



MÉTRICAS DE OPORTUNIDADES 7-1-7 COM APLICAÇÃO NO BRASIL

INTRODUÇÃO

Eventos de emergência em saúde pública

No início do Século XX a estrutura urbana das cidades do Brasil era precária e insalubre. Foi a partir deste período que ocorreu a organização da resposta governamental por meio de sanitaristas como Oswaldo Cruz, Emílio Ribas, Vital Brazil, Carlos Chagas entre outros. Em 1904, Oswaldo Cruz implementa a vacinação compulsória para conter a epidemia de Varíola, resultando em revolta popular que ficou conhecida na saúde pública brasileira como a “Revolta da Vacina”, sendo o primeiro movimento Antivacina organizado na história do Brasil¹.

Na primeira metade da década de 1970, o Brasil foi afetado por uma das maiores epidemias de meningite da história. A epidemia começou em Santo Amaro, na região metropolitana de São Paulo, e teve um início insidioso até explodir, causando 2.500 mortes na capital paulistana, em 1974. Mesmo com a incidência de casos saltando a cada ano, e com mortalidade oscilando de 12% a 14% dos doentes, o governo não dava transparência à situação e negava a existência de epidemia, censurando os jornais e médicos da época, passando a ser reconhecida somente em 1974, com hospitais em colapso, o governo começa a reconhecer o problema². A resposta à este evento fortaleceu o movimento da reforma sanitária brasileira que resultou na criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e criação do Programa Nacional de Imunização (PNI), com a publicação da Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975³.

Após três décadas desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 12 de julho de 2018 o Brasil estabelece uma Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Este documento é fruto de um acúmulo histórico de experiências e muitos debates em todo o território nacional. Neste documento se estabelece o conceito mais moderno de Emergência de Saúde Pública no Brasil.

¹ A Revolta da Vacina. Fiocruz. <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2> (accessed Oct 27, 2020).

² FCMSp. A Epidemia De Meningite Que A Ditadura Militar No Brasil Tentou Esconder Da População. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2020; published online June 9. <https://fcmsantacasasp.edu.br/a-epidemia-de-meningite-que-a-ditadura-militar-no-brasil-tentou-esconder-da-populacao/> (accessed Feb 8, 2022).

³ Brasil GF. Lei no 6.259/1975 - Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. 1975 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm#:~:text=L6259&text=LEI%20No%206.259%2C%20DE%2030%20DE%20OUTUBRO%20DE%201975.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20das,doen%C3%A7as%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.





A pandemia da COVID-19 deixou as vistas a necessidade da revisão e aprofundamento das lições aprendidas em “tempo real” para o fortalecimento das estruturas de resposta, visando construir uma cultura institucional de **Preparação e Resposta às Emergências em Saúde Pública**. Além dos novos vírus, doenças antigas como febre amarela, ebola, dengue e outras nos assolam de forma rotineira. As emergência em saúde pública é aquela situação que demanda esforços urgentes de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população. Nesse sentido, as emergências em saúde se tornam alvo das políticas públicas internacionais, discussão essa que foi definida na Assembleia Mundial da Saúde, em 2005 (RSI)⁴ e um novo conceito foi estabelecido, desta vez não restrito às doenças de natureza infecciosa.

Segundo a OMS as medidas de defesas tradicionais empregadas nas fronteiras nacionais são insuficientes para proteger contra a invasão de uma doença ou vetor e a vulnerabilidade é universal.⁵

Sobre o 7-1-7

Em recente publicação, Frieden et al. (2020), **7-1-7: an organising principle, target, and accountability metric to make the world safer from pandemics**, destaca a importância e oportunidade dos países, estados e municípios serem capazes de detectar, notificar e responder oportunamente e com eficácia a qualquer nova ameaça à saúde⁶. A detecção oportuna envolve a capacidade de envolver o cidadão nesta cadeia de detecção e resposta. Smolinski et al (2017) destaca que a capacidade para mensurar o tempo entre o início do evento e a detecção, a notificação, a verificação, a resposta e a comunicação podem ajudar no monitoramento e, deste modo, gerar uma cultura de segurança e proteção que permita reduzir os impactos negativos dessas situações. No entanto, a saúde pública global ainda carece de métricas mais sensíveis, específicas, padronizadas e de fácil implementação que permitam captar melhor estas nuances⁷.

A saúde pública brasileira possui um amplo e atualizado arcabouço normativo nacional e subnacional. O marco principal para a detecção está normatizado pela própria Constituição Federativa do Brasil que descreve, nos Artigos 196 a 200, a criação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada, descentralizada,

⁴ OMS. Regulamento Sanitário Internacional 2005. 2005.

