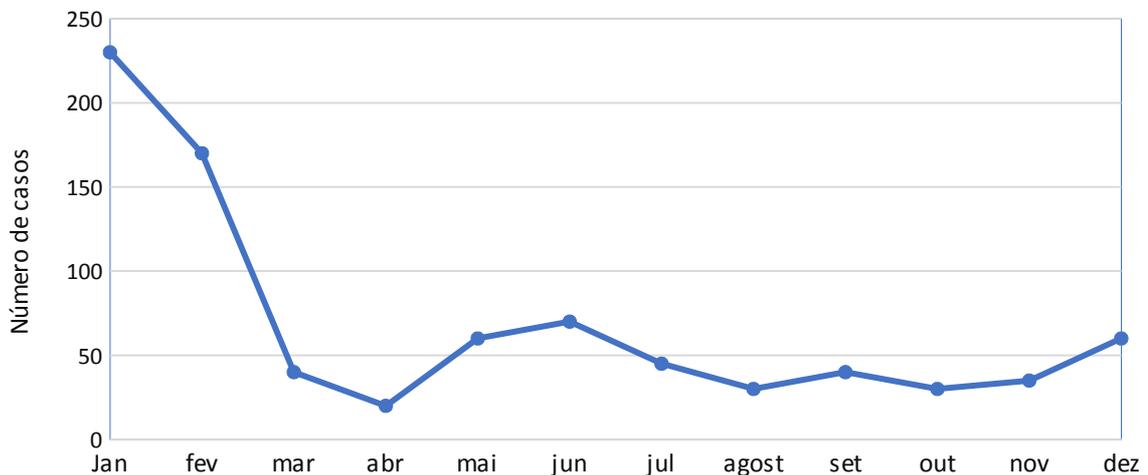
9 Prevalência: é o número de casos de uma doença em uma população, durante um período específico de tempo, enquanto que Incidência refere-se apenas aos novos casos, ou seja, é a taxa de manifestação de uma determinada doença.

Nas *communes* de Maripasoula e de St. Georges são os setores que continuam sendo as áreas mais afetadas pela epidemia, juntas concentram-se mais de 50% dos novos casos de HIV em 2017 (38,5% e 20,9% respectivamente) (CHAR, 2017).

Nas fontes de pesquisas a doença hanseníase é considerada endêmica no território, chegando a registrar em 2015, 21 casos na GF (OPAS, 2017). Em 2017, cinco novos casos foram registrados nos CDPS, incluindo três em St. Georges. No total, foram realizadas 61 consultas como parte do acompanhamento da hanseníase em 16 pacientes, a população em risco foi identificada como homens trabalhadores no campo e garimpos de ouro e nas populações vulneráveis e vivendo em condições precárias.

Um surto de influenza B (gripe) foi confirmado biologicamente em 2017, espalhado de forma desigual pelo território (CHAR, 2017). Apesar da redução dos casos no final de setembro até novembro, a partir de dezembro observou-se uma tendência ascendente (Gráfico 6). Entretanto, apenas 02 casos foram considerados graves admitidos no hospital de Cayenna.

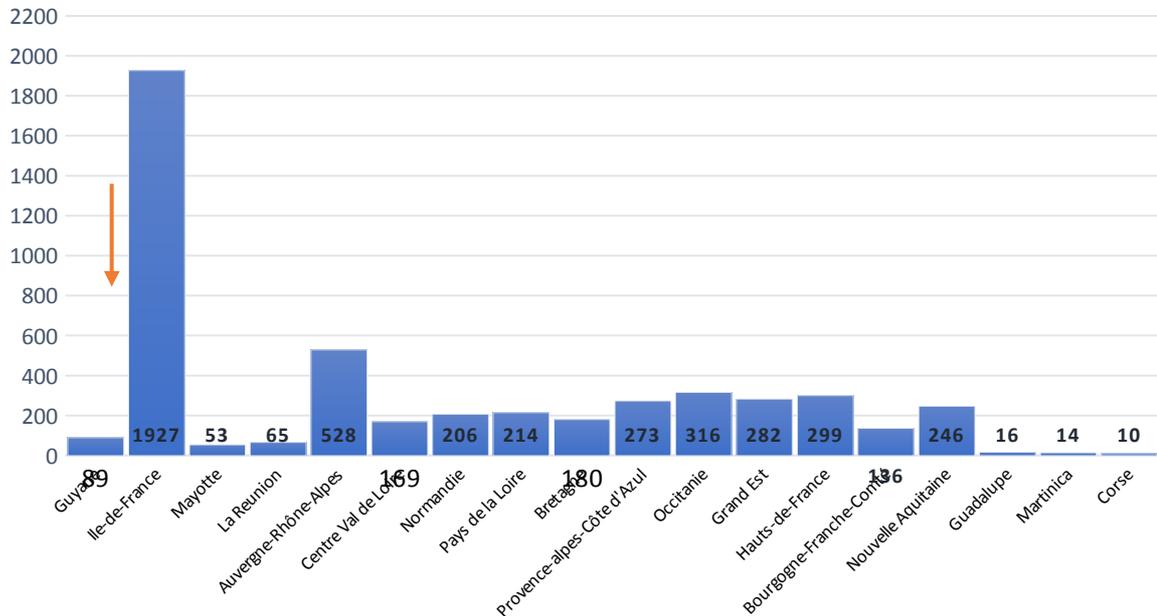
Gráfico 6 - Distribuição das consultas sobre influenza B nos CDPS da Guiana Francesa em 2017



Fonte: CHAR - relatório anual, CDPS - Guiana Francesa (2017).

Sobre a tuberculose, Maiote, Ilha de França e Guyane são os três com maiores taxas em relação às outras regiões da França (FRANÇA, 2017). Em 2016, a GF registrou 86 casos (32,2/100.000 mil hab.), o que aumentou em 2017 para 89 casos (32,5/100.000 hab.) (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Número de casos de tuberculose e taxa de notificação 100.000hab. Regiões da França, 2017



Fonte: Santé Publique France (2017).

Nenhum caso de botulismo, brucelose, antraz, febre hemorrágica ortopoxvirose africanas, incluindo varíola, mesotelioma, peste, poliomielite, raiva, tularemia, tifo e malária indígena nas Índias Ocidentais, poliomielite, difteria ou tétano neonatal foi relatado por várias décadas na GF (FRANÇA, 2015). Enquanto que, o sarampo e a rubéola foram declarados eliminados nos departamentos (OPAS, 2017). As doenças meningocócicas invasivas apresentaram as taxas médias de notificação ao longo dos três anos (2012 a 2014) inferiores a 1 caso para 100.000 habitantes (FRANÇA, 2015).

Já a febre tifóide e paratifóide foram relatados 15 casos durante o período de 2012 a 2014, ou seja, uma taxa média de 2,1 casos por 100.000 habitantes, muito superior à da França (0,21 casos por 100.000 habitantes) (FRANÇA, 2015). Todavia, a taxa de notificação anual de Hepatite A na GF vem decrescendo, um exemplo disso é que em 2013 foram notificados 23 casos, enquanto que em 2017 reduziu para 14 casos. Em contrapartida, para a infecção aguda sintomática pelo vírus da hepatite B em 2013 foram registrados 65 casos, e em 2017 aumentou para 97 casos (SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 2019). Há ainda o saturnismo infantil

(envenenamento por chumbo), o qual foram notificados durante o período (2012 a 2014), 106 casos em crianças de 2 a 6 anos.

Destaca-se a febre amarela em que reaparece na GF em 2017, acometendo uma mulher que foi a óbito, sendo o primeiro caso confirmado diagnosticado no país desde 1998 (OPAS, 2017), colocando o território guianês em alerta, assim como os países vizinhos. Durante a pesquisa nas fontes da GF, foram identificados algumas doenças e agravos, que diferentemente do Brasil, não são de notificação compulsória, mas que representam um problema de saúde pública nesta zona de fronteira, são elas:

- Sífilis: A taxa na GF, para 15 anos ou mais, foi de 93,7/1.000 hab., em 2018, superior ao observado na França (37,0/1.000 hab.).
- Leptospirose: é uma doença comumente diagnosticada na GF e tem apresentado aumento nas notificações, passando de 4 casos em 2010, para 92 casos em 2014 e 67 em 2015 (EPELBOIN *et al.*, 2017). A leptospirose é provavelmente uma doença negligenciada na região, devido à falta de ferramentas de diagnóstico, o desconhecimento dos clínicos dessa patologia e a presença de muitas outras patologias com sintomas clínicos semelhantes na fase aguda (malária, arbovírus, toxoplasmose).
- As questões de violência doméstica, sexual contra criança foi um agravo relatado nos relatórios dos CDPS, principalmente, em St. Georges, Camopi e Trois-Sauts. Em 2017 foram relatados 7 casos, referentes a 2 casos por violência sexual, 2 tentativas de suicídio e, 3 por negligência e abandono. Segundo o relatório um dos fatores de risco para a ocorrência de violências nas crianças é decorrente do consumo abusivo de álcool pelos pais.
- As tentativas de suicídio e os suicídios também preocupam essa zona de fronteira, principalmente, entre os indígenas. Em toda a GF a taxa em 2017 foi de 7,5/10.000 mil hab. De 2007 a 2017 foram registrados 43 suicídios e 256 tentativas de suicídio nos CDPS. Em 2017, houve 34 registros, incluindo 6 suicídios e 28 tentativas de suicídio nas aldeias indígenas localizadas próximas a St. Georges e Maroni. Embora, 2016 tenha ocorrido uma pausa significativa com nenhum suicídio, a incidência em 2017 foi importante problema de saúde pública.

- A doença de Chagas é uma das patologias emergentes na GF e seu risco de endemicidade é real. Entre o período de 2000 a 2009, 192 casos de doenças de chagas foram diagnosticados (OPAS, 2017).
- LT é considerada endêmica na região da GF e sua frequência tem evoluído, principalmente, por causa da imigração, antropização de áreas naturais e adoção de melhores métodos para diagnóstico. Em um estudo realizado entre outubro de 2017 a junho de 2018 nas unidades de saúde da GF, 123 pessoas foram diagnosticadas com a doença, a mineração de ouro e as viagens para a floresta primária representam situações de alto risco para o LT na GF, onde a população de pacientes infectados são 50% imigrantes brasileiros (LOISEAU *et al.*, 2019)

3.2.3 Análise e Discussão

O conhecimento sobre as doenças de notificação obrigatória constitui um dos pilares do sistema nacional de vigilância epidemiológica do mundo. A avaliação da incidência das DNC na fronteira do Amapá e na GF evidenciou-se tanto similaridades, quanto diferenças entre os padrões epidemiológicos, entre as DNC registradas em ambos os territórios, transmitidas por vetores (dengue, CHIKV, Zika, LT e malária), foram a mais notificadas, as quais apresentam elevado potencial epidêmico.

Vários são os fatores interdependentes que influenciam a ocorrência das doenças zoonóticas nessa zona de fronteira, a citar: a influência do clima tropical quente úmido da floresta Amazônica, além das condições de vulnerabilidades existentes nesse espaço, de baixos níveis socioeconômicos e culturais, crescimento populacional, grande fluxo migratório e degradação ambiental resultantes de intervenções humanas do tipo: assentamentos rurais de grupos populacionais de alta mobilidade regional e transfronteiriça, como de garimpeiros e madeireiros em frequente contato com populações autóctones (indígenas e ribeirinhos) (PEITER *et al.*, 2017, ANDRADE, 2005; RODRIGUES-JUNIOR, 2010; MUSSET *et al.*, 2014).

Devido à condição de endemicidade e impacto nos serviços de saúde da zona de fronteira, a malária tem sido objeto de pactuações e elaboração de acordos internacionais que visam seu controle. Os mais recentes e que têm influência direta

na população transfronteiriça de Oiapoque e St. Georges são: o Sítio Sentinela Transfronteiriço (Instituto Francês de Pesquisa para o Desenvolvimento; Fiocruz; Universidade Federal de Brasília; LACEN-AP, dentre outros); Malakit (cooperação em saúde entre Brasil, França e Suriname, OMS, OPAS, Fundo Global), além das ações locais entre os serviços de saúde de Oiapoque e St. Georges, por meio da Semana Saúde na Fronteira. Todos esses projetos estão em consonância com Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU), que tem entre suas metas eliminar a malária até 2030 (BRASIL, 2018).

Esses fatores, potencializados pelos “novos padrões espaciais periurbanos de transmissão”, também estão relacionados à ocorrência de leishmaniose tegumentar (LT) e à “distribuição de seus vetores em grande parte do território brasileiro” (CERONI & CARMO, 2015, p. 13). Por essa razão a LT é considerada pela OMS como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pelo seu alto coeficiente de detecção e a capacidade de produzir deformidades (BRASIL, 2017a).

No Estado do Amapá, a incidência da LT está predominantemente nas zonas rurais relacionadas com áreas de assentamentos agrícolas, extrativismo vegetal, garimpo e aos exercícios militares (VASCONCELOS-DOS-SANTOS *et al.*, 2018), dos 1.048 casos registrados em Oiapoque quase metade são importados da GF, área também considerada endêmica. A maioria das pessoas acometidas pela doença em ambos os territórios são de brasileiros provenientes das áreas de garimpos na GF (VASCONCELOS-DOS-SANTOS *et al.*, 2018; LOISEAU *et al.*, 2019).

Na análise da série histórica, foi possível identificar a ocorrência de duas novas ameaças para a saúde pública nos dois territórios fronteiriços, de grandes proporções, ocasionados pelo vírus do CHIKV e o Zika.

Entre 2015 e 2016, o vírus Zika se alastrou pelo Brasil com a suspeita de que o aumento de casos de distúrbios neurológicos poderia ter vínculo com a infecção. No dia primeiro de fevereiro de 2016, a OMS declarou essa suspeita como uma ESPII, deflagrando resposta conforme o RSI (2005). O primeiro caso autóctone positivo do Zika vírus detectado no Amapá foi de um residente do município de Oiapoque, que só foi descoberto por meio de exames realizados do outro lado da fronteira, no Instituto Pasteur, em 2016. Até então, Oiapoque e o Estado do Amapá não dispunham de testes para realizar o diagnóstico.

Em 2017, os municípios de Macapá e Santana também apresentaram casos confirmados (clinicamente e laboratorialmente), entre eles em 18 gestantes, porém sem relatos de casos de microcefalia durante o período analisado (AMAPÁ, 2017b). Segundo Barbosa e Teixeira (2019) os impactos do Zika vírus são percebidos de modo mais intenso na zona tropical, quer seja pelo tipo de clima existente, quer seja pela baixa qualidade da infraestrutura urbana e de saneamento ambiental.

Desse modo, depois das doenças vetoriais, outras doenças como a tuberculose e o HIV/AIDS estão entre as 10 DNC confirmadas e com maiores incidências no Amapá e também registradas na GF.

O HIV/AIDS representa um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência, vulnerabilidade e magnitude da doença (BRASIL, 2017a). No Estado do Amapá, o CI média de casos HIV/AIDS notificados entre 2010 a 2017, foi de 7,8/100 mil hab., e Oiapoque 2,3/10 mil hab. Outros estudos realizados sobre esse agravo considera esta fronteira (AP e GF) como zonas difusoras de epidemias, devido alta conectividade e intensidade de interações geográficas, e que apresentam as maiores incidências absolutas (PEITER, 2005; BOSER *et al.*, 2018, RODRIGO JÚNIOR, 2007).

Diante disto, celebrou-se em 2016 uma parceria inédita entre os setores da saúde do Estado do Amapá e uma ONG (IDSanté) da GF, o projeto binacional contempla a prevenção, o diagnóstico precoce, tratamento imediato e redução do número de abandono ao tratamento das pessoas infectadas pelo HIV (BOSER *et al.*, 2018). A efetivação desse projeto demonstrou que é possível implementar políticas públicas de integração em saúde entre cidades fronteiriças que apresentam problemas comuns.

Outra doença que exige elevada atenção da vigilância transfronteiriça é a tuberculose, pois apresentou grande incidência nos dois territórios. No Oiapoque a população mais suscetível são os indígenas, pessoas vivendo com HIV/AIDS e os migrantes localizados nessa zona de fronteira. Sobretudo, a queda no número de detecção de novos casos, especificamente, em Oiapoque, nos últimos anos subsequentes da série histórica pode estar relacionada às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e aos exames laboratoriais para confirmação da doença (AMAPÁ, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2007, PEITER, 2005).

Na sequência das 10 principais DNC registradas em Oiapoque, destaca-se na sequência a sífilis, uma doença milenar e persistente, foi declarada como grave problema de saúde pública pelo Brasil recentemente (2016), por acometer anualmente 12 milhões de pessoas (BRASIL, 2018). A magnitude deste agravo no Amapá se apresenta pelas altas taxas de óbitos (12,9/100 mil nascidos vivos), em menores de um ano de idade em 2017, ocupando o quarto lugar dos estados federal brasileiro (BRASIL, 2018).

