

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde



2_a

EXPOEPI

*Mostra Nacional
de Experiências
Bem-sucedidas em
Epidemiologia,
Prevenção e Controle
de Doenças*

Resumo dos Trabalhos Apresentados

**17 a 20 de setembro de 2002
Fortaleza/CE**

Série D. Reuniões e Conferências

Brasília – DF
2003

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série D. Reuniões e Conferências

Tiragem: 10.000 exemplares

Edição:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Núcleo de Comunicação

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1.º andar, sala 134

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1.º andar, sala 119

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 3653 / 315 3654 / 315 3655

Fax: (61) 226 4002

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

EXPOEPI Mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças (2: 2002: Fortaleza, CE).

2.ª EXPOEPI Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, 17 a 20 de setembro de 2002: resumo dos trabalhos apresentados / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

96 p. – (Série D. Reuniões e Conferências)

1. Epidemiologia. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WA 105

Apresentação

A partir da descentralização das ações nas três esferas de gestão - federal, estadual e municipal - a epidemiologia aplicada aos serviços de saúde tem enfrentado os desafios impostos por este processo. Como o mesmo traz, conseqüentemente, melhor definição das competências e responsabilidades, houve a necessidade de realizar alterações significativas no tocante à análise da situação de saúde, identificação de problemas prioritários na vigilância em saúde e implementação de estratégias eficientes e oportunas de prevenção e controle de doenças.

Para estimular tais avanços, desde 2001 o Ministério da Saúde vem provendo a Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças - EXPOEPI, evento anual cujo objetivo maior é divulgar os serviços de saúde que mereceram destaque em atividades relevantes para a saúde pública.

A primeira Mostra ocorreu em Brasília, no período de 19 a 21 de novembro de 2001; a segunda, em Fortaleza/CE, de 17 a 20 de setembro de 2002. Ambas foram realizadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde, cujas atribuições foram absorvidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, a partir de junho de 2003.

A 2ª EXPOEPI divulgou os serviços que no período 2001/2002 obtiveram resultados consistentes na vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores; vigilância, prevenção e controle de doenças imunopreveníveis; vigilância ambiental; inovações na organização de serviços de vigilância, prevenção e controle de doenças e outros agravos; sistemas de informação e análise da situação de saúde.

A 2ª EXPOEPI, que teve a participação de mais de 700 profissionais de saúde de todo o país, recebeu 221 trabalhos, dos quais 15 foram selecionados para apresentação oral - sendo oito premiados - e outros 15 para apresentação em formato de pôster.

A seleção dos trabalhos expostos oralmente, feita por membros da Comissão Científica, atendeu-se aos critérios de relevância, adequação dos métodos empregados, apresentação dos resultados, conclusões e recomendações da experiência, impacto potencial e sustentabilidade, e clareza e objetividade da apresentação.

As experiências selecionadas caracterizaram-se pela qualidade e impacto produzidos na melhoria da qualidade das ações no âmbito das práticas do serviço, e as seguintes tiveram especial destaque:

- 1) Dengue em Pedra Branca/CE - intervenção com controle integrado da Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Branca. Experiência objetivamente apresentada e desenvolvida num município com 40.000 habitantes, com ações criativas e adaptadas à realidade e fatores de risco locais, que teve grande impacto no período de 12 meses. O trabalho serve de modelo e estímulo à grande maioria dos municípios brasileiros com dimensões similares;
- 2) Monitoramento da situação vacinal em Manaus: uma experiência do Programa Médico da Família - desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, a experiência é inovadora e apresenta o desenvolvimento e utilização de um novo instrumento que utiliza informações já existentes para estabelecer a proporção de crianças com cartão de vacinação em dia. O indicador proposto permite a avaliação qualitativa e quantitativa das ações de imunização na esfera local, contribuindo para o alcance de elevadas e homogêneas coberturas vacinais. Por sua simplicidade, pode ser utilizada pela rede básica de serviços no cumprimento das metas propostas pelo Programa Nacional de Imunizações, contribuindo para a redução das doenças imunopreveníveis;
- 3) Quanto à vigilância ambiental, duas experiências foram selecionadas por mostrarem-se equivalentes quando considerado o conjunto dos critérios de seleção: a) Programa de saneamento básico/canalização do Sangão da Prefeitura Municipal de Santa Bárbara do Sul/RS - apresenta o impacto imediato e potencial - na saúde - de uma intervenção específica e localizada para o controle de doenças de veiculação hídrica a partir de dados de notificação de hepatite A, e destaca o processo de sensibilização de diferentes setores de tomada de decisão e da população local acerca da importância do problema e seu compromisso e envolvimento na execução da intervenção; b) Vigilância da qualidade da água do município de Natal - desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal, apresenta o processo avançado de implementação da vigilância da qualidade da água para consumo humano, identificando as áreas de risco do município e promovendo intervenções;