⁵ El Informe sobre la salud en el mundo 2007: Un porvenir más seguro - Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud.
<https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-salud-mundo-2007-porvenir-mas-seguro-proteccion-salud-publica-mundial> (accessed Nov 9, 2020).

⁶ Frieden TR, Lee CT, Bochner AF, Buissonnière M, McClelland A. 7-1-7: an organising principle, target, and accountability metric to make the world safer from pandemics. *The Lancet* 2021; 398: 638–40.

⁷ Smolinski MS, Crawley AW, Olsen JM. Finding Outbreaks Faster. *Health Security* 2017; 15: 215–20.





de atendimento integral e com participação social⁸. É por meio desta que ocorre a detecção de casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e eventos que podem se configurar em surtos, epidemias e emergências em saúde pública local, estadual, nacional e até internacional, como ocorreu com a Síndrome da Zika Congênita em 2015-2016 no Brasil⁹.



A **DETECÇÃO** é uma métrica que se dá de modo passivo a partir de notificação compulsória estabelecida na Lei nº 6.259/1975, sendo realizada por profissionais de saúde e por gestores de unidade de serviços de saúde e ensino. Mas também é realizada de modo ativo, por meio de vigilância de rumores detectados na mídia, recebidos de cidadãos ou mesmo pela análise de sistemas de informação com a detecção de alteração no padrão epidemiológico¹⁰.

A **NOTIFICAÇÃO** é realizada com base em uma Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos. Esta lista é editada desde 1961 e passa por modificações regulares a depender do cenário epidemiológico. Todos os casos suspeitos ou confirmados devem ser notificados de acordo com a relação atualizada na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, como varicela no estado de Minas Gerais ou difilobotríase no município de São Paulo.^{5,11}

⁸ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988
https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:constituicao:1988-10-05:1988#con1988_07.05.2020/art_200_.asp (accessed Nov 15, 2021).

⁹ e Oliveira WK, de França GVA, Carmo EH, Duncan BB, de Souza Kuchenbecker R, Schmidt MI. Infection-related microcephaly after the 2015 and 2016 Zika virus outbreaks in Brazil: a surveillance-based analysis. *The Lancet* 2017; 390: 861–70.

¹⁰ Brasil GF. Lei no 6.259/1975 - Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. 1975
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6259.htm#:~:text=L6259&text=LEI%20No%206.259%2C%20DE%2030%20DE%20OUTUBRO%20DE%201975.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20das,doen%C3%A7as%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A

¹¹ BRASIL. Portaria de Consolidação no 4, de 28 de Setembro de 2017, anexo V - Capítulo I - LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS DE





A **RESPOSTA** às Emergências em Saúde Pública no Brasil passa para uma nova fase histórica com a criação do SUS e a definição do escopo de responsabilidade, por meio da execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, que incluem as medidas para controlar, fiscalizar e fomentar a produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos, descritos no Artigo 200.⁵ Derivado deste, as responsabilidades da União, Estados, Distrito Federal e Municípios estão descritas no conjunto de normas que permitiu um arranjo federativo em que, apesar de serem entes politicamente autônomos e sem vinculação hierárquica, cooperam entre si para cumprir as responsabilidades e isso permite um trabalho coordenado, fator fundamental na resposta às emergências. Em 12 julho de 2018 foi aprovada a primeira **Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**, como resultado de um amplo debate que envolveu todos os Municípios, Estados e Distrito Federal, culminando na I Conferência Nacional de Saúde (CNS).¹² No entanto, sua implementação ficou incipiente em decorrência da eleição federal de 2018 e posteriormente da Pandemia de COVID-19. Ou seja, está é uma agenda por implementar.

ESTUDO RETROPECTIVO

O estudo retrospectivo teve como objetivo avaliar a aplicabilidade e utilidade das métricas 7-1-7, a partir de eventos epidemiológicos que ocorreram no período de 2020 e 2021, durante a Pandemia de COVID-19, por meio da avaliação da oportunidade de detecção em até 7 dias a partir do início do evento de saúde pública, da oportunidade de notificação dentro das primeiras 24 horas (1 dia) para as demais esferas de gestão e oportunidade de resposta dentro dos primeiros 7 dias, visando controlar e encerrar o evento neste tempo. Além disso, foram coletados fatores que interferiram de forma a facilitar ou dificultar no tempo de oportunidade das métricas, sendo esses dados coletados de forma qualitativa e posteriormente categorizado para facilitar a análise dos resultados.