Os dados apresentados neste relatório mostram que a sífilis adquirida no Estado e em Oiapoque, se mostra com tendência de crescimento, no período analisado, apesar da ocorrência de notificação negativa, ou seja, sem nenhum caso registrado em 2017 no Oiapoque. Esse fato não é razoável atribuir à ausência dessa doença para esse período, devendo-se tratar de subnotificação. Sobre a sífilis na GF não é de notificação obrigatória, porém seu monitoramento é importante, pois os dados registraram uma elevada taxa na GF. A doença é um problema de saúde pública importante também em St. Georges¹⁰.

Não obstante, os casos de violência doméstica, sexual, suicídios e/ou outras violências, não são de notificação compulsória na GF, porém essas se comportam de maneira a tornar-se de interesse de saúde pública, em ambos os territórios, não é à toa que essa temática já vem sido objeto de debates nas reuniões do subgrupo transfronteiriço, com propostas de planejamento de ações de promoção da saúde (AMAPÁ, 2016).

Quanto aos acidentes por animais peçonhentos, a OMS incluiu na lista das doenças tropicais negligenciadas, esse tipo de acidente, por entender que acometem, na maioria das vezes, populações pobres que vivem em áreas rurais, e que sofrem com o acesso à saúde imediato. A notificação obrigatória no Brasil inclui os acidentes por serpentes, escorpiões, aranhas, lagartas e abelhas (BRASIL, 2016b). No Oiapoque, a incidência média dos acidentes por animais peçonhentos, no período analisado, foi de 15 casos, sendo os acidentes causados por ofídicos de 80%, seguidos dos escorpionismos com 17%, e os demais com 2,4% (AMAPÁ, 2018).

A vigilância deste agravo é capaz de determinar estratégias e ações para estruturar as unidades de atendimento aos acidentados, prevenir esse tipo de

¹⁰ Relato extraoficial de uma médica do CDPS de St. Georges, durante a semana saúde na fronteira 2017, porém não houve divulgação dos dados.

acidente e evitar o risco de infestação por esses animais em área vizinhas ao foco. Na GF a notificação não é obrigatória, e não foi possível conseguir dados nas fontes pesquisas.

Observa-se que os acidentes por animais (cão, gato, morcegos, demais mamíferos) potencialmente transmissores da raiva, em Oiapoque ficaram entre os dez agravos mais notificados, não há registros de casos de raiva humana no Estado do Amapá e nem na Guiana Francesa, porém foi confirmado a circulação do vírus, depois do registro de infecção em um cão em 2016 no Amapá.

No Brasil, a raiva é endêmica com grandes variações entre as regiões do país (BRASIL, 2016b) ela é uma doença de extrema importância para a saúde pública, devido à sua letalidade: não há cura. Segundo a OPAS (2019), apesar da redução dos casos em 95% desde 1980 nas Américas e Caribe, seu registro ainda foi relatado na Bolívia, Haiti, Guatemala, Brasil e República Dominicana em 2015. O monitoramento dos acidentes por animais potencialmente transmissores da raiva possibilita subsídios para indicação segura e correta do tratamento profilático, ações preventivas e de controle, tanto individuais como coletivas (BRASIL, 2016b).

Em suma, nem todos esses agravos descritos são de notificação obrigatórias comum entre os dois territórios (BR e FR), porém denotam monitoramento pelas equipes de vigilâncias de ambos os países, principalmente, por sua incidência e potencial epidêmico em regiões fronteiriças. Evidenciou-se ainda que no Amapá e GF, algumas doenças ocorrem em menor ou maior magnitude. Nesta subseção foi apresentado as principais doenças e agravos que estão presentes na população desses dois territórios.

Finalmente, constatou-se que esta zona de fronteira não é uniforme, do ponto de vista epidemiológico, assim como, nem todas as doenças que acometem ambos os territórios são de notificação compulsória comuns. Assim, é importante que os agentes de saúde dos dois países possam investir e, se comprometer em compartilhar dados epidemiológicos não somente das DNC, mas também, aqueles de importância de saúde pública, tendo em vista ser a saúde da população lideira a prioridade a ser resguardada. Para finalizar esta seção, faz-se necessário abordar sobre a ocorrência da epidemia causada pelo vírus CHIKV no território brasileiro, que teve como uma das portas de entrada, de um subtipo viral, através da fronteira do Amapá com a GF.

3.2.1 O Caso da epidemia do Chikungunya na fronteira do Amapá e Guiana Francesa

No ano de 2013, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) publica um alerta epidemiológico sobre as evidências de casos de febre do CHIKV inicialmente nos países do Caribe e depois nas Américas, até a 52ª semana epidemiológica (SE) do ano posterior, 2014, foram notificados 1.071.696 casos suspeitos da doença em mais de 30 países do continente americano, a exemplo, México, El Salvador, Nicarágua, Guiana Francesa, Porto Rico, Colômbia, Venezuela, Brasil, Suriname, entre outros, com 169 óbitos atribuídos à CHIKV (OPAS, 2014).

No Brasil, o primeiro caso autóctone foi registrado no Amapá, em seguida foi também descoberto a autoctonia em Feira de Santana, na Bahia. Após resultados laboratoriais foi identificado o vírus circulante no Estado do Amapá, esse por sua vez é de origem asiática, enquanto na Bahia de origem africana (BRASIL, 2017a).

O primeiro caso suspeito importado notificado no Amapá foi no mês de junho de 2014, em Macapá, considerado um caso importado, ou seja, quer dizer que a pessoa se contaminou em outra região. Já a confirmação do primeiro caso autóctone, contraído pelo enfermo na zona de sua residência, foi em agosto no município de Oiapoque (AMAPÁ, 2017b). Desde então, novos casos foram sendo notificados no Hospital Estadual de Oiapoque, sendo que em sua maioria evoluíram de forma crônica, a magnitude da doença e seu poder de transmissibilidade nesta zona de fronteira pode ser explicado a uma combinação de diferentes fatores de risco, sociais, ambientais e de suscetibilidade da população.

Ao final de 2014, foram notificados 1.652 casos no Estado, sendo que 84,3% foram casos confirmados, concentrados no município de Oiapoque, conforme dados já apresentados neste relatório. A situação epidêmica desencadeou decretação de Situação de Emergência no município de Oiapoque, caracterizado em decorrência do Desastre Epidemia por Doença Infecciosa Viral (Febre Chikungunya), por meio da Codificação Brasileira de Desastres COBRADE Nº 1.5.1.1.0, conforme declarado pelo prefeito através do Decreto nº 062/2015 – GAB/PMO de 23 de março de 2015 e homologado pelo Estado através do Decreto nº 1.960, de 16 de abril de 2015 (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2018).

Ações conjuntas foram desencadeadas entre as secretarias de saúde (Estado e municípios de Oiapoque), exército Brasileiro e corpo de bombeiros, no combate ao mosquito *Aedes aegypti*. Houve o deslocamento de multiprofissionais do Estado ao município de Oiapoque para integrar uma força tarefa e tentar controlar a epidemia para outros municípios do Estado. Entre as ações houve busca ativa de casos através das visitas domiciliares, distribuição de mosquiteiros, aplicação de inseticida e a limpeza da cidade. Ainda foram realizadas as atividades de educação em saúde e mobilização social em parceria com as Secretarias do Meio Ambiente, Obras e Educação, além da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) com o trabalho referente à entomologia, juntamente com o LAFRON (MEDEIROS; OLIVEIRA, 2018).

Nesse sentido, a ação montada era de uma barreira sanitária na saída do município, na BR-156, por meio da defesa civil no posto da Polícia Rodoviária Federal (PRF), onde os veículos de pequeno e grande porte foram vistoriados e recebiam inseticida para impedir que o inseto contaminado com o vírus chegasse a outros municípios (Figura 18). Além disso, a barreira procurava identificar pessoas com sinais e sintomas da Febre CHIKV e acurar o destino para que as informações fossem repassadas para a vigilância em saúde do município destino.

Figura 18 - Barreira Sanitária para combate a disseminação do vírus CHIKV realizada pela equipe da Defesa civil, no Posto da Polícia Rodoviária Federal de Oiapoque, 2014



Fonte: Cassio Albuquerque/G1/AP, 2014.

O MS também participou das intervenções, ajudando a treinar a equipe médica e de vigilância em saúde do estado (ambiental e epidemiológica) tanto da capital Macapá, quanto de Oiapoque. Essa ação objetiva qualifica-los para o controle vetorial, diagnóstico e notificação dos casos suspeitos da doença (AMAPÁ, 2015). Assim, a presença em Oiapoque de uma equipe do Programa de Treinamento em Epidemiologia aplicada aos serviços do Sistema Único de Saúde (EPISUS) de Brasília, em contato. Estudos foram realizados, a fim de caracterizar e avaliar os múltiplos impactos na vida social e econômica das pessoas, caso fossem acometidas pela fase de cronicidade que a doença possibilitaria. O resultado foi que pelos menos 60% da população infectada pelo vírus havia evoluído para a fase crônica da doença, sobre esse estudo, vale ressaltar que se desconhecem os resultados finais desta pesquisa, apenas uma versão preliminar foi exposta, oralmente aos técnicos da VE do Estado do Amapá em 2014, a qual a autora esteve presente.

Apesar dos alertas emitidos pelas OPAS e pelo MS referente a possível introdução do CHIKV no país, não foi plausível uma resposta capaz de evitar conter a dispersão do vírus pelas fronteiras. No caso de Oiapoque, com a presença viral do CHIKV já instalado no país vizinho (Guiana Francesa), associado aos outros fatores, como: elevado fluxo, as relações transfronteiriças, a presença marcante do vetor (*Aedes aegypti*), favorecido pelo clima e as condições socioambientais (padrões de saneamento precários), potencializaram a ocorrência de mais de mil casos notificados de CHIKV na cidade logo nos primeiros 6 meses do primeiro caso notificado. Quanto a isso, Medeiros e Oliveira (2018, p. 212) relatam ser claro a “relação entre os condicionantes socioambientais e a doença”, em seu trabalho realizado sobre Monitoramento da fronteira via sistema de informação geográfica em Oiapoque.

Outro aspecto importante para a ocorrência da epidemia do CHIKV em Oiapoque foi a incapacidade reativa da gestão pública (local e estadual) em evitar os impactos prolongados da doença na população, que se estendeu por quase um ano aproximadamente. Sendo descrito uma resposta articulada, somente após a decretação de estado de emergência oficial, com a condução da defesa civil. Sobre essa questão, o autor Aquino Júnior (2014) descreve situação semelhante

encontrada em seu estudo sobre o controle da dengue na tríplice fronteira de Foz do Iguaçu, onde concluiu que a ineficiência das políticas públicas derivou da ausência de articulação entre as três nações, entre as esferas intersetoriais e entre as três cidades fronteiriças (Foz do Iguaçu, no Brasil, Ciudad del Este, no Paraguai e Puerto Iguazu, na Argentina).

Para compreender o papel da VE neste caso da epidemia do CHIKV, um estudo foi realizado por Silva *et al.* (2018), logo no início da epidemia do CHIKV no Brasil (2014 e 2015). Essa pesquisa revelou que a atenção desempenhada pela Vigilância em Saúde para o controle da doença obteve excelência na oportunidade de “encerramento” dos casos. Entretanto, perda de oportunidade de “notificação”, que reflete a adoção de medidas de controle em momento adequado, não apresentou a qualidade esperada, pois apenas 30% das notificações foram realizadas após sete dias de início dos sintomas. Segundo esse estudo, os fatores determinantes para esse resultado foram decorrentes da “carência de profissionais capacitados para realizar as atividades de vigilância, aliada à falta de recursos financeiros”, que contribuíram para a “maior dificuldade em se realizar o diagnóstico da doença e seu manejo clínico adequado, podendo, de modo indireto, elevar os casos na população” (SILVA *et al.*, 2018, p. 6).

Esta constatação também é destacada por Cerroni & Carmo (2015), os autores enfatizam que a perda de oportunidade de notificação e encerramento dos casos traz prejuízos para o conhecimento da real situação epidemiológica dos agravos em Saúde Pública, implicando a tomada de decisões.

Finalizando essa subseção, depreende-se que, não se deve negar a possibilidade de influência desta fronteira para a proliferação de doenças, tendo em vista a intensa circulação de pessoas e animais/vetores nesse local. Assim, é primordial que, de posse de informações situacionais de saúde, o serviço de VE deve estar preparado para desencadear as respostas adequadas e rápidas, frente aos riscos habituais e ameaças futuras. Dessa maneira, o próximo tópico descreve a capacidade instalada dos serviços de VE de ambos os países. Além disso, pretende-se identificar os desafios e possíveis soluções para o intercâmbio de informações binacional, a partir da opinião dos colaboradores da pesquisa de campo.

3.3 Capacidade instalada do serviço de vigilância epidemiológica do

Amapá e Guiana Francesa

3.3.1 Processo metodológico

O Processo metodológico utilizado para esta fase do relatório técnico, consistiu de um estudo exploratório que buscou situar a organização da VE nos dois territórios fronteiriços – Amapá e Guiana Francesa. Foram realizadas pesquisas documentais sobre o funcionamento do serviço de VE (Estado, município do Oiapoque e GF), assim como de acordos e ações transfronteiriços entre os dois países.

Nesse sentido, a coleta e análise dos dados contaram com visitas aos serviços de saúde de interesse para a VE de ambos os territórios fronteiriços, na ocasião foi realizado a observação participante e entrevista semiestruturado, com utilização de questionário bilíngue, que serviu de roteiro temático, levando em consideração os seguintes pontos: infraestrutura, recursos disponíveis, planejamento, execução das ações, articulação intra-intersetorial e integração binacional em VE. Foram elaborados 03 questionários que se diferenciavam de acordo com sua competência institucional. Os dados foram analisados de forma conjunta, utilizando as fronteiras como unidade para comparar e descrever diferenças, semelhanças e obstáculos.

A amostra foi planejada a se constituir no total de nove sujeitos, consistindo em cinco representantes da saúde do Amapá (um representante da SVS estadual, um do hospital estadual de Oiapoque, um do Lafron e dois da secretaria de saúde do município de Oiapoque da área de vigilância em saúde) e quatro da GF (um representante do Instituto Pasteur, um do CDPS de St. Georges, um da ARS e um da vigilância em saúde). Destaca-se ainda que foi necessário a participação de mais um convidado da vigilância em saúde de Oiapoque, para complementar as informações referente aos sistemas de informação em saúde. Em contrapartida, houve uma desistência do representante da vigilância sanitária da Guiana Francesa, devido não ter recebido autorização de seu superior institucional na França Metropolitana, para responder ao questionário ou conceder a entrevista.

Os questionários foram enviados previamente aos representantes da GF, após exigência das instituições. Cabe ressaltar que as entrevistas realizadas com os

franceses foram acompanhadas por um intérprete, todas as entrevistas foram gravadas e com registro de imagem com autorização dos interlocutores, que também assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido em relação à entrevista, da finalidade e da relevância da pesquisa. Nesse sentido, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), através do Parecer Nº 3.580.491/2019.

Nas entrevistas realizadas, a fim de explicitar a opinião dos interlocutores de cada instituição representada acerca das categorias de análise, foi adotado o código “EB” como sinônimo de Entrevistado Brasileiro e “EF” Entrevistado Francês, conforme a figura 19.

Figura 19 - Instituições/ setores selecionados e o código de identificação dos representantes interlocutores

Instituição/setor selecionada	Código de identificação dos interlocutores na pesquisa
SVS Amapá	EB1
SEMSA Oiapoque	EB2
Vigilância em Saúde de Oiapoque	EB3, EB3.1 e EB3.2
LAFRON	EB4
Hospital Estadual de Oiapoque	EB5
Agência Regional de Saúde da Guiana Francesa (ARS)	EF6
Centro de Saúde em Saint Georges (CDPS/St.Georges)	EF7
Instituto Pasteur	EF8

Fonte: elaborado pela autora (2019).

3.3.2 Limitações do trabalho de campo

As informações sobre o serviço da VE na GF ficaram comprometidas em seu detalhamento, devido à ausência de um representante da vigilância sanitária que pudesse responder ao questionário, como já foi comentando no tópico metodológico. Contudo, as informações sobre esse serviço foram baseadas, a partir da experiência da autora, frente a presidência do Comitê Gestor Estadual da Saúde Transfronteiriço Amapá-Guiana Francesa, durante o período de 2015 a 2017. Diante desse comitê fora oportunizada algumas visitas na ARS e no setor da vigilância sanitária, em que se pôde obter algumas informações sobre a organização deste serviço.

Houve ainda a substituição do gestor da VE da SVS-AP, devido ao pouco tempo de atuação na área e o desconhecimento sobre os assuntos transfronteiriços locais, foi então designado outro representante com maior tempo conhecimento acerca da temática da pesquisa. A barreira linguística também foi uma limitação, pois devido a ocorrência de tradução consecutiva tornava a entrevista mais longa e cansativa para os interlocutores da GF.