- 4) No tocante às inovações na organização dos serviços de epidemiologia, prevenção e controle de doenças e outros agravos, a Comissão Científica teve dificuldades para escolher a melhor experiência, haja vista que foram apresentados três trabalhos de alta relevância. A seu modo, cada um pode configurar-se modelo para a organização de serviços: a) A Secretaria de Estado de Saúde da Bahia trouxe uma proposta, em processo de desenvolvimento, de avaliação da descentralização dos sistemas de vigilância que se revelou inovadora na abordagem desses serviços e práticas; b) O trabalho do Centro de Referência em Doenças Endêmicas Pirajá da Silva do estado da Bahia exemplificou, na prática, a exequibilidade de implantação, com sucesso, de uma alternativa de assistência e vigilância de doenças endêmicas fora dos grandes centros - demonstrando, também, seu papel indutor da organização de serviços na microrregião onde se localiza; c) Por fim, a experiência de descentralização da vigilância epidemiológica no município de Foz do Iguaçu/PR revela o papel ativo da Secretaria Municipal de Saúde na reorganização do serviço, com sua descentralização para os Distritos Sanitários, além de evidenciar a ação local na abordagem do complexo problema da vigilância e controle de doenças nas regiões de fronteira. Apesar de proposta inicial, com resultados ainda incipientes, sua seleção deveu-se ao fato de destacar-se como experiência inovadora com potencial para servir de modelo de intervenção às demais áreas de fronteira do Brasil;
- 5) Com pertinência ao tópico sistemas de informação e análise da situação de saúde, a comissão avaliadora, baseada nos critérios anteriormente enumerados, pontuou igualmente e premiou, pelo cumprimento dos critérios de seleção - destacando-se a adequação metodológica, a implantação efetiva do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) nas esferas estadual e municipal, a relevância, o impacto potencial nas respectivas áreas de atuação, a inovação de modelos que podem ser repetidos por outras instituições e a elevada qualidade técnica e metodológica das experiências -, os três seguintes trabalhos: a) Evidências do Sinasc da Secretaria Estadual

de Saúde do Rio Grande do Sul; b) Qualificação das bases de dados sobre mortalidade por causas violentas - recuperação das informações a partir do Sistema de Registro de Ocorrências da Polícia Civil, Cidade do Rio de Janeiro, 2001, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; c) Sistema de vigilância dos óbitos infantis no Paraná, da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

A Mostra também realizou oficinas de trabalho para discutir os avanços, problemas e perspectivas em vigilância epidemiológica; descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças; vigilância ambiental em saúde relacionada à qualidade da água para consumo humano; recursos humanos e epidemiologia nos serviços; laboratório e vigilância; sistemas de informação SIM e Sinasc e homogeneidade de cobertura vacinal. Além disso, foram discutidos temas relevantes tais como investigação de surtos, saúde ambiental, desigualdade em saúde, novos usos da epidemiologia, segurança de imunobiológicos, pesquisa aplicada nos serviços de epidemiologia e epidemiologia nos serviços de saúde no Brasil e nas Américas.