MÉTODOS

Tipo de estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo com base em avaliação retrospectiva dos tempos de detecção, notificação e resposta aos eventos de saúde pública ocorridos entre 2020 e 2021.

Para a realização do estudo foi elaborado formulário eletrônico com base no suplemento do artigo **7-1-7: an organising principle, target, and accountability metric to make**

SAÚDE PÚBLICA. 2017 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html (accessed Oct 28, 2020).

¹² CNS. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), Resolução. 2018 <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.





the world safer from pandemics, escrito por Frieden, Thomas R et al. E publicado na revista The Lancet, Volume 398, Issue 10300, 638 – 640, em 6 de julho de 2021.⁶

A amostragem foi por conveniência de acordo com a disponibilidade dos parceiros locais, que se esforçaram em colaborar com o levantamento das informações sobre os eventos em meio a sobrecarga de trabalho devida a pandemia de COVID-19.

Foi elaborado um formulário para a coleta de dados e os eventos selecionados são aprofundados com base em entrevista com as autoridades responsáveis no Estado ou Município pela resposta. Neste momento, são aprofundadas as questões relativas às métricas do 7-1-7, sendo elas detecção, notificação e resposta.

Aspectos éticos

As fontes de dados para este trabalho são informações de domínio público previstas na Lei de Acesso à Informação Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. As análises utilizam dados agregados sem possibilidade de identificação individual, sem acesso às Base de Dados referentes aos Sistemas de Informação. Conforme previsto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 510, de 7 de abril de 2016, não há indicação de registro e avaliação pelo sistema CEP/CONEP.^{13, 14} Este trabalho também não se enquadra na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) Nº 13.709, de 14 de agosto e 2018.¹⁵ Mesmo trabalhando de forma anonimizada e agregada, só foram apresentados resultados dos eventos em que as instituições que coletaram os dados enviaram termos de anuência assinado pelo representante local.

Validação

Com base nos dados fornecidos pelas autoridades de saúde participantes, foi realizada a limpeza e validação com exclusão de eventos iniciados antes de 2020 e eventos sem registro de casos em humanos.

RESULTADOS

Um total de 10 eventos foram considerados, sendo as secretarias estaduais de saúde do Pernambuco, Santa Catarina, Amazonas, Rio de Janeiro e secretarias municipais de saúde do Rio de Janeiro e Recife tendo responsáveis locais pela coleta das informações.

¹³ CNS. Resolução CEP/CONEP - 510, de 7 de abril de 2016. Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. 2018 http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/NORMAS-RESOLUCOES/Resolucao_n_510_-_2016_-_Cincias_Humanas_e_Sociais.pdf.

¹⁴ BRASIL. Lei de Acesso à Informação No 12.527, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2011. 2011; published online Nov 18. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm.

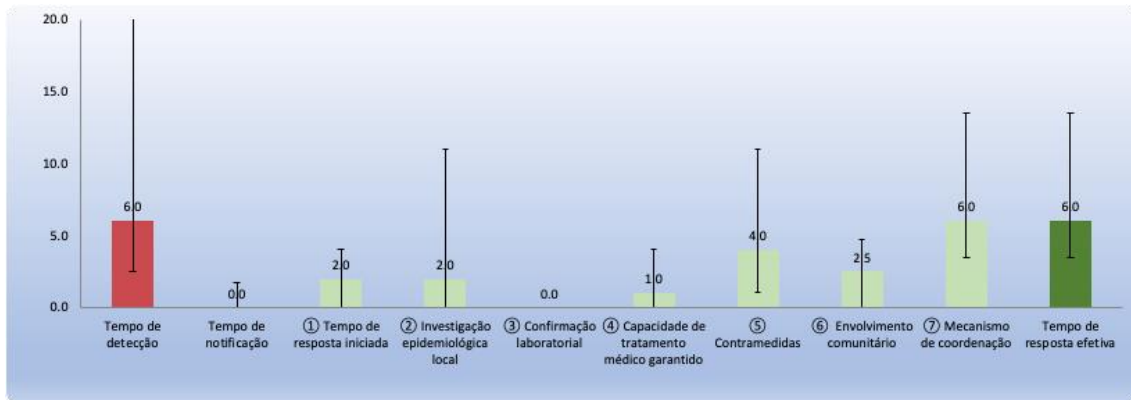
¹⁵ BRASIL. Lei Geral de Proteção de Dados No 13.709, de 14 de agosto de 2018. 2018 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm.