3.3.3 Perfil dos sujeitos da pesquisa

O perfil dos interlocutores é semelhante, todos com formação em ensino superior, a maioria com vínculos empregatícios temporários, sendo que os interlocutores da GF relataram menor tempo de trabalho na função/setor em relação aos interlocutores brasileiros (Figura 20).

Figura 20 - Caracterização dos interlocutores do Amapá e da Guiana Francesa, segundo formação escolar, vínculo empregatício e tempo de serviço

Categorias de análise		Amapá	Guiana Francesa
Perfil dos sujeitos da pesquisa	Nível de escolaridade	Todos com nível superior	Todos com nível superior
	Tempo de serviço maior que 5 anos	Três interlocutores	Todos os interlocutores
	Vínculo empregatício	03 com cargos ou contratos e 04 estatutários	Todos são cargos ou contratos

Fonte: elaborado pela autora (2019).

3.3.4 Caracterização da estrutura, recursos e processos do serviço do sistema de VE na fronteira do Amapá e Guiana Francesa.

Das três instituições representadas da GF, dois atores (EF6 e EF8) declararam satisfeitos e confortáveis nas suas instituições. Já a EF7 que atua no CDPS em St. Georges ressalta que o espaço é pequeno, inviabilizando a contratação de mais profissionais, pois não teria como acomodá-los, porém, não foi relatado falta de material de expediente e de computadores.

Em contrapartida, do lado brasileiro, o espaço de trabalho foi considerado pelos EB2, EB3, EB4, inadequados às necessidades dos servidores, já que os prédios são imóveis alugados, tipo residências e desconfortáveis. Os relatos dos interlocutores incluem mobiliário, recursos materiais (físicos, de consumo,

equipamentos) insuficientes ou mínimos e, seu parque tecnológico descrito como obsoleto.

Estamos com deficiência de mobiliários, os que têm são velhos, e quase não temos computadores...materiais de expediente são os básicos e mínimos, o que interfere na execução das atividades dos servidores (EB1).

O papel eu consigo as vezes, [...] kits a gente está com um problema desde o início desse ano, 6 ou 7 meses, a gente está sem kit de dengue, Chikungunya e de Zika, que é fornecido pelo Ministério da Saúde...para dengue estamos coletamos as amostras aqui e encaminhamos para Macapá ao Lacen (EB4).

Segundo o comentário do EB2, os investimentos para as atividades da vigilância são escassos e bem menor em comparação aos recursos destinados à atenção básica. Os recursos destinados às ações da vigilância em saúde incluem não somente as atividades da VE, mas também a outros componentes como a vigilância sanitária, ambiental e sistemas de informação em saúde. Para Recktenwaldt *et al.* (2017, p. 367) de fato, o processo de gestão da VE em municípios de pequeno e médio porte tem apresentado dificuldade de responder a essa tarefa, pela estrutura deficitária relacionada a “escassez de recursos financeiros”.

De grande importância para as atividades de VE de forma oportuna, a disponibilidade de veículo exclusivo para o setor é inexistente (EB1, EB3, EB5), ou quando o tem, fica sem uso, devido à falta de manutenção mecânica (EB4); não há linha telefônica disponível (EB1, EB2, EB3, EB4), sem contar com a precária oferta do serviço de internet em Oiapoque, naqueles estabelecimentos que possuem instalação. O serviço de saúde em St. Georges também não dispõe de carro para os serviços administrativos, mas a comunicação (via internet e telefonia fixa) entre os serviços e profissionais ocorrem sem problemas.

Tenho que ir para a casa de uma amiga a noite para baixar ou enviar as informações de saúde para o nível estadual, sem falar que alguns sites do MS são bloqueados nos nossos computadores, como o DATASUS e o SIPNI, mesmo explicando que precisamos desse acesso, não é resolvido essa situação (EB3)

Não temos internet, e nem linha telefônica, a comunicação com o nível estadual é feita da internet da minha residência, ou pelo meu celular, [...] eu imprimo os resultados dos exames dos pacientes, realizados no LACEN em Macapá usando muitas das vezes a minha tinta e papel (EB4).

Essas fragilidades na comunicação (internet e telefone) tornam-se um problema sério, tanto para a VE, quanto para demais unidades de saúde, que necessitam desses recursos, para os casos de transferência de paciente, ou ainda, para alimentar os sistemas de informação de saúde estadual e nacional. Sobre esse último, alguns sistemas como o SINAN estão relacionados ao repasse de verbas, de insumos e medicamentos pelo MS (BRASIL, 2013).

A falta de acesso ao transporte terrestre e fluvial também são preocupantes, pois segundo os EB3.1 há demandas reprimidas, como a realização de investigações fora da sede ou em áreas ribeirinhas. Além disso, a ausência de meios de transportes exclusivos para a VE e laboratórios pode comprometer, por exemplo, o encerramento oportuno de investigações epidemiológicas das doenças e agravos de notificações compulsórias e, assim, prevenir ou controlar algum evento de interesse de saúde pública (BRASIL, 2017a).

Quanto aos recursos humanos, com exceção do interlocutor EF8, os demais foram unânimes ao reportar a carência de mais profissionais de nível médio e superior. A insuficiência de profissionais qualificados, o acúmulo de funções e a rotatividade são problemas relatados, principalmente, pelos profissionais que atuam em Oiapoque e St. George. Um dos fatores relatados é a carência de pessoal nos serviços de saúde na GF, sendo reportado ao orçamento por ser muito limitado, o que tem sido parecido com as justificativas pelo lado brasileiro também.

Essas limitações parecem não ser particularidades destas duas cidades gêmeas, Peiter *et al.* (2013) destacam que na tríplice fronteira do Brasil, Colômbia e Peru, dificuldades semelhantes têm sido vivenciadas por municípios fronteiriços. Em Tabatinga, por exemplo, há insuficiência de pessoal treinado e descontinuidade da realização das ações de controle de endemias, devido à rotatividade de recursos humanos. Já Bruniera-Oliveira *et al.* (2014) destaca que a escassez de técnicos e a frequente rotatividade podem prejudicar o desenvolvimento das atividades da VE, como no caso ocorrido para o controle do rotavírus no Brasil.

Considerando a análise sobre o processo de trabalho da VE, o sujeito EB1 informa que os programas e práticas de rotina da VE, preconizados pelo MS (BRASIL, 2017a), estão contemplados na gestão estadual, porém não há protocolos

locais, sendo que também não estão disponíveis aos técnicos o Guia de Vigilância Epidemiológica do MS impresso, somente via web.

Este instrumento é o principal guia das atividades da VE, sendo constatado que os interlocutores da vigilância em saúde do município de Oiapoque têm conhecimento dos protocolos presentes no guia, contudo, não souberam informar, por exemplo, sobre as atribuições e competências locais do setor de VE. Essa dificuldade parece estar atrelada à falta de clareza de tais competências devido à ausência dessa informação no Plano Municipal de Saúde de Oiapoque (2018 a 2021). Ao consultar o plano, somente foram identificadas as informações específicas acerca da Vigilância ambiental e sanitária.

Ainda quanto à organização da VE do município de Oiapoque, há uma equipe formada por um responsável técnico (que acumula funções) e mais cinco pessoas, sendo quatro de nível médio, que fazem parte da coordenação de sistemas de saúde. As atividades se concentram na investigação, digitação e transferência de dados para os níveis estadual e nacional, dos sistemas de informação em saúde (SIS), incluindo os sistemas da atenção básica. Somente os programas das doenças vetoriais (dengue, malária, CHIKV e Zika) e do HIV/AIDS apresentam oficialmente responsáveis técnicos, que planejam e executam ações de prevenção, promoção da saúde e controle dessas doenças, porém não dispõem de protocolos próprios.

Sobre a operacionalização da VE referentes a realização de capacitação, campanhas, análises das informações em saúde, elaboração de boletins e supervisão/monitoramento dos serviços de VE, o conteúdo das entrevistas indicou que a SVS estadual tem conseguido realizar algumas atividades de rotina planejadas, ficando apenas a supervisão e apoio juntos aos municípios com limitada intervenção.

Enquanto que na gestão municipal de Oiapoque, as atividades executadas são mais limitadas, principalmente, em relação às capacitações que dependem do estado e do MS, já sobre a análise, a elaboração de boletins e divulgação das informações da saúde local foram observados que somente a área da vigilância das doenças vetoriais parece ser mais desenvolvida, pois tem o apoio de uma consultora do MS, específica para monitorar a malária local.

O processo de trabalho da VE voltada apenas para digitação omite competências importantes deste serviço, como a análise de informações em saúde.

Considerando que o tripé da VE é a informação – decisão – ação, sem a execução da análise dos dados esse processo fica comprometido. Pinheiro *et al.* (2016) comenta que após as análises dos dados, a informação gerada deve ser utilizada para orientar medidas de prevenção e controle das doenças ou do agravo, como um suporte básico para a tomada de decisão racional e eficiente.

Dentre as ações da VE definidas pelo MS/SVS por meio da Portaria nº 64, de 30 de maio de 2008, as três esferas de gestão do SUS competem desenvolver: ações de notificação, investigação, diagnóstico laboratorial, controle de doenças, monitoramento de agravos de relevância epidemiológica, divulgação de informações epidemiológicas, alimentação dos SIS, monitoramento das ações de vigilância em saúde, entre outras. Ao ente Estadual cabe prestar apoio aos municípios no fortalecimento da gestão da Vigilância em Saúde, prestando assessoramento técnico no processo de planejamento e monitoramento das ações de VE (BRASIL, 2013).

Do outro lado rio Oiapoque, na GF as atividades e o processo de trabalho na área da VE são diferentes do Brasil, porém apresentam os mesmos objetivos: monitorar, alertar, avaliar os riscos de saúde pública e determinar quais medidas podem ser necessárias para proteger a saúde pública (SANTÉ PUBLIQUE FANCE, 2019b).

O setor da Vigilância sanitária possuem dois serviços, um serviço que cuida da parte de vigilância sanitária dentro da ARS e, tem um outro que cuida da parte de epidemiologia, que é o centro epidemiológico; [...] o ponto focal para a essência de toda a regulamentação sanitária internacional fica lá em Paris, então na região da Guiana principalmente, o ponto focal deles é recolher os sinais e alertas 24h, eles ficam fazendo isso, então esses alertas são analisados não somente pela ARS, mas também pelo centro epidemiológico, então por exemplo se eles identificam que tem muitos alertas, eles analisam isso e eles avisam o centro epidemiológico, então os epidemiologistas vão analisar se realmente existe um problema de saúde e acionar os órgãos competentes para as providências necessárias (EF1).

De acordo com a EF1, as atividades da VE na GF respondem pelo monitoramento das doenças na fronteira, e as ações de promoção da saúde e prevenção das doenças são compartilhadas com seus níveis de governabilidade local e competências. Por exemplo, a Coletividade Territorial da Guyane (CTG) é responsável por atuar em campo, no combate às doenças vetoriais, já o hospital atua também na promoção da saúde e prevenção das doenças infecciosas (HIV, tuberculose, hanseníase, etc.), e há participação muito significativa das organizações

não governamentais (ONG) as quais são financiadas para atuarem na saúde e prevenção de várias doenças como o combate ao HIV (ARS, 2019).

Em relação ao apoio laboratorial à VE na fronteira em Oiapoque, o Lafron é um serviço público que atua há dezenove anos no município, desenvolvendo atividade de análises clínicas laboratoriais. Como mencionado pelo interlocutor EB4 anteriormente, a estrutura física, recursos materiais, humanos e de equipamentos são pequenas, deficitárias e insuficientes.

A capacidade de resposta diagnóstica é lenta, para a realização de alguns exames sorológicos, por exemplo, o exame de monitoramento da carga viral para HIV e hepatite C, pois dependem de equipamentos tecnológicos existentes somente no LACEN, localizada em Macapá, sobre isso o EB4 se mostra preocupado com a logística de encaminhamento do material biológico, “fazemos a coleta do sangue, armazenamos e enviamos as amostras aos LACEN, que vai por meio do ônibus de linha, eu só fico sossegado quando a amostra chega em Macapá”. Sobre a frequência de treinamentos e atualizações técnicas científicas para os servidores locais são raros, porém quando a equipe solicita são contemplados. Assim, a realização de pesquisas não é comum, pois a equipe é de apenas três pessoas e a rotina do serviço não disponibiliza tempo para tal.

O laboratório de análises clínicas municipal também enfrenta obstáculos, porque funciona dentro das dependências do hospital estadual, onde existe um acordo entre os gestores dos dois serviços, que dividem as atividades e atribuições. O hospital fornece os materiais para realização dos exames e a secretaria municipal cede os recursos humanos, porém, há a falta de oferta de exames importantes para a população local, especialmente, aquelas solicitadas no pré-natal, como: a pesquisa de citomegalovírus e toxoplasmose, outro problema detectado é a falta do diagnóstico para a tuberculose, doença que segundo os achados epidemiológicos registrados neste relatório, é preocupante.

Segundo a interlocutora EB5 “[...] não temos um espaço adequado para realizar o exame da tuberculose, o que tínhamos arrumado, não foi autorizado pela vigilância sanitária estado, devido sua localização inadequada”. Logo, a condição atual do município, com a falta de garantia deste diagnóstico, tem prejudicado dados mais fidedignos e uma atuação mais oportuna no controle da doença, principalmente nos indígenas (onde a doença é mais incidente).

A capacidade instalada incipiente para o diagnóstico por meio do laboratório de fronteira é um problema muito sério. Para a maioria das doenças infecciosas de importância para a saúde pública, a confirmação laboratorial é essencial para o planejamento e desenvolvimento de ações de controle e prevenção (BRASIL, 2008). Para Goodfellow (2015) um fator que contribuiu para a rápida expansão do surto de Ebola no oeste da África foi a falta de capacidade diagnóstica. Esse mesmo autor reforça a ideia de que deve haver uma consolidação de uma rede laboratorial preparada para dar resposta a qualquer tipo de agravo, garantindo o suporte à VE nas fronteiras.

Na GF, o Instituto Pasteur é a referência local para realização de exames e pesquisas, principalmente, referentes às doenças tropicais e relacionadas às arboviroses (malária, dengue, chagas, etc.). Durante a entrevista foi informado que a instituição já atua a mais de 70 anos na região, desenvolvendo atividades de parasitologia, virologia, entomologia, análises clínicas e pesquisas. É uma fundação privada de interesse público, que atende a população que tem seguro social, sendo parceiro da ARS e do laboratório do hospital local para o monitoramento das doenças em todo o território da Guiana Francesa (EF8).

O Instituto Pasteur promove capacitações internas e externas, mas, primordialmente, atende mais por demanda solicitada, inclusive por outros países. Os técnicos e pesquisadores também participam de treinamentos em Paris, quando necessário. O instituto tem sua autonomia administrativa e financeira, com investimentos tanto público, quanto privado para a execução de suas atividades.

Segundo o EF8 os recursos são procedentes “[...] da ARS, mas também vamos atrás de financiadores para nossas pesquisas, como com a agência espacial de kourou”. Foi ressaltado ainda, que o Instituto tem problemas financeiros como qualquer outra instituição, mas apresenta um padrão de excelência na parte de pesquisa, como na oferta de exames para diagnóstico das doenças.

Foi observado que normas e protocolos de importância para os dois laboratórios de fronteira visitados atendem as leis, notas técnicas e diretrizes preconizadas nacionalmente por seus países, eles são de fácil acesso para os técnicos, mas todos disponíveis em mídia. Segundo os interlocutores (EB4 e EF8) ambos os serviços conseguem atender à demanda local para realização dos

exames ofertados, e em caso de epidemia é solicitado reforço para seus respectivos órgãos de referências nacionais.

Outro aspecto abordado com os interlocutores foi sobre a integração intra e intersetorial para o planejamento das ações em saúde no município de Oiapoque. Dessa forma, foi observado uma fragilidade na articulação e integração entre o setor da VE e os setores internos (vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, atenção básica, agentes de endemias, ACS, hospital, LAFRON) e externos (educação, segurança, justiça, órgãos ambientais, etc) no município.

A avaliação dos indicadores de saúde de monitoramento nacional (SISPACTO e PQAVS), por exemplo, é feita quadrimestralmente, porém não é discutido esses resultados de forma conjunta com os técnicos ou gestores locais. O EB3-1 declara que “cada setor faz o seu plano de trabalho, [...] é raro nos acionarem para reunião em conjunto, às vezes, quando é pra fazer alguma campanha ou ação comunitária, nos convidam”. Essa dificuldade também é observada no nível estadual, a representante da SVS ressalta que até tentam desenvolver uma rotina mais integrada, pelo menos para apresentar o que cada setor se propõe a trabalhar.