A presente edição visa divulgar, para os técnicos que atuam nos serviços de epidemiologia nas esferas estadual e municipal, os resumos das experiências apresentadas na 2ª EXPOEPI. Os resultados refletem a efetiva incorporação e aplicação da epidemiologia na prática do Sistema Único de Saúde, objetivando atingir o propósito fundamental da saúde pública: prevenir e controlar doenças, promover a saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário de Vigilância em Saúde

DIRETOR

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

COMISSÃO ORGANIZADORA

Regina Lourdes de Souza Nascimento
Maria Clara Rillos Mendes
Lavínia Matos Dubanhevit
Aide de Souza Campagna
Ana Maria Johnson de Assis
Elza Helena Krawiec
Fabiano Camilo e Silva
Geraldo da Silva Ferreira
Ivenise Leal Braga
José Wellington de Oliveira Lima
Luciana de Carvalho Penna
Márcia Beatriz Dieckmann Turcato
Marcia Leite de Sousa
Márcia Moisés
Maria Dolores Duarte Fernandes
Maria Margarita Urdaneta Gutierrez
Maria Regina Fernandes de Oliveira
Osiris Benedito Mendes Batista
Osvaldo Freire de Farias Filho
Vilma Gomes de Medeiros Sobral

COMISSÃO CIENTÍFICA / FUNASA

Maria Regina Fernandes de Oliveira
Carla Magda Allan Domingues
Eduardo Hage Carmo
Fabiano Geraldo Pimenta Júnior
Fábio de Barros Correia Gomes
Fernando Ferreira Carneiro
Fernando Ribeiro Barros
Guilherme Franco Netto
Maria de Lourdes Sousa Maia
Regina Lourdes de Souza Nascimento
Rejane Maria de Sousa Alves
Rosa Castália França Soares
Walter Massa Ramalho

COMISSÃO CIENTÍFICA / CONVIDADOS

Antônio Carlos Silveira
Carlos Catão Prates Loiola
Eliseu Alves Waldman
Exedito José Albuquerque Luna
Jacira Azevedo Cancio
João Baptista Risi Júnior
José Olímpio Moura de Albuquerque
Lia Giraldo
Lorene Louise Silva Pinto
Luis Jacintho da Silva
Márcia Furquim de Almeida
Margarida Lira
Maria da Gloria Lima Cruz Teixeira
Maria Helena Prado de Mello Jorge
Paulo Chagastelles Sabroza
Pedro Luiz Tauil
Zulmira Hartz

COMISSÃO DE APOIO

Adriana Astorino
Ariedna Azevedo de Jesus
Claudia Lima Neves
Erivaldo Oliveira Nascimento
Francisco Claudenor Araújo da Silva
José Evaldo Correia
José Luis Mendes Jardim
José Paulo Nascimento Cruz
Maria de Fátima Faria Nunes
Mônica Damásio da Silva
Myrthes Pedrosa Almeida
Raphael Frazão
Rina Márcia Leite Dias
Rose Mary de Oliveira Barroso Magno
Simone Sacramento
Wagner de Castro Sena

Sumário

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES

COMUNICAÇÃO ORAL

- Dengue em Pedra Branca (Ceará): uma intervenção com controle integrado. SMS de Pedra Branca-CE. **13**
- Controle seletivo de malária no estado do Acre. SES-AC. **15**
- O controle de dengue na microrregião de Barretos, estado de São Paulo, Brasil. Sucen-SP. **17**

PÔSTER

- Plano de Intensificação do Controle e Profilaxia da Esquistossomose Mansônica de Bananal, São Paulo, Brasil. Sucen-SP. **21**
- Implementação do Programa de Esquistossomose. SMS de Lagarto-SE. **24**
- Interrupção da transmissão malárica em áreas indígenas semi-isoladas: proposta a partir da experiência do Piacm no Distrito Sanitário Yanomami. Divep/FUNASA-RR. **32**

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

COMUNICAÇÃO ORAL

- Monitoramento da situação vacinal em Manaus: uma experiência do Programa Médico da Família. SMS de Manaus-AM. **35**
- Rumo à meta de erradicação do sarampo na Bahia: vigilância, controle e redução da incidência, 1999/2002. SES-BA. **33**