A Figura 1 mostra a média de dias e o intervalo interquartílico das componentes das métricas 7-1-7 nos eventos analisados no Brasil. A média de detecção dos eventos foi de 6 dias, sendo a notificação 1 dia e o tempo de resposta efetiva de 6 dias.

Figura 1 - Mediana e intervalo interquartílico das métricas 7-1-7 em dias



Metade (50%) dos eventos analisados conseguiram detectar o evento em até 7 dias. A notificação se mostrou com o melhor comprimento de meta, chegando a 80% de notificação em 1 dia. Por fim, 60% das respostas efetivas ocorreram em até 7 dias.

Figura 2 – Proporção de eventos que atingiram a meta 7-1-7 segundo métricas

Métrica 7-1-7	Detecção	Notificação	Resposta
Atingiram a meta	50%	80%	60%

Ao analisar os fatores que interferem de forma negativa (dificultadores) e positiva (facilitadores) os tempos das métricas 7-1-7, o principal dificultador foi a lacuna de recursos humanos para a saúde pública que representou quase 11% do total de dificultadores. Por outro lado, foi nas linhas de “comunicação, em vários níveis do sistema público de saúde”, que foram identificados os principais facilitadores, chegando a quase 26% das forças mencionadas.

No período de **detecção**, os dificultadores mais citados foram: “Baixa consciência ou suspeita clínica por parte dos profissionais de saúde”, “Sistema de vigilância fraco”, “Baixa consciência ou suspeita clínica por parte dos profissionais de saúde”, “Prioridades concorrentes (incluindo COVID-19)”, “Falha de coordenação, comunicação ou comunicação” e “Confirmação laboratorial”, cada um representando 13,3%. Ainda na detecção, os facilitadores nas linhas de comunicação, em vários níveis do sistema público de saúde, representaram 31,6% do total observado.





O “desafio tecnológico para sistemas eletrônicos de vigilância/relatórios” se mostrou como o dificultador mais frequente na métrica **notificação**, tendo sido mencionado em 25% das respostas.

Por outro lado, a “força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta” foi identificada como facilitador em 37,5% das respostas no período de notificação.

Por fim, no levantamento dos fatores relacionados à **resposta**, os itens “Lacunas de recursos humanos para a saúde pública” e “Problemas de acesso (configurações remotas, frágeis e de conflito)” foram os principais dificultadores, ambos com 15,8%. Já entre os facilitadores, “Fortes linhas de comunicação em vários níveis do sistema público de saúde” e “Força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta” foram as categorias mais mencionadas, 21,1% das respostas.

O cenário completo de distribuição das respostas sobre os facilitadores e dificultadores encontrados ao longo dos processos estudados nos dez eventos de saúde selecionados no Brasil, pode ser conferido nas tabelas abaixo. Na tabela 1, constam os resultados considerando as diferentes etapas. Nas tabelas subsequentes, o resultado é separado por etapa, ou seja, **detecção, notificação e resposta**.

Tabela 1 – Distribuição de frequência dos fatores facilitadores e dificultadores mencionados

Fatores respondidos	n	%
Dificultadores	46	100
Lacunas de recursos humanos para a saúde pública	5	10,9
Problemas de acesso (configurações remotas, frágeis e de conflito)	5	10,9
Confirmação laboratorial	4	8,7
Falha de coordenação, comunicação ou comunicação	4	8,7
Prioridades concorrentes (incluindo COVID-19)	4	8,7
Desafio tecnológico para sistemas eletrônicos de vigilância/relatórios	3	6,5
Sistema de vigilância fraco	3	6,5
Patógeno novo ou inesperado	2	4,3
Baixa consciência ou suspeita clínica por parte dos profissionais de saúde	2	4,3
Força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta	2	4,3
Fraca coordenação interna e estruturas de comunicação	2	4,3
Baixa consciência ou suspeita clínica por parte dos profissionais de saúde	2	4,3
Um compartilhamento/colaboração de informações de saúde	1	2,2