[...] cada setor faz sua reunião em particular, planeja as atividades e depois é colocado no auditório para que a gente possa estar socializando com todos, porque as vezes a dúvida de um, é a dúvida de outro, [...] pelo menos esse ano, a gente tentou colocar eles para conversarem para esse planejamento, [...] infelizmente não é feito uma reunião para avaliar no meio do ano os resultados dos indicadores de modo integrado com os outros setores (EB1).

Segundo Leite *et al.* (2003, p. 182) um dos elementos fundamentais da vigilância em saúde é a intersetorialidade, “pois busca uma unidade do fazer, e está associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação humana”. Logo, a integração corresponde a uma ação completa que não ocorre num setor singular, mas exige a solidariedade de distintos setores.

Figura 21 - Síntese da caracterização da estrutura, recursos e processos dos serviços do sistema de VE no Amapá e Guiana Francesa

(continuação)

Categorias de análise	Amapá	Guiana francesa
Estrutura física	Apenas um interlocutor se mostrou satisfeito com a estrutura física (SVS),	Um interlocutor insatisfeito com a estrutura física (CDPS).

	os demais relataram ser inadequado e desconfortável.	
Recursos materiais: insumos, computadores, mobiliário	Todos relataram ser insuficientes ou mínimos e, seu parque tecnológico obsoleto.	Todos satisfeitos quanto aos recursos materiais.
Carro exclusivo	O Lafron possui um veículo, porém sem condições de uso, já os demais serviços não possuem veículo exclusivo.	Apenas o CDPS não possui carro.
Linha telefônica	Apenas o hospital de Oiapoque possui telefonia fixa.	Todos os serviços possuem telefonia fixa.
Internet	Apenas o Lafron não possui instalação e serviço de internet. Já os demais serviços possuem o serviço de internet, porém sofrem com uma conexão lenta e descontínua.	Todos os serviços possuem conexão de boa qualidade.
Recursos humanos	Carência de profissionais qualificados, há constante rotatividade e acúmulo de funções principalmente nos serviços de Oiapoque.	Com exceção do Instituto Pasteur, as demais instituições relataram carência de profissionais qualificados, com constantes rotatividades e acúmulo de funções principalmente em Saint Georges.

Figura 21 - Síntese da caracterização da estrutura, recursos e processos dos serviços do sistema de VE no Amapá e Guiana Francesa

(conclusão)

Categorias de análise	Amapá	Guiana francesa
Processo de trabalho	Há ausência de protocolos locais e acesso limitado ao Guia VE Nacional nos níveis de gestão do SUS pesquisados (Amapá e Oiapoque). VE do município de Oiapoque: Falta clareza e formalização sobre as competências da VE local; Limitação na execução das atividades (investigação, digitação e transferência de dados ao nível estadual); Não realizam capacitação ou divulgação de dados das doenças e agravos; VE estadual: Promovem capacitações, campanhas, análises e divulgação das informações em saúde; Limitam suas supervisões e apoio técnico aos municípios prioritários.	As atividades da VE apresentam o objetivo semelhantes às do Amapá, porém diferem na sua estrutura organizacional e competências. Não foi disponibilizado informações sobre como ocorre os processos de trabalho da VE.
Articulação intra e intersetorial para o planejamento das ações em saúde	Fragilidade nesta prática de integração tanto internamente (outros setores da Vigilância em saúde, atenção básica, agentes de endemias, ACS, hospital, LAFRON), quanto externamente (educação, segurança, justiça, órgãos ambientais, etc.).	Não foi disponibilizado informações.

Fonte: elaborado pela autora (2019)

3.3.5 Aspectos sobre o intercâmbio de informação em saúde entre

Amapá e Guiana Francesa

Tratando sobre o RSI (2015) do total de interlocutores, apenas dois relataram conhecer o documento, sendo um de cada país. Percebe-se a necessidade de informação e comunicação sobre o RSI, “[...] eu tenho um pouco de conhecimento sobre o RSI, mas essa responsabilidade fica com Paris, eu apenas transmito as informações” EF6. Ao analisar as atas das reuniões transfronteiriças, foi encontrada uma única vez a citação de inclusão desse tema, como proposta de pauta a ser discutida durante a VI COMISTA (2008), o que não ocorreu na prática em outro momento. A escassa presença e apoio, por parte do Ministério de Relações Exteriores, MS nos assuntos da saúde na fronteira do Amapá e Guiana Francesa, são apontados também como fatores preocupantes pelo interlocutor da secretaria de saúde de Oiapoque.

Eu sinto muita falta do Itamaraty para nos apoiar e ajudar aqui, porque apesar de nós termos bons vontade, quem valida qualquer coisa internacional são eles, e eu vejo eles muito longe nesse processo, [...] durante a COMISTA é visto as consequências dessas ausências, pois eles desconhecem a nossa realidade e idealizam coisas pra fronteira que não reflete a realidade do que a gente convive e necessita (EB2).

A queixa do EB2 se enquadra com as descobertas nas leituras das atas referentes às reuniões do subgrupo saúde transfronteiriço e das reuniões locais do grupo gestor estadual da saúde transfronteiriça. Percebeu-se somente a presença de representantes de várias áreas técnicas do MS quando as reuniões ocorriam em Brasília, na França ou na GF, depois da institucionalização do subgrupo (2012), somente um representante da assessoria de relações internacionais tem participado, como mediador nas reuniões Internacionais. Porém, não há registro da presença, por exemplo, de outras organizações internacionais como a OPAS Brasil, ou outras agências nacionais como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Do lado francês, por sua vez, apesar de considerar os assuntos relacionados à cooperação transfronteiriças importantes, parece ser divergente aos interesses entre a população que vive na fronteira e os que realizam a gestão de saúde no território:

[...] a cooperação transfronteiriça é prioridade para os habitantes da região fronteira, sim, para quem mora em Caiena não é tanto, penso que há um interesse comum, mas que a cooperação tem que ser bem explicado, por

exemplo, as vezes as pessoas (brasileiros) querem ultrapassar a fronteira com ferimentos graves e etc, e eles (guianenses) tem que atendê-los, e a população da Guiana não compreende a necessidade disso, por isso que tem que explicar bem o que é interesse das duas partes (EB6).

Neste caso, importa destacar que o nível de conectividade e cooperação dependes dos interesses projetados nos diferentes entes governamentais e entre dois estados supranacionais. Sobre isso Peiter *et al.* (2019) destaca que os marcos legais que enquadram a cooperação transfronteiriça são muitos recentes e instáveis. Além do mais, os autores enfatizam, que as atividades que naquele local precisam ser implementadas, decorrem de poder limitado, uma vez que se trata de uma “região politicamente sensível e que está submetida a regras e forças estabelecidas em outras escalas de poder” (Ibid., p. 7),

Não obstante, os interlocutores relataram a não existência e/ou desconhecimento de um protocolo que formalize junto aos país vizinho sobre o intercâmbio de informações epidemiológicas. Para EB3 “nós realizamos ações conjuntas durante a semana saúde na fronteira, mais desconheço algum protocolo oficial assinado”. Outro participante reforça a dúvida: “o que sei é que deve existir um protocolo em nível nacional e internacional, mas que talvez o município não tenha esse conhecimento, mas existe um Acordo em saúde na fronteira” (EB1).

O intercâmbio de informação epidemiológica entre países é primordial, pelos motivos já abordados neste relatório. Mas, ainda é um grande desafio a implementação e/ou elaboração de protocolos binacionais que oriente essa atividade. Acordos locais de compartilhamento são encontrados nas atas das reuniões do subgrupo da saúde.

Atualmente, o MS e o Estado do Amapá são os responsáveis pela divulgação de dados referentes a quatro doenças vetoriais (malária Dengue, CHIKV e Zika) e do lado francês é por meio da Santé Publique France Guyane. As informações são encaminhadas via correio eletrônico, em forma de boletins epidemiológicos, sem definição prévia de variáveis ou indicadores comuns e são disponibilizados no idioma de cada país. Não foi identificado nos sites da SVS-AP ou da SESA a disponibilidade desses boletins enviados pelo país vizinho. Segundo o interlocutor EB2, um sistema informatizado está sendo elaborado pela ARS, para melhorar o monitoramento das doenças vetoriais, iniciando pela malária.

A insuficiência e limitada trocas de informações sobre a situação de saúde da população fronteiriça, bem como da situação epidemiológica local, podem prejudicar o processo respostas adequadas à ocorrência de eventos. Em estudos feitos por WANG (2015) sobre surtos de Poliovírus derivado da vacina, observou que, com a definição de “acordos de colaboração entre as vigilâncias, permitindo um intercâmbio de informação oportuna e dinâmica, foi crucial para evitar que surtos atingissem a China através de suas fronteiras terrestres” (WANG, 2015 apud OLIVEIRA, 2015).

Quanto às informações referentes aos pacientes internados são realizadas juntamente com os médicos via aplicativo WhatsApp, mas de forma muito simples, com a finalidade apenas de transferência para o outro território. Sobre a questão do domínio do idioma do país vizinho entre as equipes de saúde, dos quatro serviços da Guiana Francesa somente o Instituto Pasteur não há na equipe, alguém que compreenda e se comunique no idioma português. Já do lado brasileiro, 100% dos interlocutores informaram não ter pessoas na instituição que faça a comunicação dominando a língua francesa. Quando algum paciente francês interna no hospital estadual de Oiapoque é acionado algum conhecido para auxiliar no atendimento, ou ainda, solicitado ao estrangeiro que acione algum conhecido que possa ajudar na comunicação.

Em relação ao planejamento contínuo de ações em saúde integradas com o país vizinho, o interlocutor do Estado (EB1) relata que é uma competência do município e o estado aparece quando convidado. Já os interlocutores EB2 e EB3 relataram que só ocorre o planejamento anual dos eventos referentes a “Semana Saúde na Fronteira e “Canoa da Saúde”, todavia já estão pensando em definir a agenda para uma anotação anual mais ampliada.

Já sobre o intercâmbio de profissionais ou promoção de cursos integrados entre os profissionais da fronteira, 100% dos interlocutores declararam não ocorrer ainda. A grande dificuldade nesse caso está relacionada a dois fatores: a falta de domínio do idioma do país vizinho por parte dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, biomédicos, etc) e as barreiras impostas pelo lado francês para entrada no território, que exige além do passaporte o visto.

De certo, é perceptível as dúvidas sobre a definição das competências e atribuições de cada ente nacional, acerca dos assuntos relacionados à cooperação

na fronteira. Apesar da existência de um subgrupo de saúde instituído pelo MS, bem como um comitê gestor estadual da saúde transfronteiriço no Amapá, parece não estarem alinhados e orientados sobre o desenvolvimento desse assunto. Vale ressaltar que geralmente, os membros desses grupos institucionais são os gestores do alto escalão, que nem sempre conseguem conciliar dentro de suas atribuições, a condução direta de mais essa responsabilidade.

A ausência ou desconhecimento de fundos financeiros nacionais específicos para o aprimoramento da cooperação em saúde transfronteiriça foram descritos por todos os interlocutores do lado brasileiro e por um interlocutor da Guiana. O único recurso específico brasileiro era o SIS-fronteira, entretanto já encerrou, sem que houvesse outro para substituí-lo. O EB3.2 complementa, que durante a Conferência de Saúde de 2018, sendo essa ocasião voltada para a política de Vigilância em Saúde, foi inserida uma proposta específica para investimentos aos municípios os quais fazem fronteira com outros países.

Já o interlocutor EF6 informa destinar recursos para algumas ações na fronteira e o EF8 relata que depende do interesse de ambos os laboratórios de fronteira, estabelecer parcerias e captação de recursos financeiros, porém acredita que a barreira linguística precisa ser superada, e completa:

Hoje conseguimos realizar mais parcerias com a Guiana Inglesa, devido nós falamos inglês também, mas com o Amapá não temos essa comunicação, pois não temos na equipe quem fale a língua deles e vice-versa (EB8).

Os interlocutores EB1 e EB2 esboçam visões divergentes acerca da cooperação e sobre o intercâmbio de informações em saúde entre Amapá e GF:

Poderia ter avançada mais em relação a outras doenças, pois hoje fazemos apenas de vetores. Se a gente estreitar mais o relacionamento em relação a todas as informações, seria mais fácil quando ocorresse a entrada ou descida de uma doença, seríamos mais rapidamente acionados (EB1).

Acho que a integração entre os dois países é ainda um embrião, ainda está em formatação, apesar de já existir dois projetos muito bonitos, como o do observatório da fronteira e do HIV/AIDS, mas ainda precisamos avançar (EB2).

O comentário da EB1 se refere às várias tratativas existentes, desde de 2009, entre os agentes de saúde que compõem o Subgrupo saúde transfronteiriço – BR e GF. Porém, o que se tem de concreto, em 23 anos da assinatura do Acordo Quadro

(1996) entre os dois países, são as várias tentativas de efetivação de acordos e desenvolvimento de propostas de ação conjuntas no âmbito da saúde. No entanto, apenas há a troca limitada de boletins epidemiológicos (somente de malária, dengue, CHIKV e Zika), além da realização, duas vezes por ano, da “Semana Saúde na Fronteira” (ações de prevenção sobre doenças transmitidas por vetores e HIV/AIDS), já comentados neste relatório. Já o EB2 acredita que por se tratar de uma fronteira com especificidades muito diferentes, os interesses também são diversos.

Algumas novas tentativas de avanços desse assunto da VE na fronteira foram observadas durante realização da XI COMISTA em 2019, por isso, foi declarado a intenção, por parte do MS em parceria com o Estado do Amapá, da criação da Sala Binacional de Monitoramento e Resposta a Emergências em Saúde Pública na Fronteira Franco-Brasileira. Segundo a EF6, ainda não sabe como o projeto vai funcionar exatamente, mas espera que funcione. A EB1 informa que uma sala binacional na fronteira de Tabatinga (Amazonas) com Letícia (Colômbia) está iniciando e pretende-se conhecer essa experiência para adequar à sala do Amapá e GF.

Por fim, efetivamente, o processo de trabalho da VE na fronteira pressupõe, no mínimo, serviços de saúde organizados, integrados e eficientes. E, como a base da VE é a informação, pretende-se como produto deste relatório técnico, minimizar uns dos problemas identificados nos sistemas de saúde de Oiapoque, especificamente, na gestão de informações em saúde transfronteira.

Em se tratando disso, Rodrigo-Júnior (2007, p. 576) comenta que as estruturas da VE, juntamente com seus sistemas de informações, representam instrumentos estratégicos para desencadear várias ações, de “prevenção de doenças e promoção da saúde, planejamento estratégico, programações sociais, educação continuada, etc, tanto das regiões de fronteira como em qualquer parte do país”. Nessa perspectiva, na seção seguinte será descrito sobre o SISREV, uma inteligência computacional em saúde (software), que visa potencializar as atividades locais de monitoramento das doenças e aperfeiçoar o intercâmbio de informação transfronteiriço entre o Amapá e GF.

Figura 22 - Síntese da categoria de análise referente aos aspectos do intercâmbio de informação em saúde entre Amapá e Guiana Francesa

Categorias de análise	Amapá	Guiana Francesa
Conhecimento sobre o conteúdo do RSI (2005).	Somente o interlocutor da SVS.	Somente o interlocutor da ARS.
Existência de protocolos que normatize o intercâmbio de informações epidemiológicas ou a existência de algum sistema informatizado.	Não há oficialmente ou desconhecem algum protocolo; Não existe nenhum sistema comum; As informações epidemiológicas são limitadas para 4 doenças zoonóticas; A transmissão dos boletins é por meio de correio eletrônico, mensalmente; Os boletins compartilhados não são bilíngues.	Concordam com as informações dos interlocutores do Amapá.
Domínio do idioma do país vizinho.	Nenhuma das instituições possuem essa referência local.	Somente o Instituto Pasteur não tem uma referência local.
Planejamento integrado em VE.	Não há encontros para discussão ou análises em conjunto dos dados epidemiológicos; Somente para a realização da “semana saúde na fronteira” e “Canoa da Saúde”.	Concordam com as informações dos interlocutores do Amapá.
Intercâmbio de profissionais.	Não ocorre.	Não ocorre.
Existência de investimentos financeiros específicos para as atividades transfronteiriças.	Não tem ou desconhecem existir.	02 interlocutores citam a existência de algum recurso financeiro a ARS e Instituto Pasteur.

Fonte: elaborado pela autora (2019)

4 PRODUÇÃO DE SOFTWARE

A OMS recomenda aos seus membros estabelecer e implementar o uso de sistemas de informação eletrônicos nacionais para a saúde pública afim de melhorar pela informação, a capacidade de vigilância e resposta rápida às emergências de saúde pública (OMS, 2019). Considerando esse reconhecimento mundial, tem-se nas tecnologias de informação e comunicação para a saúde um recurso fundamental, para auxiliar gestores e profissionais que atuam nas fronteiras do Amapá e GF em seu planejamento de gestão em vigilância e na atenção à saúde.