Sumário

Melhorando a vacinação, de olho no cartão. SMS de Jacaré dos Homens-AL.	38
PÔSTER	
O bloqueio vacinal como estratégia para o controle de epidemia pelo Meningococo do sorogrupo C, em Santa Catarina, 2001. SES-SC.	40
Intensificação da vacinação de Febre Amarela em áreas de transição do Estado de Santa Catarina. SES-SC.	43
Implantação da notificação de eventos adversos pós-vacinais no Cabo de Santo Agostinho - 2001. SMS de Santo Agostinho-PE.	45
VIGILÂNCIA AMBIENTAL	
COMUNICAÇÃO ORAL	
Programa de Saneamento Básico. Canalização do Sangão. Prefeitura Municipal de Santa Bárbara do Sul-RS.	47
Intervenções da Vigilância Sanitária em áreas de abastecimento informal de água. SMS de Natal-RN.	50
Vigilância da qualidade da água do Município de Natal. SMS de Natal-RN.	52
Uso correto de agrotóxicos e prevenção de acidentes no campo. SMS de Atibaia-SP	54
PÔSTER	
A SES/MG enquanto articuladora para o fomento da política de atendimento aos desastres com produtos perigosos. SES-MG.	57

Sumário

A educação ambiental no Programa de Prevenção à Dengue - uma estratégia de mobilização comunitária para introdução da vigilância ambiental na Ilha Grande dos Marinheiros-POA/RS. SES de Ilha Grande dos Marinheiros-RS.	61
Resíduos sólidos e meio ambiente - a percepção das comunidades urbanas da 15ª Microrregião de Saúde - Cratêus-CE. SES-CE.	63
INOVAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS E OUTROS AGRAVOS	
COMUNICAÇÃO ORAL	
Descentralização do Serviço de Vigilância Epidemiológica no Município de Foz do Iguaçu. SMS de Foz do Iguaçu-PR.	65
Centro de Referência em Doenças Endêmicas Pirajá da Silva - uma inovação no controle de endemias. SES-BA.	68
Avaliação da descentralização dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica: uma abordagem construtivista. SES-BA.	70
PÔSTER	
Investigação de surtos de doença transmitida por alimentos em Campinas - SP, ano 2001. SMS de Campinas - SP.	72
A história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde de Porto Alegre. SMS de Porto Alegre-RS.	75
Avaliação dos indicadores de qualidade das atividades de vigilância epidemiológica em Minas Gerais - 2001. SES-MG.	77

Sumário

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO ORAL

Evidências do Sinasc. SES-RS. **80**

Qualificação das bases de dados sobre mortalidade por causas violentas - recuperação das informações a partir do Sistema de Registro de Ocorrência da Polícia Civil na Cidade do Rio de Janeiro, 2001. SMS do Rio de Janeiro-RJ. **83**

Sistema de Vigilância dos Óbitos Infantis no Paraná. SES-PR. **85**

PÔSTER

Qualidade do banco de dados das doenças exantemáticas (Sarampo e Rubéola) em Mato Grosso do Sul - 2001. SES-MS. **88**

Aprimoramento do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM. SMS de Curitiba PR. **91**

Aprimoramento do Sistema de Informação sobre Mortalidade: estratégias utilizadas pelo Município do Recife. SES-PE. **93**

**VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS
TRANSMITIDAS POR VETORES****COMUNICAÇÃO ORAL****Dengue em Pedra Branca (Ceará): uma intervenção com controle integrado**

Jurandir Frutuoso da Silva, Antônio César Gonçalves Pereira
Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Branca, CE
fmspb@ligbr.com.br

Pedra Branca, com 40.722 habitantes (IBGE-2000), localizada no sertão central cearense, a 280 km de Fortaleza, é habilitada na Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a Noas-2002 - Norma de Operação da Assistência à Saúde 2002. No tocante às ações de epidemiologia e controle das doenças transmitidas por vetores, Pedra Branca obteve sua certificação em dezembro de 2000, estando desde então com as responsabilidades de gestão e gerências dessas ações. O Plano de Combate à Dengue tem como idéia-força o controle integrado. Ou seja: fazer uso de uma gestão integrada que possa utilizar tanto o controle biológico quanto o químico, controle de criadouros, monitoramento ambiental e contando ainda com a participação social, controlar o vetor transmissor da doença, impedindo a sua proliferação e manter a doença prevenida em números aceitáveis, reduzindo sua letalidade. Como resultado, o Plano de Combate à Dengue possibilitou a redução do índice de infestação de 12,38%, em maio de 2001, para 0,77%, em abril de 2002.