Falta de força de trabalho em saúde treinada	1	2,2
Planos de prontidão operacional existem, mas não foram implementados	1	2,2
Fortalecer a confiabilidade, dos sistemas, eletrônicos de vigilância/relatórios	1	2,2
Falta de capacidade de gerenciamento de EOC/Incidente para preparação e resposta	1	2,2
Demora na procura de cuidados pelo paciente	1	2,2
Logística e atrasos no envio	1	2,2
Disponibilidade limitada de contramedidas ou EPI	1	2,2
Facilitadores	54	100
Fortes linhas de comunicação em vários níveis do sistema público de saúde	14	25,9
Força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta	14	25,9
Colaboração multissetorial e multidisciplinar (incluindo parceiros)	5	9,3
Fortes planos de preparação implementados	3	5,6
Mecanismo de resposta coordenada rápida em vigor	3	5,6
Capacidade de gerenciamento de casos	2	3,7
Coleta de espécimes iniciais	2	3,7
Forte suspeita clínica/conhecimento da definição de caso pelos profissionais de saúde	1	1,9
Implantação do sistema eletrônico de vigilância IDSR	1	1,9
Mecanismos de equipe de resposta multissetorial/disciplinar em vigor	1	1,9
(Dados) Fortes linhas de comunicação em níveis do sistema público de saúde	1	1,9
Transporte de espécimes	1	1,9
Disponibilidade de recursos para início de resposta ou mobilização rápida de recursos	1	1,9
Disponibilidade de sistema de vigilância baseado em eventos	1	1,9
Forte comunicação/relatórios entre os sistemas clínicos e de saúde pública	1	1,9
Capacidade de saúde pública transfronteiriça ou de pontos de entrada	1	1,9
Disponibilidade de vigilância comunitária ou baseada em eventos	1	1,9





Tabela 2 – Distribuição de frequência dos fatores facilitadores e dificultadores mencionados na detecção

Detecção	n	%
Dificultadores	15	100
Baixa consciência ou suspeita clínica por parte dos profissionais de saúde	2	13,3
Sistema de vigilância fraco	2	13,3
Baixa consciência ou suspeita clínica por parte dos profissionais de saúde	2	13,3
Prioridades concorrentes (incluindo COVID-19)	2	13,3
Falha de coordenação, comunicação ou comunicação	2	13,3
Confirmação laboratorial	2	13,3
Demora na procura de cuidados pelo paciente	1	6,7
Falta de força de trabalho em saúde treinada	1	6,7
Problemas de acesso (configurações remotas, frágeis e de conflito)	1	6,7
Facilitadores	19	100
Fortes linhas de comunicação em vários níveis do sistema público de saúde	6	31,6
Força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta	4	21,1
Fortes planos de preparação implementados	2	10,5
Colaboração multissetorial e multissetorial (incluindo parceiros)	2	10,5
Coleta de espécimes iniciais	1	5,3
Disponibilidade de vigilância comunitária ou baseada em eventos	1	5,3
Capacidade de gerenciamento de casos	1	5,3
Transporte de espécimes	1	5,3
Forte suspeita clínica/conhecimento da definição de caso pelos profissionais de saúde	1	5,3





Tabela 3 – Distribuição de frequência dos fatores facilitadores e dificultadores mencionados na notificação

Notificação	n	%
Dificultadores	12	100
Desafio tecnológico para sistemas eletrônicos de vigilância/relatórios	3	25
Patógeno novo ou inesperado	2	16,7
Falha de coordenação, comunicação ou comunicação	2	16,7
Lacunas de recursos humanos para a saúde pública	2	16,7
Necessidade de fortalecer ou melhorar a confiabilidade dos sistemas eletrônicos de vigilância/relatórios	1	8,3
Problemas de acesso (configurações remotas, frágeis e de conflito)	1	8,3
Força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta	1	8,3
Facilitadores	16	100
Força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta	6	37,5
Fortes linhas de comunicação em vários níveis do sistema público de saúde	4	25
Forte comunicação/relatórios entre os sistemas clínicos e de saúde pública	1	6,3
Disponibilidade de sistema de vigilância baseado em eventos	1	6,3
Implantação do sistema eletrônico de vigilância IDSR	1	6,3
Fortes planos de preparação implementados	1	6,3
(Dados) Fortes linhas de comunicação em vários níveis do sistema público de saúde	1	6,3
Colaboração multissetorial e multissetorial (incluindo parceiros)	1	6,3





Tabela 4 – Distribuição de frequência dos fatores facilitadores e dificultadores mencionados na resposta