Com a utilização dos sistemas de informações epidemiológicas, as ações administrativas e burocráticas baseadas em conhecimento técnico-científico, por meio da disponibilidade dos dados em saúde, permitem estruturar, operacionalizar, monitorar, supervisionar e avaliar o desempenho dos serviços de saúde (BARBOSA E DAL SASSO, 2007; BENITO, 2009). Assim, como produto deste mestrado profissional é proposto a elaboração de um sistema eletrônico para ser utilizado

pelos profissionais da vigilância em saúde os quais desenvolvem suas atividades na fronteira do Amapá e Guiana Francesa.

O software, denominado de Sistema de Registro Eletrônico em Vigilância Epidemiológica na Fronteira (SISREVE), é uma plataforma que tem como objetivo analisar, avaliar e disseminar dados, informações sobre as doenças e agravos de notificação compulsória nacional, além de outros problemas de interesse para a zona de fronteira do Amapá e Guiana Francesa (Figura 23).

Figura 23. Tela inicial do SISREVE



4.1 Por que u

Em conformidade com alguns achados neste relatório, a citar: fragilidades institucionais no monitoramento, análise das doenças na fronteira do Amapá e Guiana Francesa, compartilhamento limitados de informações em saúde entre os dois territórios, ausência de tecnologias de informação que auxiliem a comunicação entre os dois serviços de saúde na fronteira, a partir disso, é necessário aperfeiçoar e integrar os serviços de VE nesta fronteira.

Nessa mesma linha de pensamento, Costa (2006, p.138), comenta que a fim de se conhecer as especificidades das regiões fronteiriças.

[...] é necessário um sistema de informação que contemplem os indicadores básicos dessa região, para que se possa, a partir desse conhecimento, planejar e executar ações de vigilância em saúde adequadas às características geográficas e populacionais (COSTA, 2006, p. 138).

É mister organizar um sistema de informação em saúde que funcione sob a lógica de suas características regionais, para se ter noção do arranjo da vida no lugar. Na fronteira do Amapá e Guiana Francesa foram identificados neste relatório algumas condições de saúde/doença similares, que interferem na saúde das populações de ambos os lados, mas também, outras doenças que ocorrência apenas em um dos territórios, e que as autoridades sanitárias precisam ter um olhar unificado e mais ampliado dos riscos que essa população está exposta.

O SISREVE foi projetado para auxiliar os profissionais de saúde que são responsáveis pela rotina de coleta de dados das doenças e agravos, a aplicar alguns princípios de análise, monitoramento e avaliação desses dados. Assim como, atender as necessidades de informação em saúde dos interlocutores na Guiana Francesa e os integrantes do Subgrupo de Saúde Transfronteiriço Brasil-Guiana Francesa, responsáveis pelo planejamento e coordenação dos assuntos relacionados aos problemas de saúde na fronteira franco-amapaense.

Quando utilizado rotineiramente, a cada semana ou mês, os dados do SISREVE permitirão que os usuários façam maior uso dos dados existentes, conhecendo e identificando, rapidamente os problemas de saúde local. Ele também fornecerá inteligência extremamente importante para orientar estratégias e intervenções, projetadas para prevenção e controle em situação de surtos ou epidemias. Vale lembrar que, o SISREVE se propõe ainda a democratizar o acesso à informação em saúde, permitindo também que todo cidadão pesquise, bem como, acadêmicos, ONGs ou quaisquer outras pessoas interessadas em conhecer a situação de saúde local.

4.2 OPERAÇÃO E EXECUÇÃO

O sistema foi desenvolvido usando a linguagem de programação PHP e o Sistema Gerenciador de Banco de Dados (SGBD) é o PostgreSQL. Para a utilização do software é necessário que o usuário tenha apenas habilidades básicas de computador, incluindo familiaridade com o Microsoft Excel, já que é composta por uma ferramenta de estrutura lógica, com todas as etapas computacionais automatizadas e diretas.

A base de dados do sistema é do SINAN, que são transferidos para uma nova

base, nessa nova estrutura são selecionadas as variáveis: classificação estatística internacional de doenças e problemas à saúde relacionadas (CID) 10ª revisão, data da notificação, código do município, estabelecimento de saúde, data dos sintomas, data de nascimento, sexo, município de residência, bairro, país, classificação final (casos confirmados) e critério para o diagnóstico (laboratorial e clinico-epidemiológico) (Figura 24).

Figura 24 – Filtros de opções para consulta dos dados epidemiológicos

The screenshot shows the SISREVE search interface. At the top, there is a navigation bar with 'SISREVE', 'Home', 'Semanal', 'Mensal', 'Anual', and flags for Brazil and France. Below this, the title 'SISREVE' and subtitle 'Sistema de Registro eletrônico em Vigilância Epidemiológica na Fronteira' are displayed. The main area contains several filter sections:

- Data da notificação:** 'De:' (dd/mm/aaaa) and 'Até:' (21/02/2020).
- Município de notificação:** Dropdown menu with 'Oiapoque' selected.
- Estabelecimento de saúde:** Dropdown menu with 'Todos' selected.
- Data da notificação (repeated):** 'De:' (dd/mm/aaaa) and 'Até:' (dd/mm/aaaa).
- Faixa etária:** Dropdown menu with 'Todos' selected.
- Sexo:** Dropdown menu with 'Todos' selected.
- Município de Residência:** Dropdown menu with 'Oiapoque' selected.
- País:** Dropdown menu with 'Brasil' selected.
- Classificação final:** Dropdown menu with 'Casos confirmados' selected.
- Critério de diagnóstico:** Dropdown menu with 'Laboratorial' selected.

A blue 'Pesquisar' button is located at the bottom of the filter section.

A transferência dos dados deve ser feita com a extração dos campos especificados e formatados pelo Tabulador para Windows (Tabwin), em formato de planilha do Excel os quais serão colados em uma planilha do sistema com os campos correspondentes. Realizada essa operação, os dados são enviados para o servidor onde são armazenados na base de dados, a resposta é um relatório personalizado para gestão e suporte a tomada de decisão (Figura 25).

Figura 25. Relatórios Personalizados

This screenshot shows the same SISREVE interface as Figure 24, but it is mostly blank, indicating that the search results area is empty or the results are not visible in this view. The navigation bar and title are identical to the previous figure.

SISREVE Home Relatórios Documentos Login

SISREVE

Sistema de Registro Eletrônico em Vigilância Epidemiológica na Fronteira

Relatório SISREVE

<p>Relatório Anual</p> <p>Relatório com os gráficos anuais</p> <p>Gerar relatório</p>	<p>Relatório Cidades</p> <p>Relatório com os gráficos cidades</p> <p>Gerar relatório</p>
<p>Relatório Mensal</p> <p>Relatório com os gráficos mensais</p> <p>Gerar relatório</p>	<p>Relatório/Vigilância epidemiológica</p> <p>Relatório com os gráficos de controle endêmico</p> <p>Gerar relatório</p>

Por meio do sistema é possível realizar cálculos necessários para uma análise direta e gerar automaticamente de filtros, números, gráficos, tabelas e um relatório consolidado, gerados a partir da base de dados do SINAN e do IBGE para os dados populacionais. Como sistema não interpreta as análises, é disponibilizado aos usuários, acesso ao Guia de Vigilância Epidemiológica, especialmente, para aqueles que não têm experiência de trabalho no campo.

SISREVE Home Semanal Mensal Anual

SISREVE

Sistema de Registro eletrônico em Vigilância Epidemiológica na Fronteira

Relatório/ Resultado da pesquisa

Filtros Utilizados

Data de Notificação inicial: 01/01/2003 – Data de Notificação Final: 31/12/2019 – Código do município: 160050 (Oiapoque) – Código do Estabelecimento de Saúde: Data dos sintomas Inicial: 01/01/2003 – Data Sintomas Final: 31/12/2019 – Faixa Etária: <1 - Município de Residência: 160050 (Oiapoque) – Nacionalidade: Brasil – Critério: Laboratorial

ocorrências

A90 – Dengue
Ocorrências: 20

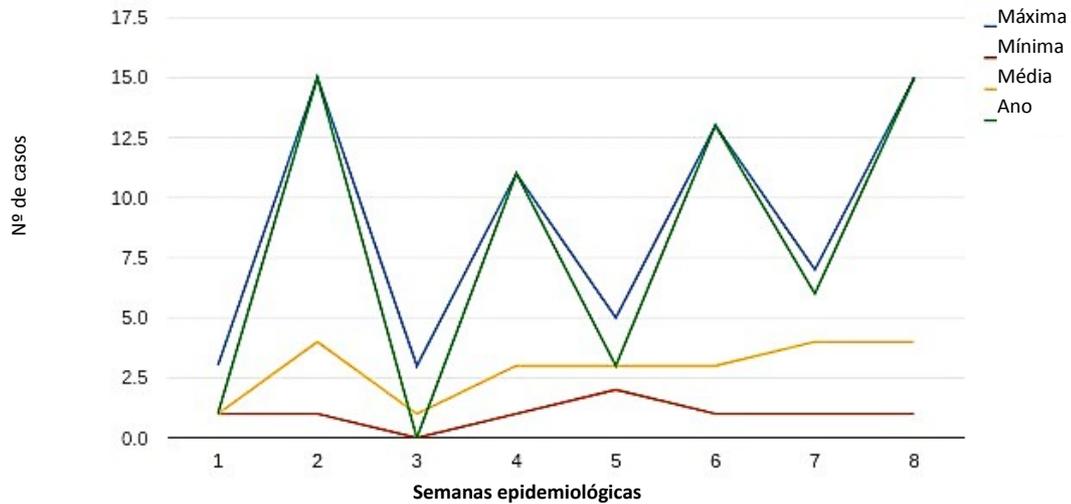
Caso suspeito de Chikungunya: paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, residente em (ou que tenha visitado) área com transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com caso importado confirmado. Caso confirmado: é todos casos suspeito de Chikungunya confirmado laboratorialmente por: isolamento viral positivo, detecção de RNA viral por RT-PCR, detecção de IgM em uma única amostra de soro durante a fase aguda (a partir do 6º dia) ou convalescente (2ª amostra) ou detecção de IgG em amostra coletadas de pacientes na fase crônica da doença, com clínica suspeita.

Definição de Caso

Outro recurso do sistema é o monitoramento das doenças por meio do diagrama de “controle do nível endêmico” (Figura 27). A sua utilização pela equipe técnica deste recurso epidemiológico, permitirá identificar e distinguir as variações naturais e o número de ocorrências de infecções de causas incomuns, como os surtos ou epidemias, dispensando o uso de cálculos e testes de hipóteses. Por meio do sistema será permitido que essa funcionalidade seja efetivada para todos os agravos que estão inseridos no banco de dados, ou seja, ao selecionar o monitoramento semanal dos agravos, o sistema demonstrará o diagrama de controle endêmico para todos os agravos.

Figura 27 – Imagem do diagrama do nível endêmico

A010 - FEBRE TIFOIDE



Vale ressaltar que os dados contidos no sistema não dispõem dos nomes ou endereços das pessoas que foram a fonte individual de investigação e notificação. Essa precaução garante o sigilo legal.

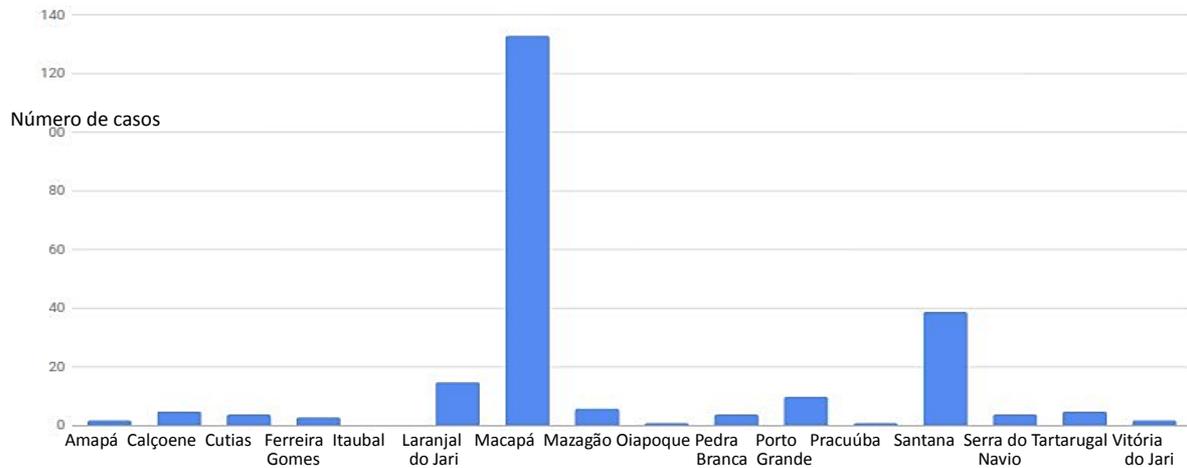
Os usuários do SISREVE podem realizar consultas individuais e personalizadas, para melhor atender as suas necessidades de informação. Assim, um relatório é gerado após a consulta por meio da seleção dos filtros disponíveis. O resultado é a visualização de gráficos ou tabelas que demonstram a evolução do número de agravos por meio dos anos, meses e semanas. Os dados disponíveis contam de todos os 16 municípios do Estado do Amapá, onde também será demonstrado os números absolutos, taxas e percentuais dos agravos individualmente (Figura 28).

Figura 28 – Imagem do relatório em tabela e gráfico

Ocorrências

O981 - SIFILIS EM GESTANTE

Município de Residência



Município	Frequência	Percentual	Taxa (10.000)
Amapá	2	0,83%	0,73
Calçoene	5	2,07%	1,83
Cutias	4	1,65%	1,47
Ferreira Gomes	3	1,24%	1,10
Itaubal	0	0,00%	0,00
Laranjal do Jari	15	6,20%	5,50
Macapá	133	54,96%	48,77

Os painéis operacionais contam na parte inferior das páginas, com um espaço para inclusão de observações e comentários interpretativos dos resultados apresentados. Essas por sua vez serão posteriormente incluídas no relatório, o qual pode ser impresso e utilizado para diversos fins.

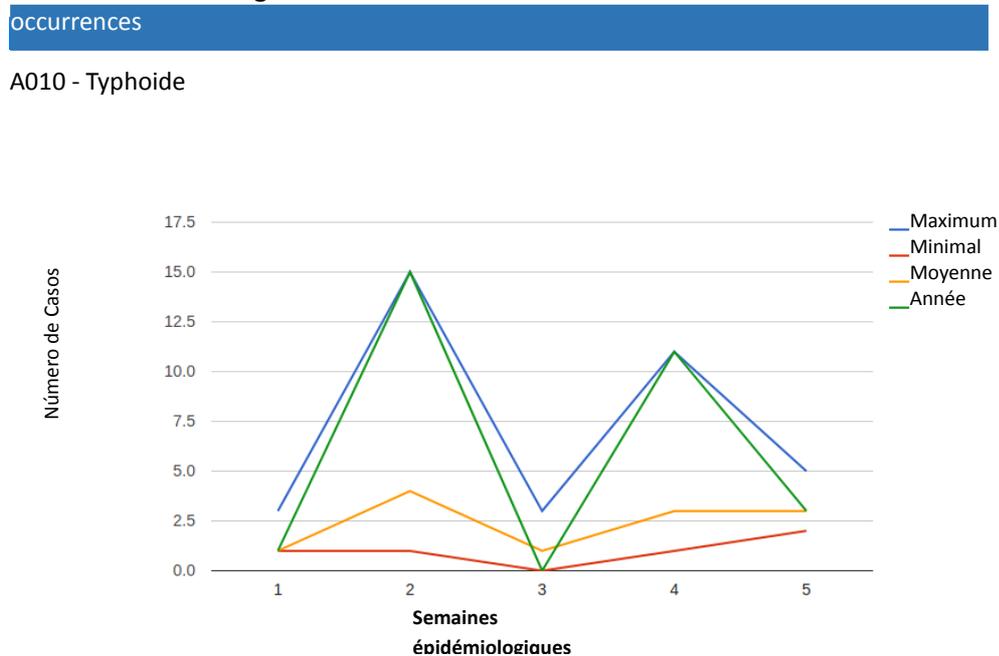
Vale ressaltar que os painéis disponibilizados contêm dados básicos e comuns a qualquer modelo de boletins simplificado, para todos os agravos do SINAN. O que permitirá aos técnicos do país vizinho utilizar o mesmo padrão de variáveis, para inserir e encaminhar as informações de seu país. Assim como, é possível inserir mais variáveis conforme a necessidade dos seus usuários.

O sistema ainda apresenta um painel de controle interno restrito aos técnicos

e gestores da saúde, sobre o compartilhamento dos relatórios epidemiológicos ocorridos entre os interlocutores da GF, possibilitando ainda identificação dos dias e horários das operações efetuadas. Dessa forma, todos os usuários interessados pelos dados poderão acessar normalmente à plataforma, efetuando a pesquisa de seu interesse, ficando apenas restrito o acesso à inserção de dados ou edição de outras informações.