Segundo dados da Secretaria da Saúde do Ceará, referentes aos anos de 1994 a 2000, o Município de Pedra Branca apresentou um total de sete casos de dengue. Em 2001, a incidência da doença no município aumentou progressivamente, tendo sido confirmada, em janeiro, a ocorrência de oito e em julho, mês de maior pico, 54 casos, totalizando,

Dia 18 de setembro

no final deste ano, 235 casos de dengue (incidência: 577/100 mil). Ressalta-se que em maio de 2001 foram detectados quatro casos de dengue hemorrágica, com a ocorrência de um óbito.

O Plano de Combate à Dengue tem como objetivo principal controlar o mosquito transmissor da doença de modo a impedir sua proliferação, permitindo a redução do índice de infestação local a proporções mínimas. O Plano está centrado no controle integrado e apresenta cinco áreas estratégicas de atuação: controle biológico, controle químico, controle de criadouros, monitoramento ambiental e participação social. Embora sejam cinco áreas estratégicas de ação, estamos dando ênfase ao controle biológico com espécies de peixes larvófagos (beta e tricogáster) em substituição ao uso do larvicida e fortalecendo a participação social, como parceiro principal ao controle da dengue.

O Plano de Combate à Dengue centrou-se em ações integradas e contínuas executadas simultaneamente em cinco áreas estratégicas. Cada visitador sanitário é responsável pela vigilância e controle da doença em um dado território. O trabalho desse visitador é realizado em articulação com a equipe do Programa de Saúde da família (PSF) local e com a vigilância sanitária. Essas equipes, ao receberem o resultado da pesquisa realizada pelo agente sanitário, designam o Agente Comunitário de Saúde para mobilizar a área envolvida na caça aos possíveis criadouros e reforçando o envolvimento da população que é fundamental e imprescindível no controle da dengue.

Controle seletivo de malária no estado do Acre

Raimundo Alves Costa
Secretaria Estadual de Saúde, AC
coordend.sessacre@ac.gov.br

O estado do Acre possui 22 municípios, dos quais 10 estavam em alto risco para malária no ano de 2000; de 2001 até o primeiro semestre de 2002, somente um município ainda permanece em alto risco.

A certificação do estado para assumir as ações de epidemiologia e controle de doenças, repassadas pela FUNASA em julho de 2000, permitiu a estruturação dos serviços nas áreas de recursos financeiros, humanos (quantificados e qualificados), materiais e equipamentos, bem como a expansão da rede de diagnóstico, o que facilitou mudanças e implantação de novas estratégias de ação no controle da malária, inclusive o processo seletivo de controle do vetor, onde, a partir daí, foram selecionadas as áreas para aplicação de inseticida. A atenção voltou-se, principalmente para o homem, priorizando o diagnóstico precoce, tratamento adequado e supervisionado. Melhorou-se a qualidade da notificação, facilitando a detecção, em tempo hábil, dos locais de transmissão, os quais passaram a ser monitorados, também, pela Entomologia. A intervenção com produtos químicos passou a ser realizada somente nestes locais e não mais em todas as áreas de alto risco, como se fazia anteriormente, tanto na aplicação intradomiciliar quanto na espacial.

No segundo semestre/ciclo de 2000, das 2.121 localidades existentes no estado, 947 (44,6%) apresentaram um IPA > 10\1.000 habitantes, que correspondiam a 52.813 (27,71%) prédios (do total de 194.470 existentes), dos quais apenas 38,36% foram tratados quimicamente, representando uma redução de 61,64%; no primeiro semestre/ciclo de 2001, haviam 701 localidades, correspondendo a 33.922 prédios, tendo sido tratados 31,71%, com redução de 68,29%; no segundo semestre/ciclo de 2001, as localidades totalizavam 397, com 17.929 prédios, dos quais 37,03% foram tratados, significando

Dia 18 de setembro

uma redução de 62,97%; no primeiro semestre/ciclo de 2002, registrou-se 433 localidades, com 17.118 prédios, com aplicação de produtos químicos em 12,21%, cuja redução foi de 87,79%. No geral, do segundo semestre/ciclo de 2000 para o primeiro semestre/ciclo de 2002, houve uma redução de 54,28% das localidades com IPA > 10/1.000 habitantes, e, conseqüentemente, uma redução de 89,6% de aplicação de produtos químicos, no mesmo período.