Resposta	n	%
Dificultadores	19	100
Lacunas de recursos humanos para a saúde pública	3	15,8
Problemas de acesso (configurações remotas, frágeis e de conflito)	3	15,8
Prioridades concorrentes (incluindo COVID-19)	2	10,5
Confirmação laboratorial	2	10,5
Fraca coordenação interna e estruturas de comunicação	2	10,5
Um compartilhamento/colaboração de informações de saúde	1	5,3
Logística e atrasos no envio	1	5,3
Planos de prontidão operacional existem, mas não foram implementados	1	5,3
Força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta	1	5,3
Sistema de vigilância fraco	1	5,3
Disponibilidade limitada de contramedidas ou EPI	1	5,3
Falta de capacidade de gerenciamento de EOC/Incidente para preparação e resposta	1	5,3
Facilitadores	19	100
Fortes linhas de comunicação em vários níveis do sistema público de saúde	4	21,1
Força de trabalho em saúde treinada em vigilância e resposta	4	21,1
Mecanismo de resposta coordenada rápida em vigor	3	15,8
Colaboração multissetorial e multissetorial (incluindo parceiros)	2	10,5
Disponibilidade de recursos para início de resposta ou mobilização rápida de recursos	1	5,3
Coleta de espécimes iniciais	1	5,3
Mecanismos de equipe de resposta multissetorial/disciplinar em vigor	1	5,3
Capacidade de saúde pública transfronteiriça ou de pontos de entrada	1	5,3
Capacidade de gerenciamento de casos	1	5,3
Capacidade de diagnóstico laboratorial	1	5,3





CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados consolidados, observou-se que as Métricas 7-1-7 apresentaram utilidade para avaliação rápida da performance da resposta do sistema de saúde. Destaca-se:

- Simplicidade e objetividade nos requisitos para mensuração;
- Campos que são relativamente fáceis de serem recuperados em mensagens, sistema de informação e relatórios de campo;
- A métrica de notificação está prevista em leis e normativos nacionais, estaduais e municipais, tratando-se, portanto, de um indicador que já é formal na estrutura da saúde pública do Brasil e de fácil compreensão;
- A métrica de resposta contém elementos do Plano Nacional de Resposta às Emergências e Planos de Contingência, sendo também de fácil compreensão e execução.
- Dependendo do evento, é preciso verificar a viabilidade de utilização das métricas, já que a depender das síndromes e tipologias não é possível fazer todo o processo nesse período. No entanto, para a maior parte das doenças transmissíveis, as métricas são aplicáveis.

As Métricas 7-1-7 são úteis e aplicáveis sob certas condições operacionais, mas é necessário que se aprimore alguns aspectos. No período de **detecção**, a data de início é um elemento bastante controverso e de difícil recuperação para alguns eventos, mesmo retrospectivamente. Ficou evidenciado no estudo que é possível ter uma boa referência do período de início. Além disso, algumas doenças necessitam de um período maior que sete dias para serem confirmadas. No entanto, 7 dias engloba o período de incubação da maioria das doenças transmissíveis de interesse para saúde pública.

No âmbito da **notificação**, a métrica está de acordo com a padronização e normatização brasileira. Portanto, não foge do que já é preconizado para notificação de doenças compulsórias, prevista na Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975 que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças. No contexto brasileiro, é possível que exista dupla interpretação sobre qual é o momento exato da notificação, ou seja, o ato de comunicar às autoridades pelo meio mais rápido (seja qual for ele) ou o ato de inserir as informações em um sistema de informação em saúde, no Brasil geralmente é o SINAN. Aqui, se entende que a notificação se dá no momento em que as autoridades são informadas, independente do meio que a formalização é feita. O ato de inserção no sistema de informação pode ser identificado como “registro” do evento.

O aspecto mais complexo das métricas é a definição do período de **resposta**. Em muitos momentos, não é possível determinar exatamente as datas de referência e como contabilizá-las





nas métricas. A depender da tipologia, magnitude e características locais, um evento pequeno pode apresentar elementos que necessitam de maior investimento de tempo, não sendo possível, mesmo que a vigilância seja eficiente, de finalizar a resposta em 7 dias. No entanto, é importante enfatizar que a metodologia prevê que os sete dias de respostas sejam utilizados para a estruturação de uma estratégia eficaz de resposta, mesmo que o evento não termine naquele momento.

Sendo assim, as métricas 7-1-7 foram estruturadas de forma a criar parâmetros claros de análise dos processos de detecção, notificação e resposta de eventos epidemiológicos. Apesar de a aplicação ter se mostrado com dificuldades pontuais, as métricas são úteis para a maior parte dos casos de interesse epidemiológico. Utiliza-las como forma de avaliar o trabalho de vigilância e de referência como “metas a serem alcançadas” pode ser de grande valia para as Secretarias Municipais e Estaduais brasileiras.