Toda a plataforma será bilíngue (português e francês), assim, será possível minimizar as barreiras linguísticas de acesso e compartilhamento de dados epidemiológicos, principalmente, entre os dois países fronteiriços (Figura 29).

Figura 29 – Tela com texto no idioma francês



Définition de cas

Susceptible guy critères cliniques avec fièvre persistante, avec ou sans un plusieurs des signes et symptômes suivants: - maux de tête, des maldiises, des douleurs abdominales, anorexie, dissociation pouls/température, constipation ou diarrhée, toux sèche, rose taches ic (les taches roses sur le tronc – une conclusion rare) et hépatosplénomégalie.

O sistema contará com funções complementares, como:

- Disparo automático de alertas de notificação obrigatórias imediatas (até 24 horas), conforme Lista brasileira de Notificação Compulsória (Anexo A), por meio de correio eletrônico cadastrado tanto para o CIEVS Estadual, quanto ao interlocutor da VE na Guiana Francesa (que poderá ser acordado entre os países);

- Acesso ao Guia de Vigilância Epidemiológica, Planos Operacionais de combate a determinados agravos como a malária, CHIKV, Zika, assim como legislações nacionais, relatórios e atas das reuniões transfronteiriças, etc.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, os novos cenários epidemiológicos representados pelo surgimento de novas doenças transmissíveis, as modificações nos padrões habituais de transmissão de doenças existentes, as ocorrências de agravos e os desastres decorrentes das agressões ao meio ambiente, ao lado de novas estratégias de prevenção e controle de doenças com potencial de propagação internacional são colocadas pelo RSI (2005), as quais apontam para a necessidade de readequação e aprimoramento das estruturas, processos e práticas de vigilância em saúde, de forma articulada com os países fronteiriços.

Percebeu-se que mesmo diante de todo o aparato oficial nacional e internacional, que define as competências e relevância da política de VE, há um descompasso entre o discurso e a efetiva implementação dessas atividades nos serviços localizados na fronteira do Amapá e Guiana Francesa. A pesquisa identificou ainda, o pouco interesse do poder público nacional com essas cidades de fronteira, pela ausência principalmente de políticas públicas específicas. As instituições sanitárias apresentaram precárias condições de infraestrutura, carência de recursos materiais e equipamentos, além de frequente rotatividade de profissionais.

Observou-se ainda uma desigual cobertura diagnóstica e capacidade de resposta laboratorial entre os dois territórios. Sem contar que o processo de trabalho da VE, principalmente, em Oiapoque, apresenta limitações operacionais, demonstrando ser meramente descritiva, sem análise ou divulgação das informações, que possibilitaria promover subsídios para a elaboração de políticas públicas, a partir do conhecimento da situação de saúde e os seus determinantes.

A pouca valorização da VE na fronteira é perceptível na pesquisa de campo, após verificar a insuficiência de investimentos específicos, por parte dos diferentes níveis de gestão em saúde, em ambos os países. Ainda que pareça, o sistema de VE da Guiana Francesa esteja melhor preparado do que do lado brasileiro, a

ocorrência da epidemia do CHIKV demonstrou as vulnerabilidades que essa zona de fronteira se apresenta.

A falta de apoio financeiro contínuo e a pouca articulação intrasetorial e intersetorial acaba descaracterizando a prática de trabalho da VE nesta zona de fronteira. Essa prática sanitária compreende um conjunto de atividades que contribuem para a atenção integral à saúde, a partir da promoção da saúde e prevenção das doenças, devendo, portanto, se beneficiar de mais investimentos.

É notório também as limitações e as dificuldades para a integração transfronteiriça entre os serviços de VE do Amapá e Guiana Francesa. Apesar do reconhecimento da importância de se tratar a vigilância em saúde para além dos limites territoriais das cidades dessa fronteira, as condições limitadas de autonomia de poder e, por serem distantes dos centros de decisão tem influenciado avanços mais significativos em termos de estratégias compartilhadas para se alcançar a qualidade de vida da população fronteiriça.

Vale ressaltar que a falta de protocolos bem definidos sobre o intercâmbio de informações epidemiológicas, a ausência de definição de indicadores de saúde comuns e os fluxos de comunicação frágeis foram observados, como fatores limitantes para desencadear uma resposta às emergências em saúde de forma coordenada entre os dois territórios.

Ademais, é preciso romper com as diferenças nos contextos culturais, políticos, jurídicos e sociais, bem como a barreira linguísticas, existentes entre os dois territórios. Pois, entende-se que a solução dos problemas nessas regiões passa pela integração transfronteiriça, que deveria aproveitar as complementaridades existentes entre os dois países e assim, tentar harmonizar as diferenças.

Por conseguinte, espera-se que o SISREVE possa auxiliar as equipes de saúde de ambos os países fronteiriços a estruturar um ambiente informacional integrado para a qualidade da gestão da informação em saúde, aumentar a sua capacidade de vigilância e obter uma resposta frente às emergências de saúde pública que possam surgir. Ademais, com a utilização do SISREVE espera-se que os agentes sanitários possam mapear a ocorrências dos agravos e subsidiar as intervenções para uma melhor investigação, a fim de verificar os determinantes que estão associados à situação de saúde local. Com a ampla divulgação desse conhecimento por meio da VE em nível intersetorial, será possível facilitar a

elaboração de planos e intervenções de promoção da saúde, de prevenção e controle de doenças.

REFERÊNCIAS

- ARS. Agência Regional de Saúde. **Política Regional de Saúde da Guiana Francesa**. Guiana Francesa, 2019. Disponível em: www.guyane.ars.sante.fr. Acesso em: 10 jan. 2019.
- ALMEIDA, C. S.; RAUBER, L. A. Oiapoque, aqui começa o Brasil: a fronteira em construção e os desafios do desenvolvimento Regional. **Redes**, v. 22, n. 1, p. 474-496, 2017.
- ANDRADE, R. F. **Malária e migração no Amapá**: projeção espacial no contexto de crescimento populacional. 429 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sócio-Ambiental) - Universidade Federal do Pará, Belém, 2005.
- AMAPÁ. Agência de Desenvolvimento do Amapá. Reunião da V Comissão Mista Transfronteiriça Brasil-França, 2009 [Atas].
- _____. Secretaria de Saúde. Comitê Gestor Estadual da Saúde na Região de Fronteira Brasil-Guiana Francesa. Semana Saúde na Fronteira, 2016 [Atas].
- _____. Secretaria de Saúde. Relatório de Gestão 2015. Amapá, 2015 [Relatório].
- _____. a. Decreto n. 3.708, de 26 de setembro de 2017. Aprova o Estatuto da Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado do Amapá - SVS, e da outra providências. **Diário Oficial do Estado**. Amapá, p. 2, set. 2017. Disponível em: http://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/publicacoes/SVS_9a2cc3f6173e1de28a3302b2162909ae.pdf. Acesso em: 15 jun. 2018.
- _____. Secretaria de Saúde. Informe Epidemiológico Coordenadoria de Vigilância em Saúde. 2017b – edição 24. Monitoramento Semanal dos casos de Dengue, Chikungunya e Zika vírus até a semana epidemiológica 23/2017(01/01 a 10/06/2017).
- _____. Superintendência de Vigilância em Saúde. Análise da situação de saúde: Região de Saúde Norte-AP, 2018. Amapá: 2018.
- AQUINO JUNIOR, J. **A dengue em área de fronteira internacional: riscos e vulnerabilidades no tríplice fronteira de foz do Iguçu**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Paraná, Setor da Ciências da Terra. Programa de Pós-graduação em Geografia. Curitiba, 2014.
- BARBOSA, X, C.; TEIXEIRA, R. L. S. **Estudo dos desafios pertinentes à emergência do Zika vírus na Amazônia legal, Brasil**. Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, Boa Vista, 2019. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/04/zika-virus-brasil.html>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- BARBOSA, S. F. F.; DAL SASSO, G. T. M. **Internet e saúde**: um guia para os profissionais. Blumenau: Nova Letra; 2007.

BERKLEY, S. Organização Mundial da Saúde. **Ehealth**. Washington, 2019. Disponível em: www.who.int/topics/ehealth/en/. Acesso em: 25 fev. 2019.

BENITO, G. A. V. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 1, v.62, p. 447-50, 2009.

BOND, K. C. *et al.* The evolution and expansion of regional disease surveillance networks and their role in mitigating the threat of infectious disease outbreaks. **Emerg Health Threats**, v. 6, n.1, p. 1-11, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999**. Disponível em: www.funasa.gov.br/site/wpcontent/files_mf/Pm_1399_1999.pdf. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/legin/fed/dec-2003/decreto-4726-9-junho-2003496874norma-pe.html>. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.761, DE 18 de Novembro de 2008**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-2761.htm>. Acesso em: 23 de set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde**. Brasília-DF, 2001.

BRASIL a. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**: bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Secretaria de Programas Regionais. Ministério da Integração Nacional, 2005.

_____ b. Ministério da Saúde. **Portaria nº 30, de 7 de julho de 2005**. Disponível em http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html. Acesso em: 15 mai. 2018.

_____ a. Ministério da Saúde. **Centro de informações estratégicas em vigilância em saúde – CIEVS**. Brasília, 2007. Disponível em: bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centro_informacoes_estrategica_vigilancia_saude.pdf. Acesso em: 15 maio 2018.

_____ a. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento sanitário internacional – 2005**. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, 1. ed. Brasília: Anvisa, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/regulacao-sanitaria-internacional>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____ a. Ministério da Justiça e Cidadania. **Mapeamento das políticas públicas federais na faixa de fronteira: interfaces com o plano estratégico de fronteiras e a estratégia nacional de segurança pública nas fronteiras** / organização, Alex

Jorge das Neves, José Camilo da Silva, Lício Caetano do Rego Monteiro. – Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses**: normas técnicas e operacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. p.121.

_____. a. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**: volume único, ed. 2, Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Único2017.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2018.

_____. b. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 08 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Distrito Sanitário Especial Indígena Amapá e Norte do Pará**. 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. b. Ministério da Saúde. **Portaria n. 454, de 4 de março de 2010**. Brasília, DF, 5 de março 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013**, Brasília, DF, 10 jul. 2013. seção 1, p. 48/50.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde - 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 462 p.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV)**. Boletim Epidemiológico – Sífilis – 2018, v. 37, 2018.

BOSER, A. *et al.* Addressing HIV on the French Guyanne-Brazilian border: no choice but collaboration!. **Revista AIDS**, v. 32, n. 5, p. 539-542, 2018.

BRUNIERA-OLIVEIRA, R. B. *et al.* vigilância epidemiológica ampliada do rotavírus. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, 27(1): 140-148, jan./mar., 2014.

CASTRO, Larissa de Paula Gonzaga e. **Transnacionalização dos riscos e o Novo Regulamento Sanitário Internacional**. Monografia (Especialização em Diplomacia e Saúde) – ENSP, Brasília, 2009, p. 50.

CHAR. CENTRE HOSPITALIER ANDRÉE ROSEMON DE CAYENNE. Bilan d'activité des Centres Delocalises de Prevention et de Soins (C.D.P.S) de Guyane, 2017.

CDC. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. **Abordar as doenças infecciosas emergentes e reemergentes amenizar ameaças: uma estratégia de prevenção para os Estados Unidos**. Atlanta, 1994. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4305.pdf>. Acesso em: 15 nov. de 2018.

CERRONI, M. P.; CARMO, E. H. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 617-628, 2015.

CE. Comissão Europeia. **Proposta de decisão do parlamento europeu e do conselho relativa a ameaças sanitárias transfronteiriças graves**, 2011. Disponível em: http://europa.eu/index_pt.htm. Acesso em: 10 jan. 2019.

COSTA, L. Agenda de ações integradas de saúde Brasil-Bolívia: In: COSTA, Laís (org). **Integração de fronteiras: possibilidades Brasil-Bolivia na saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

DOUINE, M. *et al.* Illegal gold miners in French Guiana: a neglected population with poor health. **BMC Public Health**, v. 18, n. 23, p. 1-10, 2018.

DRUMOND JR, M. **Epidemiologia e Saúde Pública: Reflexões sobre os Usos da Epidemiologia nos Serviços do Sistema Único de Saúde em Nível Municipal**. 189 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

DURAND, C. A segurança sanitária num mundo global: os aspectos legais - O sistema de segurança sanitária na França. **Revista de Direito Sanitário**, v. 2, n. 1, p. 59-78 2001.

EPELBOIN, L. *et al.* La leptospirose en Guyane française et sur le bouclier des Guyanes: état des connaissances en 2016. **Bulletin de la Société de Pathologie Exototique**, p. 1-15, 2017.

FRANÇA. **Loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de Santé, article 158 et 162**. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>. Acesso em: 2 out. 2019.

FRANÇA. Santé Publique France. **Epidemiologia da Tuberculose na França 2017 - Atualização em fevereiro de 2019.** Disponível em: <https://www.santepubliquefrance.fr/>. Acesso em: 2 de out. 2019.

FRANÇA. Santé Publique France. **Les maladies à déclaration obligatoire dans les départements français d'Amérique entre 2012 et 2014 - Bulletin de veille sanitaire-N°6-7/août-septembre, 2015.** Disponível em <http://www.santepubliquefrance.fr>. Acesso em: 2 de out. 2019.

GADELHA, C A G; COSTA, L. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.3, p. 214-226, 2007.

GRANGER, S. O Oiapoque, uma fronteira europeia para o Amapá e o Brasil?. In: BRITO, D. M. C., AVELAR, V. G. (Orgs.). **Geografia do Amapá em perspectiva.** Macapá: UNIFAP, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 251-266, 2007.

GRENIER, G. M. **Guyane-Amapá Mieux structurer les territoires pour intensifier îls échanges.** Guyane: CEROM; AFD; IEDOM; INSEE, 2011. 97 p.

GOODFELLOW, I; REUSKEN, C. M. K. Laboratory support during and after the Ebola virus endgame: towards a sustained laboratory infrastructure. **Euro Surveill**, v. 20, n. 12, p. 1-2, 2015.

GUYANE FRANCESE – GF. Santé Publique France. **Surveillance des arbovirus.** Bulletin périodique: mars à juin 2018.

HANDEL, A. *et al.* What is the best control strategy for multiple infectious disease outbreaks?. **Proceedings of the Royal Society B**, v. 274, p. 833-837, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA – IBEU. **Índice de Bem-Estar urbano dos municípios Brasileiros 2016.** Oiapoque. Disponível em: <https://ibeu.observatoriodasmetroles.net.br/>. Acesso em: 15 set. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Cidades e Estados.** Amapá: IBGE, 2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em: 15 nov. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística. **Municípios de faixa de fronteira.** Amapá: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/24073-municipios-da-faixa-de-fronteira.html?=&t=sobre>. Acesso em: 13 fev. 2020.

INSEE. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. **Balanço demográfico, população em 1º de Jan de 2018**. Disponível em: www.insee.fr. Acesso em: 15 Jan. 2019.

LEITE, J. A. *et al.* Vigilância epidemiológica no sistema local de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 178-183, 2003.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LOISEAU, R. *et al.* American cutaneous leishmaniasis in French Guiana: an epidemiological update and study of environmental risk factors International. **International Journal of Dermatology**, v. 58, p. 1323-1328, 2019.

MARTINS, C. C. *et al.* Migração e mobilidade de brasileiros através e além da fronteira Brasil-Guiana Francesa: novas sociabilidades. **Tomo**, n. 27, p. 361-392, 2015.

MEDEIROS, J. M. M.; OLIVEIRA, M. S. Monitoramento de fronteira via sistema de informação geográfica em Oiapoque-AP. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**, v. 6, n. 2, p. 195-2016, 2018.

MUSSET, L. *et al.* Malária no escudo da Guiana: uma revisão da situação na Guiana Francesa. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 9, n. 5, p. 525-533, 2014.

OLIVEIRA, R. B. **Vigilância epidemiológica de fronteiras terrestres do Arco Sul do Brasil**. 135f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Quais são os Regulamentos Sanitários Internacionais?**. Washington, DC, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/features/qa/39/en/index.html>. Acesso em: 24 jun. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Ehealth**. Washington, DC, 2019. Disponível em: www.who.int/topics/ehealth/en/. Acesso em: 25 fev. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Pacote de Ferramentas da Estratégia Nacional de e Saúde**. Genebra, Suíça, 2012. Disponível em http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html. Acessado em: 12 set. 2019.

OPAS. Organização Pam-América da Saúde. **Saúde nas Américas 2017 - Resumo do panorama regional de países do Haiti e departamentos franceses da América** (Guadeloupe, Guyane et Martinique) Washington, DC: OPAS, 2017.