As ações desencadeadas permitiram uma redução de 69,3% do número de casos autóctones de malária no Acre, ou seja, de 19.077 em 2000, para 5.861 em 2001, cujo índice foi o menor dos últimos 29 anos.

O controle de dengue na microrregião de Barretos, estado de São Paulo, Brasil

Dalva Marli, Valério Wanderley, Maurício W. Botti, Carmen M. Glasser, Heloísa L. C. d’Affonseca, Dalton P. Fonseca Jr., Américo Utida
Superintendência de Controle de Endemias (Sucen), SP
Instituto de Medicina Tropical FM/USP
dalva@sucen.sp.gov.br

O estabelecimento do *Aedes aegypti* no estado de São Paulo data de 1985 quando se iniciaram as ações de vigilância e controle de forma integral. A despeito do trabalho realizado, a expansão geográfica do vetor se deu de forma rápida e contínua, em direção ao leste do estado, atingindo, em 2002, 483 municípios infestados, onde residem cerca de 20 milhões de pessoas.

Desde 1990 tem sido constatada a transmissão de dengue no estado de São Paulo de forma continuada, com variação anual na incidência da doença e expansão progressiva dos municípios que se apresentam com transmissão. Isolamentos de vírus demonstraram até 1995 apenas a circulação do sorotipo 1; a partir de 1996 os sorotipos 1 e 2, e, no início de 2002, também o sorotipo 3. Atualmente das 24 regiões paulistas, em 10 ocorre circulação simultânea dos três sorotipos e em 15, a co-circulação do 1 e 2.

Em 2001, foi registrada a epidemia de maior incidência, e a mais amplamente distribuída no estado, com confirmação laboratorial de 51.472 casos distribuídos em 191 municípios. A doença tem apresentado nítida variação sazonal, com maiores incidências nos meses de março e abril, porém, nos últimos anos, foram observados períodos mais longos de duração da transmissão estendendo-se até os meses de junho e julho. Em 2002, até o mês de setembro, foram confirmados 34.507 casos em 187 municípios. O primeiro caso de dengue hemorrágico foi registrado em 1999, somando até o momento, 13 casos confirmados, com sete óbitos.

Dia 18 de setembro

Com relação às atividades preconizadas para a vigilância do vetor, a visita domiciliar e o levantamento de índices são realizados rotineiramente ao longo do ano pelas equipes municipais. Ações de controle são intensificadas, com atuação das secretarias estaduais e municipais de Saúde, nas áreas com transmissão e nas áreas infestadas com risco de transmissão, quando da notificação de casos suspeitos ou casos importados confirmados. Nestas áreas atuam equipes municipais realizando o controle da fase larvária, e estaduais, atuando sobre a fase adulta do vetor, numa atividade designada bloqueio. A experiência no controle da transmissão de dengue tem mostrado maior dificuldade na estruturação do trabalho nos municípios de médio e grande porte, com obtenção de menores percentuais de cobertura das ações, quando comparados aos municípios pequenos, e maior vulnerabilidade daqueles à introdução do vírus, instalação da transmissão, dificuldade no controle da dispersão do vírus que atinge várias áreas do município com reflexos em toda a região.

Neste aspecto, considerou-se oportuno destacar a atuação do município de Barretos, cujo trabalho, a partir de 2001, foi fundamental para o controle da transmissão na sua área de abrangência, influenciando de forma positiva a situação dos municípios vizinhos. Este município assinou convênio do Plano de Erradicação de *Aedes aegypti* (PEAa) em 1998, e se estruturou com recursos humanos e materiais para o desenvolvimento das ações. Está certificado na Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) desde julho de 2000 e vem realizando visitas domiciliares de pesquisa e tratamento de pontos estratégicos de rotina.

Foi avaliada a situação de transmissão de dengue no ano de 2001 e 2002 no município de Barretos e o reflexo do trabalho desenvolvido para a microrregião na qual o mesmo está inserido.

O município está localizado na região noroeste do estado, estando situado na faixa de isoterms de 18°C a 19°C no mês de julho. Possui 103.913 habitantes e se constitui na sede da Divisão Regional de Saúde IX de Barretos, composta de 20 municípios.

Foram avaliados os trabalhos de rotina e de controle de transmissão realizados, a integração das ações com equipes estaduais e municipais no controle da transmissão de dengue, os indicadores epidemiológicos, traduzidos pelos casos confirmados e a incidência de dengue. Estes indicadores foram avaliados em comparação à situação epidemiológica do Estado.

O município de Barretos foi um dos primeiros a infestar-se por *Aedes aegypti* no estado em 1985, sendo a transmissão de dengue confirmada em 1990. A maior incidência observada foi no ano de 2001, com 2.931 casos/100.000 habitantes, caindo em 2002 para 18 casos/100.000 habitantes.

A epidemia do verão 2000/2001 teve início no mês de outubro de 2000 com a notificação dos primeiros casos. Rapidamente a transmissão se espalhou por grande parte da cidade, exigindo a alocação de recursos operacionais do estado e a contratação de mais funcionários, uma vez que o adequado enfrentamento da situação exigia a cobertura integral da cidade em curto espaço de tempo. No início do mês de fevereiro foi possível substituir o inseticida em uso, do grupo químico dos piretróides sintéticos, por organofosforados, uma vez que os testes de monitoramento que vinham sendo realizados apontavam alteração de resposta àquele produto. Foram retomados os trabalhos de pesquisa e tratamento de Pontos Estratégicos que não vinham sendo priorizados até então; e o controle da forma larvária e adulta do vetor em toda a área urbana de forma simultânea e com prazo curto para conclusão. Realizou-se, ao mesmo tempo, uma ação de elevada cobertura em toda a cidade, direcionado para retirada e controle de criadouros de *Aedes aegypti*. O município se reorganizou formando equipes específicas para o trabalho em imóveis fechados e naqueles com recusa, nos desocupados (com legislação) e nos terrenos baldios. Também foram realizados trabalhos de limpeza e roçamento de terrenos baldios, recolhimento de criadouros desses terrenos e de pneus de borracharias, numa integração com a Secretaria de Obras e Meio Ambiente. Ao mesmo tempo o estado passou a trabalhar os imóveis para venda/aluguel, utilizando-se das imobiliárias, e imóveis especiais de grande porte, como escolas, unidades de saúde, clubes e supermercados, entre outros. Supervisões foram priorizadas com

Dia 18 de setembro

o intuito de melhorar a qualidade do trabalho das equipes de campo e efetuar os ajustes necessários. Estas ações fizeram parte de um plano de varredura elaborado em conjunto pelo estado (Sucen) e município (Secretaria de Saúde) ficando a coordenação geral dos trabalhos durante este mês sob responsabilidade do Estado. A transmissão entrou em regressão no mês de abril. Foram atingidos 15 outros municípios da região, com a confirmação de 6.132 casos de dengue e incidência de 1.689/100.000 habitantes, enquanto o município de Barretos isoladamente assinalou 3.045 casos e incidência de 2.931/100.000.

Concomitantemente às atividades de controle desenvolveram-se atividades educativas voltadas à divulgação dos sinais e sintomas da dengue em Igrejas, universidades, farmácias, rodoviária, hospitais, consultórios médicos, rede municipal de saúde, e outros locais de grande circulação de pessoas além de intenso trabalho junto à mídia.

Em 2002, os levantamentos de densidade larvárias (Índices de Breteau) da região nos meses de janeiro, fevereiro e abril assumiram valores de 3,8; 1,7 e 0,6, respectivamente. A transmissão de dengue na região de Barretos neste ano atingiu outros nove municípios, com incidência de 46,3 casos/100.000 habitantes, enquanto Barretos, isoladamente, registrou 19 casos e incidência de 18,3/100.000, valores estes bastante inferiores àqueles alcançados em 2001.

Entre os fatores que devem ter contribuído para a importante melhoria da situação epidemiológica merece destaque a estruturação do trabalho de rotina com ações direcionadas para problemática específica do município, agilidade e qualidade do trabalho de bloqueio de casos por meio do controle de criadouros da fase imatura do vetor e de alados, com atuação integrada da área de controle de vetores municipal e estadual e da vigilância epidemiológica.