OPAS. Organização Pan-América da Saúde. **Campanha de vacinação da raiva humana**. OPAS/OMS Brasil, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org>. Acessado em: 25 de set. 2019.

OPAS. Pan American Health Organization. World Health Organization. **Number of reported cases of chikungunya fever in the Americas, by country or territory 2013-2014.** Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=28697&lang=en. Acesso em: 28 fev. 2019.

PEITER, P. C. Condiciones de vida, situación de la salud y disponibilidad de servicios de salud en la frontera de Brasil: un enfoque geográfico. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23 n. 2, p. 237-250, 2007.

_____. **A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Internacional do Brasil na Passagem do Milênio.** 334 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. *et al.* Vulnerabilidade em saúde e malária na fronteira Brasil-Guiana francesa. VIII Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. **Anais...** Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Grupo de Pesquisa Saúde, Espaço e Fronteira(s) – GESF, Dourados, MS, 2017.

_____. *et al.* Processos sanitários em espaços de fronteira: o caso das cidades gêmeas de Oiapoque, Brasil e Saint Georges, Guiana Francesa no período de 2015 a 2018. **Anais...IX** Simpósio Nacional de Geografia da Saúde. Blumenau – SC, 2019.

_____. *et al.* Situação da malária na tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2497-2512, 2013.

PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Gestão da Saúde: O uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016.

RECKTENWALDT, M. *et al.* A organização e a prática da Vigilância em municípios de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 367-381, 2017.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L. Epidemias na faixa de fronteira brasileira. In: VII Encontro Nacional de Estudos Estratégicos, Brasília-DF, 2007. **Anais...** Brasília: Secretaria de Acompanhamento e Estudos Institucionais, 2007.

ROMERO, A. TRONCOSO, M. La vigilancia epidemiológica: significado e implicaciones en la práctica e em la docência. **Cuadernos Médicos Sociales**, v. 17, n. 2, p.17-28, 1981.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCEa. **Bolletín de Santé publique Hepatites em Guyane.** Disponível em:<http://www.santepubliquefrance.fr>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCEb. **Qui sommes nous?.** Disponível em: <http://www.santepubliquefrance.fr>. Acesso em: 15 set. 2019.

SANTOS, M. E. **Avaliação das capacidades de detecção, avaliação e notificação das potenciais emergências em saúde pública de importância nacional e**

internacional pelo Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

SILVA, N. M. *et al.* Vigilância de chikungunya no Brasil: desafios no contexto da Saúde Pública. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, p. 1-10, 2018.

SILVA, G. V. **Oiapoque: potencialidades e caminhos neste século XXI.** Macapá: UNIFAP, 2014. 190 p.

SILVA, A. R. F.; TRINDADE JR., S. C. C.; Pensando a diferenciação socioespacial na Amazônia: a sub-região fronteira internacional dos estados do Pará e Amapá. In: PORTO, J.; NASCIMENTO, D. M. **Dinâmicas periféricas-estratégicas da fronteira da Amazônia Setentrional: das políticas públicas e redes institucionais à integração espacial.** Rio de Janeiro: Publit, 2013.

SOUZA, M. C. *et al.* O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007.

SOTIL. JOSÉ WALTER CÁRDENAS *et al.* **Sistema de Integração Saúde das Fronteiras – SIS FRONTEIRA.** Universidade Federal do Amapá, Amapá, 2006.

SUPERTI, E.; PORTO, J. L. R.; MARTINS, C. C. Políticas Públicas de Integração da Amazônia e a Fronteira do Amapá. In: Conferencia do Desenvolvimento - CODE 2011/IPEA, 2011, Brasília. **Anais...do I Circuito de Debates Acadêmicos**, 2011.

UE. **UNIÃO EUROPEIA.** Disponível em: http://europa.eu/european-union/index_pt. Acessado em 10 jan. 2019.

VASCONCELOS-DOS-SANTOS, T. *et al.* Binational burden of American cutaneous leishmaniasis in Oiapoque, Amapá State, Brazil, bordering French Guiana. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 52, p. 1-4, 2019.

VAN GASTEL, B. **Vulnerability, access to primary care and prevention of vector-borne diseases and cross-border health cooperation at the French Guiana border area with Brazil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 56 p.

WALDMAN, E. A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS *et al.* (Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2006. 861 p.

ANEXO A

Lista das doenças de notificação obrigatória na França metropolitana e demais departamentos Ultramar – 2018 (L 3113-1 do Código de Saúde Pública)

Nº	Doença notificável	Categoria 1 - Doença que requer intervenção local, nacional ou internacional urgente	Categoria 2 - Doença cuja vigilância é necessária para a condução e avaliação de políticas públicas de saúde
1	Botulismo	Sim	sim
2	Brucelose	Sim	sim
3	Antraz	Sim	sim
4	Chikungunya	Sim	sim
5	Cólera	Sim	sim
6	Dengue	Sim	sim
7	Difteria	Sim	sim
8	Febre hemorrágica africana	Sim	sim
9	Febre amarela	Sim	sim
10	Febre tifóide e febre paratifóide	Sim	sim
11	Hepatite aguda A	Sim	sim
12	Infecção aguda sintomática pelo vírus da hepatite B	Não	sim
13	Infecção por HIV	Não	sim
14	Infecção meningocócica	Sim	sim
15	Legionelose	Sim	sim
16	Listeriose	Sim	sim
17	Mesotelioma	Não	sim
18	Ortopoxviroses, incluindo varíola	Sim	sim
19	Malária autóctone	Sim	sim
	Malária nos departamentos ultramarinos	Sim	sim
20	Peste	Sim	sim
21	Poliomielite	Sim	sim
22	Raiva	Sim	sim
23	Sarampo	Sim	sim
24	Rubéola	Sim	sim
25	Saturnismo em filhos menores	Sim	sim
26	Esquistossomose	Sim	sim
27	Doença de Creutzfeldt-Jakob e outras encefalopatias espongiformes	Sim	sim
28	Tétano	Não	sim

29	Infecção alimentar coletiva	Sim	sim
30	Tuberculose	Sim	sim
31	Tularemia	Sim	sim
32	Tifo	Sim	sim
33	Zika	Sim	sim

ANEXO B

LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA - 2016

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal*
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	a. Dengue – Casos				X
	b. Dengue – Óbitos	X	X	X	
8	Difteria		X	X	
9	Doença de Chagas Aguda		X	X	
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional:				
	a. Antraz pneumônico	X	X	X	
	b. Tularemia				
	c. Varíola				
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:				
	a. Arenavírus				
	b. Ebola	X	X	X	
	c. Marburg				
	d. Lassa				
	e. Febre purpúrica brasileira				
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
15	Esquistossomose				X
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X	
18	Febre Amarela	X	X	X	
19	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	

	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
21	Febre Maculosa e outras Rickettsioses	X	X	X	
22	Febre Tifoide		X	X	
23	Hanseníase				X
24	Hantavirose	X	X	X	
25	Hepatites virais				X
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
31	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
32	Leishmaniose Visceral				X
33	Leptospirose			X	
34	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra Amazônica	X	X	X	
35	Óbito: a. Infantil				X
	b. Materno				
36	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
37	Peste	X	X	X	
38	Raiva humana	X	X	X	
39	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
40	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo	X	X	X	
	b. Rubéola				
41	Sífilis: a. Adquirida				X
	b. Congênita				
	c. Em gestante				
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV	X	X	X	
	b. MERS- CoV				
44	Tétano: a. Acidental			X	
	b. Neonatal				
45	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
46	Tuberculose				X
47	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

* Informação adicional:

Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS;

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)
A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.

ANEXO C

Questionário aplicado ao diretor do hospital estadual de
Oiapoque/AP/BR e da unidade de saúde de Saint Georges/GF/FR
Questionnaire appliqué au directeur de l'hôpital oiapoque, relevant de l'état d'Amapá/BR et celui de
l'unité de Santé de St-Georges/GF/FR

Data do preenchimento: ___/___/___ date de réponse

Identificação/identité

Nome/ Nom: _____ Sexo/sexe: _____

Formação Profissional/ Formation professionnelle: _____

Pós-graduação/Diplomé(e) de: _____ Função/ Fonction: _____

Vínculo empregatício/ Poste occupé _____ Carga horária/ Charge de travail: _____

Tempo de atuação no setor/ Ancienneté dans le domaine _____

ESTRUTURA E SERVIÇO OFERTADO/ STRUCTURE ET SERVICES OFFERTS

01. Que tipo de serviço é ofertado à população nesta unidade de saúde? Quels types de services sont offerts à la population de votre unité de santé?

02. Quantos profissionais de saúde atuam neste estabelecimento? Classifique por função. Combien de professionnels de santé travaillent dans votre établissement? Classez-les par fonction.

03. Considera que o quantitativo de profissionais é suficiente? Comente. Croyez-vous que le nombre de professionnels y est suffisant? Expliquez.

04. A estrutura física é adequada para realizar o atendimento ao público e acomodar os profissionais de saúde? Comente. La structure physique est-elle adéquate pour accueillir le public et installer les professionnels de la santé? Expliquez

05. Há materiais e equipamentos suficientes e adequados para o atendimento? Comente. Existe-t-il du matériel et des équipements suffisants et adéquats pour le service? Expliquez.

06. Esta unidade de saúde possui veículo próprio? Comente. Cette unité de santé dispose-t-elle de son propre véhicule? Expliquez.

07. Qual a média mensal de atendimentos? E cite os principais serviços procurados? Quelle est la moyenne mensuelle d'actes de soin ? Citez les principaux services recherchés

08. Dos atendimentos para internações, quais são as principais causas? Quelles sont les principales causes des cas d'hospitalisations?

09. Existe uma normativa para atendimento de estrangeiros? Comente. Existe-t-il une réglementation spécifique pour la prise en charge des étrangers? Expliquez.

10. Incluindo você, quantos da sua equipe falam, leem e escrevem no idioma do país vizinho? Y compris vous, combien de membres de votre personnel parlent, lisent et écrivent la langue du pays voisin?

CONTEXTO DA TROCA DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE NA FRONTEIRA\ CONTEXTE DES ÉCHANGES D'INFORMATIONS SANITAIRES À LA FRONTIÈRE

11. Você tem conhecimento sobre o que rege o Regulamento Sanitário Internacional, quanto a notificação binacional? Comente. Avez-vous connaissance des règles qui régissent les Règlements Sanitaires Internationaux concernant les notifications binationales ? Commentez.

12. Existe algum tipo de interação com a equipe de saúde do país vizinho? Comente. Existe-t-il des interactions entre votre équipe de santé et celle du pays voisin? Expliquez.

13. Explique como ocorre o fluxo das informações das doenças e agravos de notificação compulsórias internamente e externamente neste serviço de saúde. Expliquez le flux d'informations des maladies et leurs aggravations à notification obligatoires obligatoires à l'intérieur et à l'extérieur de votre service de santé.

14. Se a resposta for SIM, qual o meio mais frequente de comunicação entre os profissionais? Si la réponse est OUI, quel est le moyen de communication le plus fréquent entre professionnels?
E-mail telefone/téléphone Presencial/ en personne Outros/ autres ___

15. Existe algum planejamento ou atividade integrado com a equipe de saúde do país vizinho? Comente. Existe-t-il des planifications ou des activités intégrées avec l'équipe de santé du pays voisin? Expliquez.

16. Existe um protocolo ou legislação local formalizando as condições de saúde e como essas devem ser notificadas e investigadas junto com o país vizinho? Existe-t-il un protocole ou une législation locale qui rende formelles les conditions de santé et comment doivent-elles être notifiées et étudiées conjointement avec le pays voisin? Expliquez.

17. Se a resposta anterior for Sim, a troca de informações ocorre de forma claro, adequado e recíproco? Comente. Si la réponse précédente est Oui, les échange d'informations se font de manière claire, appropriée et réciproque? Expliquez.

18. Ocorre intercâmbio de profissionais entre os serviços de saúde do país vizinho? Comente. Y a-t-il des échange de professionnels entre votré unité de santé et les services de santé du pays voisin? Expliquez.

19. Esta unidade de saúde recebe algum fundo financeiro específico por se tratar de um serviço localizado na zona de fronteira internacional? Comente. Votre unité de santé compte-t-elle sur des fonds spécifiques car il s'agit d'un service situé dans une zone frontalière internationale? Expliquez.

20. Caso a resposta anterior seja não, você acha que deveria existir um recurso específico? Justifique. Si la réponse précédente est non, pensez-vous qu'il devrait y avoir des fonds spécifiques? Justifier.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES/ DEFIS ET POSSIBILITES
--

21. Em sua opinião, há algum obstáculo no intercâmbio de informações e condução das atividades entre os serviços de saúde do país vizinho? Comente. A votre avis, existe-t-il des obstacle à l'échange d'informations et à la conduite d'activités entre votre unité et les services de santé du pays voisin? Expliquez.

22. O que você sugere para melhorar as relações binacionais em saúde com o país vizinho? Que suggérez-vous pour améliorer les relations binationales de santé avec le pays voisin?

23. Você identifica que as diferenças na organização dos sistemas de saúde dificultam na condução das atividades com o país vizinho? Croyez-vous que les différences d'organisation entre les systèmes de santé rendent difficile la conduite d'activités avec le pays voisin?

ANEXO D

QUESTIONÁRIO APLICADO AO COORDENADOR DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO AMAPÁ, MUNICÍPIO DE OIAPOQUE/AP/BR E DA GUIANA FRANCESA/GF/FR QUESTIONNAIRE APPLIQUÉ AU COORDINATEUR DE LA VEILLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE L'ÉTAT D'AMAPÁ, COMMUNE D'OIAPOQUE / AP / BR ET DE GUYANE / FR

DATA DO PREENCHIMENTO: ___/___/___ DATE DE REPONSE

IDENTIFICAÇÃO/IDENTITÉ

Nome/ Nom: _____ Sexo/sexe: _____

Formação Profissional/ Formation professionnelle: _____

Pós-graduação/Diplomé(e) de: _____ Função/ Fonction: _____

Vínculo empregatício/ Poste occupé _____ Carga horária/ Charge de travail: _____

Tempo de atuação no setor/ Ancienneté dans le domaine _____

ESTRUTURA E RECURSOS/ LA STRUCTURE ET LES RESSOURCES

RECURSOS HUMANOS/ LES RESSOURCES HUMAINES

1. Quantos profissionais de saúde atuam neste estabelecimento? Classifique por função. Combien de professionnels de santé travaillent dans votre établissement? Classez-les par fonction. Nível superior/ niveau supérieur _____ Nível médio/ Niveau lycée _____

2. Considera que o quantitativo de técnicos é suficiente? Explique. Croyez-vous que le nombre de techniciens est-il suffisant? Expliquez.

ESPAÇO FÍSICO/ ESPACE PHYSIQUE

3. O setor de VE possui espaço próprio? Le domaine VE dispose-t-il d'un espace propre? Se SIM, quantas salas? Si oui, de combien de salles? _____

4. O espaço e o mobiliário disponíveis são suficientes para toda a equipe? Comente sua resposta: L'espace et le mobilier sont-ils suffisants pour tout le personnel? Commentez votre réponse:

RECURSOS MATERIAIS/LESLES RESSOURCES MATÉRIELLES/ VEÍCULOS/ VÉHICULES

5. Quais recursos materiais citados a seguir o setor possui? Quelles sont les ressources matérielles du domaine dont vous disposez?

Acesso à Internet/ Accès internet	Quantos? Combien?			Pen-drive/ Clé USB	Quantos? Combien?	
Impressora/ imprimante	Quantas? Combien?			Computador/ Ordinateur	Quantos? Combien?	
Linha telefônica Exclusiva/ Ligne téléphonique exclusive	Quantos? Combien?			Scanner/ Scanner	Quantos? Combien?	
Aparelho celular exclusivo/ Téléphone portable exclusif	Quantos? Combien?			Máquina fotográfica/ Appareil photo	Quantos? Combien?	
Aparelho com sistema de posicionamento global (GPS)/ Appareil de système de positionnement global (GPS)	Quantos? Combien?			Material de escritório (papel, caneta, pasta, envelopes, etc) Fournitures de bureau (papier, stylos, chemises,		

						enveloppes, etc)		
--	--	--	--	--	--	------------------	--	--

6. Acha que o setor possui recursos materiais suficientes para o desenvolvimento das atividades? Comente. Pensez-vous que le domaine dispose de ressources matérielles suffisantes pour le développement de vos activités? Expliquer.

7. O setor de VE possui veículo próprio? Est-ce que la VE dispose de son propre véhicule? Se SIM, quantos? Si oui, de combien? _____

Se não, existe algum a disposição do setor? Si non, existe-t-il un véhicule mise à votre disposition pour votre domaine?

NORMAS E PROTOCOLOS/ LES NORMES ET LES PROTOCOLES

8. O setor de VE possui Guia de VE? Le domaine VE dispose-t-il d'un Guide VE?

9. O setor de VE possui outras normas e protocolos locais? Se sim, eles estão disponíveis para toda a equipe? Comente: Le domaine de la VE a-t-il d'autres normes et protocoles locaux? Si oui, sont-ils disponibles pour toute l'équipe? Expliquez

10. Existe suporte laboratorial local para realizar exames de interesse da VE? Existe-t-il un support local de laboratoire pour effectuer des examens dans l'intérêt de la VE?

QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA DAS ATIVIDADES/ LA QUALITE TECHNICO-SCIENTIFIQUE DES ACTIVITES

11. Quais Ações/Atividades são desenvolvidas na VE da sua esfera de atuação? Quelles actions / activités sont développées dans la VE de votre sphère d'action?

	Boletins epidemiológicos/ Bulletins épidémiologiques
	Capacitações/treinamentos/ Entraînements / formations
	Campanhas educativas/ Campagnes éducatives
	Investigação/notificação/ Recherche / notification
	Supervisões/monitoramento/ Contrôles / monitoring
	Outros/ Autres _____

12. Comente como ocorre o planejamento das atividades da VE? Comment la planification des activités de la VE se déroule-elle?

13. Existe rotina de monitoramento das ações e indicadores de saúde? Comente sobre a periodicidade, participantes e indicadores monitorados. Existe-t-il une routine de suivi des actions et des indicateurs de santé? Donnez votre avis sur la périodicité, sur les participants et sur les indicateurs suivis.

14. Qual a periodicidade de capacitações ofertada aos técnicos da VE anualmente? Quelle est la périodicité de la formation offerte aux techniciens VE chaque année?

15. Existe atividade educativa junto à população abordando a prevenção e promoção de doenças e agravos de interesse da VE? Comente. Existe-t-il une activité éducatif auprès de la population pour ce qui est de la prévention et de la promotion des maladies et des aggravations intéressant la VE? Expliquez.

CONTEXTO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NA FRONTEIRA/ CONTEXTE DE LA VEILLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE À LA FRONTIÈRE

16. Você conhece a política de Saúde do país vizinho? Explique. Connaissez-vous la politique de santé du pays voisin? Expliquez.

17. Você tem conhecimento sobre o que rege o Regulamento Sanitário Internacional, quanto a notificação binacional? Êtes-vous au courant du Règlement sanitaire international qui concerne la notification binationale?

18. A equipe da VE local realiza algum tipo de interação com a equipe da vigilância do país vizinho? Comente. L'équipe VE locale a-t-elle des interactions avec l'équipe de veille du pays voisin? Expliquez.

19. Se a resposta for SIM, qual o meio mais frequente de comunicação entre os profissionais? Si la réponse est OUI, quel est le moyen de communication le plus fréquent entre les professionnels?

E-mail telefone/ Téléphone Presencial/ en personne Outros/ autres

20. Incluindo você, quantos da sua equipe falam, leem e escrevem no idioma do país vizinho? Y compris vous, combien de membres de votre personnel parlent, lisent et écrivent la langue du pays voisin?

21. Existe algum acordo oficial de cooperação binacional em VE com o país vizinho? Comente. Existe-t-il un accord officiel de coopération binational en VE avec le pays voisin? Expliquez.

22. Como são definidas as prioridades, programas ou ações que possam envolver o país vizinho? Comment sont définies les priorités, les programmes ou les actions pouvant impliquer le pays voisin?

23. Há algum plano de avaliação para as atividades binacionais desenvolvidas em seu nível operacional? Comente. Existe-t-il des projets d'évaluation pour les activités binationales développées à leur niveau opérationnel? Expliquez.

24. Existe um protocolo ou legislação formalizando as condições de saúde e como essas devem ser notificadas e investigadas junto ao país vizinho? Comente. Existe-t-il un protocole ou une législation qui formalise les problèmes de santé et comment devraient-ils être notifiés et étudiés dans le pays voisin? Expliquez.

25. Existem fundos financeiros para prover suporte das atividades da VE na fronteira? Comente. Y a-t-il des fonds pour soutenir les activités de VE à la frontière? Expliquez.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO/ LE SYSTÈME D'INFORMATION

26. Explique como ocorre o fluxo da informação nacional e internacional, em caso suspeito ou confirmado de doença, agravo ou evento de interesse de saúde pública. Expliquez comment le flux d'informations nationales et internationales se produit en cas de maladie, d'aggravation ou d'événement suspecté ou confirmé qui relève de la santé publique.

27. O intercâmbio de informação epidemiológica com o país vizinho é claro, adequado e recíproco? Comente. L'échange d'informations épidémiologiques avec le pays voisin est-il clair, adéquat et réciproque? Expliquez.

28. A informação epidemiológica binacional é transmitida de forma oportuna? Comente. Les informations épidémiologiques binationales sont-elles transmises en temps voulu? Expliquez.

29. Essa informação é suficiente para desencadear medidas de saúde pública? Comente. Cette information est-elle suffisante pour déclencher des mesures de santé publique? Expliquez.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES/ DEFIS ET POSSIBILITES

30. Em sua opinião, há algum obstáculo no intercâmbio de informações e condução das atividades entre os serviços de VE com o país vizinho? Comente. Selon vous, existe-t-il des obstacle à l'échange d'informations et à la conduite d'activités entre votre service de VE et celui du pays voisin? Expliquez.

31. O que você sugere para melhorar as relações binacionais no campo da VE com o país vizinho? Que proposez-vous pour améliorer les relations binationales avec le pays voisin dans le domaine de la VE?

ANEXO E

QUESTIONÁRIO APLICADO AO DIRETOR DO LABORATÓRIO DE FRONTEIRA QUESTIONNAIRE APPLIQUÉ AU DIRECTEUR DU LABORATOIRE DE LA FRONTIÈRE

DATA DO PREENCHIMENTO: ___/___/___ DATE DE RÉPONSE

IDENTIFICAÇÃO/IDENTITÉ

Nome/ Nom: _____ Sexo/sexo: _____

Formação Profissional/ Formation professionnelle: _____

Pós-graduação/Diplomé(e) de: _____ Função/ Fonction: _____

Vínculo empregatício/ Poste occupé _____ Carga horária/ Charge de travail: _____

Tempo de atuação no setor/ Ancienneté dans le domaine _____

ESTRUTURA E RECURSOS/ LA STRUCTURE ET LES RESSOURCES

RECURSOS HUMANOS/ LES RESSOURCES HUMAINES

1. O laboratório é composto por quantos profissionais? De combien de professionnels le laboratoire est-il composé?

Nível superior/ niveau supérieur _____ Nível médio/ Niveau lycée _____

2. Considera que o quantitativo de técnicos é suficiente? Explique.. Croyez-vous que le nombre de techniciens est-il suffisant? Expliquez.

ESPAÇO FÍSICO/ ESPACE PHYSIQUE

3. O laboratório possui espaço próprio? Le laboratoire dispose-t-il de son propre espace?

4. O espaço e o mobiliário disponíveis são suficientes para toda a equipe? Explique. L'espace et le mobilier disponibles sont suffisants pour tout l'équipe? Expliquez.

RECURSOS MATERIAIS/ LES RESSOURCES MATÉRIELLES/ VEÍCULOS/ VÉHICULES

5. Acha que o setor possui recursos materiais suficientes para o desenvolvimento das atividades? Pensez-vous que votre domaine dispose des ressources matérielles suffisantes pour le développement d'activités?

6. Considera que os recursos materiais são adequados e de qualidade para a realização das atividades? Comente. Croyez-vous que les ressources matérielles sont suffisantes et de haute qualité pour mener à bien vos activités? Expliquez.

7. O laboratório possui veículo próprio?/ Le laboratoire dispose-t-il de son propre véhicule?

ORGANIZAÇÃO E RECURSOS FINANCEIROS/ ORGANISATION ET RESSOURCES FINANCIERES

8. Qual a área de abrangência do laboratório?/ Quels sont les domaines que votre laboratoire couvre?

9. Quais os tipos de testes realizados pelo laboratório?/ Quels sont les types de tests effectués par votre laboratoire?

10. Como a população tem acesso aos serviços do laboratório?/ Comment la population a-t-elle accès aux services du laboratoire?

11. Quais são as fontes de financiamento do laboratório?/ Quelles sont les sources de financement du laboratoire?

12. O recurso financeiro é suficiente para as atividades do laboratório como supervisão, materiais para coleta, envio de amostras e realização dos testes diagnósticos? Exemplique.

Les ressources financières sont-elles suffisantes pour les activités de laboratoire telles que la supervision, les matériaux pour la collecte d'échantillons, l'envoi des échantillons et les tests de diagnostic? Exemples.

13. Com que frequência é realizado treinamento, capacitações e atualizações técnicas para os profissionais do laboratório? Avec quelle fréquence les capacitations, les formations et les remises à niveau techniques sont-elles effectuées pour les professionnels de votre laboratoire?

CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL FRONTEIRIÇO/ CONTEXTE POLITICO-INSTITUTIONNEL FRONTALIER

14. Você tem conhecimento sobre o que rege o Regulamento Sanitário Internacional, quanto a notificação binacional? Comente. Avez-vous connaissance des Règlements sanitaires internationaux concernant les notifications binationales? Expliquez.

15. A quanto tempo o laboratório existe nesta localidade? Depuis combien de temps le laboratoire existe dans cette commune?

16. O laboratório realiza algum tipo de interação com o seu homólogo no país vizinho? Comente. Le laboratoire effectue un certain type d'interaction avec son homologue dans le pays voisin? Expliquez.

17. Se a resposta for SIM, qual o meio mais frequente de comunicação entre os profissionais?
Si la réponse est OUI, quel est le moyen de communication le plus fréquent entre les professionnels?
E-mail telefone/téléphone Presencial/en personne Outros/autres

18. Existe algum acordo oficial, colaboração, suporte e/ou troca de tecnologia entre seu laboratório com o país vizinho? Explique. Existe-t-il un accord officiel, une collaboration, un soutien et / ou un échange de technologies entre votre laboratoire et celui du pays voisin? Expliquez.

19. Os métodos de testes diagnósticos e painéis de controle de qualidade são padronizados e harmonizados com laboratório do país vizinho? Explique. Les méthodes de tests de diagnostic et les panneaux de contrôle de qualité sont-ils normalisés et harmonisés avec ceux du laboratoire du pays voisin? Expliquez.

20. Como são definidas as prioridades, programas ou ações que possam envolver os profissionais do laboratório do país vizinho? Comment sont définies les priorités, les programmes ou les actions pouvant impliquer les professionnels du laboratoire du pays voisin?

21. Existe um protocolo ou legislação local, formalizando as condições de saúde e como essas devem ser notificadas e investigadas junto com o país vizinho? Comente. Existe-t-il un protocole ou une législation locale qui formalise les problèmes de santé et comment devraient-ils être notifiés et étudiés conjointement avec le pays voisin? Expliquez.

22. Incluindo você, quantos da sua equipe falam, leem e escrevem no idioma do país vizinho?
Y compris vous, combien de membres de votre personnel parlent, lisent et écrivent la langue du pays voisin?

DESAFIOS E POSSIBILIDADES/ DEFIS ET POSSIBILITES

23. Em sua opinião, qual é o maior obstáculo para ocorrência do intercâmbio de informações e de profissionais entre o seu laboratório com a do país vizinho? A votre avis, quel est le plus gros obstacle à l'échange d'informations et de professionnels entre votre laboratoire et celui du pays voisin?

24. Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar as atividades entre o seu laboratório com o do país vizinho? Selon vous, que pourrait-on faire pour améliorer les activités entre votre laboratoire et celui du pays voisin?

25. Na sua opinião, como as esferas superiores poderiam prover maior suporte para conduzir as atividades de cooperação entre os laboratórios de fronteira? A votre avis, comment les hautes sphères pourraient-elles fournir un plus fort soutien pour mener les activités de coopération entre laboratoires frontaliers?

ANEXO F

QUESTIONÁRIO APLICADO AO GESTOR PÚBLICO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE/AP/BR E AGÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DA GUIANA FRANCESA-FR QUESTIONNAIRE APPLIQUÉ AU SECRÉTAIRE À LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA COMMUNE D' OIAPOQUE / AP / BR ET AU DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ DE GUYANE-FR

DATA DO PREENCHIMENTO: ___/___/___ DATE DE RÉPONSE

IDENTIFICAÇÃO/IDENTITÉ

Nome/ Nom: _____ Sexo/Isexe: _____

Formação Profissional/ Formation professionnelle: _____

Pós-graduação/Diplomé(e) de: _____ Função/ Fonction: _____

Vínculo empregatício/ Poste occupé _____ Carga horária/ Charge de travail: _____

Tempo de atuação no setor/ Ancienneté dans le domaine _____

CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL/ CONTEXTE POLITICO-ORGANISATIONNEL

1. Como está inserida a Vigilância Epidemiológica (VE) no organograma desta instituição de saúde? Comment la veille épidémiologique est-elle insérée dans l'organigramme de votre établissement de santé?

2. Quais são as atribuições e competências da VE no seu país. Quelles sont les responsabilités et les compétences de la VE dans votre pays?

3. Considera que os recursos humanos, materiais, o espaço físico e veículos são suficientes e adequados para a realização das atividades do setor? Comente. Croyez-vous que les moyens humains, matériels, physiques et les véhicules sont suffisants et adéquats pour mener à bien les activités du secteur VE? Expliquez.

CONTEXTO POLÍTICO-INSTITUCIONAL FRONTEIRIÇO/ CONTEXTE POLITICO-INSTITUTIONNEL À LA FRONTIÈRE

4. Você conhece a política de Saúde do país vizinho? Explique. Connaissez-vous la politique de santé du pays voisin? Expliquez.

5. Você tem conhecimento sobre o que rege o Regulamento Sanitário Internacional, quanto a notificação binacional? Êtes-vous au courant du Règlement sanitaire international qui concerne la notification binationale?

6. A VE de fronteira e a notificação binacional são reconhecidas como prioridades na gestão? Explique. La VE à la frontière et les notifications binationales sont-elles reconnues comme des priorités dans votre gestion? Expliquez.

7. Como você avalia a participação do setor saúde nas reuniões da Comissão Mista Transfronteiriça Brasil-França (COMISTA)? Quais os principais temas tratados? Comment évaluez-vous la participation du domaine de la santé aux réunions de la Commission mixte transfrontalière Brésil-France (CMT)? Quels en sont les principaux sujets?

8. Na temática VE como você avalia a efetividade nas propostas e acordos estabelecidos com o país vizinho? Dans la thématique VE, comment évaluez-vous l'efficacité des propositions et des accords signés avec le pays voisin?

9. Existem fundos financeiros para prover suporte para as atividades da VE na fronteira? Explique. Y a-t-il des fonds pour soutenir les activités de la VE à la frontière? Expliquez.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NA FRONTEIRA/ VEILLE SANITAIRE À LA FRONTIÈRE

10. A gestão de saúde realiza algum tipo de interação com a equipe de saúde do país vizinho? Comente. La gestion de la santé française possède-t-elle des interactions avec l'équipe de santé du pays voisin? Expliquez.

11. Explique como se dá o processo de planejamento das ações em saúde na fronteira? Expliquez comment le processus de planification des actions dans la santé se déroule-t-il à la frontière

12. Existe curso de língua estrangeira para os técnicos da saúde? Comente. Y a-t-il cours de langue étrangère pour les techniciens de la santé? Expliquez.

13. Existe algum acordo oficial de cooperação em VE com o país vizinho? Y a-t-il un accord officiel de coopération en VE avec le pays voisin? Se sim, cite e comente a sua efetividade: Si oui, veuillez citer et commenter son efficacité:

14. Há algum plano de avaliação para as atividades binacionais desenvolvidas? Explique. Existe-t-il des plans d'évaluation des activités développées bilatéralement? Expliquez.

15. Ocorre intercâmbio de informações em saúde com o respectivo nível do país vizinho? Se sim, eles são adequados e recíprocos? Explique. Existe-t-il des échanges d'informations sur la santé avec le niveau hiérarchique correspondant du pays voisin? Si oui, sont-ils appropriés et réciproques? Expliquez.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES/ DEFIS ET POSSIBILITES

16. Em sua opinião, há algum obstáculo no intercâmbio de informações e condução das atividades da VE com o país vizinho? Se sim, cite-os: A votre avis, existe-t-il des obstacles à l'échange d'informations et à la conduite des activités de VE avec le pays voisin? Si oui, citez-les:

17. O que você sugere para melhorar as relações binacionais, no campo da VE com o país vizinho? Que proposez-vous pour améliorer les relations binationales avec le pays voisin dans le domaine de la VE?

18. Na sua opinião, como as esferas superiores poderiam prover maior suporte para conduzir as atividades de cooperação entre os serviços de saúde na fronteira? A votre avis, comment les hautes sphères pourraient-elles fournir un plus fort soutien pour mener les activités de coopération entre les services de santé frontaliers?