PÔSTER**Plano de Intensificação do Controle e Profilaxia da Esquistossomose Mansônica de Bananal, estado de São Paulo, Brasil**

Horacio Manuel Santana Teles, Maria Esther de Carvalho, Cláudio Santos Ferreira, Rubens Antônio da Silva, Maria Lúcia Fadel Condino.

Sucen, SP

horacio@sucen.sp.gov.br

O município de Bananal com 615 km², situa-se no vale do Rio Paraíba do Sul em 22°40'44" S e 44°19'08" W, a 560 m do nível do mar. Tem cerca de 12 mil habitantes, dos quais sete mil residem em área urbana.

Descobertos os primeiros casos e focos de *Schistosoma mansoni* no município em 1976, a Superintendência de Controle de Endemias (Sucen) realizou a busca e tratamento de portadores humanos e aplicação de moluscicida, conforme as orientações previstas no programa de controle do parasita. Depois de mais 3.000 casos diagnosticados (média de 160 por ano), a maioria entre moradores da área urbana, em fins de 1997 a Sucen coordenou a elaboração de um plano de intensificação do controle da esquistossomose com a esfera local de saúde e a Companhia de Saneamento Básico do estado de São Paulo (Sabesp), prevendo para 2000 o alcance das seguintes metas: redução da prevalência para 1% e ampliação da rede de saneamento básico para incluir 100% das residências urbanas.

O plano também previu a inclusão da esquistossomose no rol de doenças atendidas no Programa de Saúde da Família (PSF).

A busca de portadores tornou-se anual, pelos inquéritos coprocópicos da população urbana realizados pela equipe local da Sucen e agentes comunitários do PSF. As amostras recolhidas foram processadas pela técnica de Kato-Katz em duas lâminas; os portadores receberam doses de oxamniquine (Mansil®) em ambulatório.

O acompanhamento da transmissão demandou a coleta mensal de caramujos em todas as coleções hídricas do perímetro urbano.

Dia 18 de setembro

Quando necessário realizaram-se aplicações de niclosamida (Bayluscide®).

Para a avaliação dos impactos do plano, em 2001 ocorreram novos inquéritos coproscópicos nos bairros onde a positividade permaneceu superior a 1%. No Bairro da Palha, além da técnica de Kato-Katz, analisou-se a viabilidade do emprego da técnica de Ferreira & Araújo e a eficiência do diagnóstico sorológico (pesquisa de IgM anti- *Schistosoma mansoni*) na busca de portadores do parasita.

Os inquéritos permitiram uma cobertura de 60% da população urbana e a identificação de 299 casos. As percentagens de positividade foram de 3,36%, 2,73% e 1,81%, respectivamente, nos anos de 1998, 1999 e 2000. Os casos, todos autóctones do município, em sua maioria infectados no Ribeirão Bananal, foram tratados. As médias de ovos por grama de fezes (opg) observadas nos três anos foram de: 98,2% entre 12 e 96 opg, 1,7% entre 108 e 864 opg e apenas 0,1% acima de 864 opg. Na vigência do plano houve redução simultânea das cargas parasitárias e da positividade.

As proporções de caramujos positivos para cercárias de *S. mansoni* foram 0,20% em 1998; 0,18% em 1999; 0,12% em 2000 e 0,03% em 2001. A transmissão predominou nos períodos menos chuvosos, com temperaturas da água oscilando entre 16,5° e 21,5° e pH de 5 a 6,5. Com duração de até 4 meses, o período de transmissão caiu para um mês em 2001. A espécie transmissora foi *Biomphalaria tenagophila*.

A aplicação das técnicas de Kato-Katz e de Ferreira & Araújo em 1.278 amostras de fezes mostrou concordância quase perfeita (κ) na detecção dos ovos de *S. mansoni*. As estimativas das cargas parasitárias foram maiores pela segunda técnica. De 452 amostras de sangue, 28,5% foram sorológico-reagentes, sendo a eliminação de ovos de *S. mansoni* confirmada em 11,5% desses casos.

Em 2001 foram detectados, ao todo, 33 casos (positividade de 1,17%). Nos bairros de positividade inferior a 1% em 2000, suspenderam-se os inquéritos coproscópicos. Entrevistas de 542 moradores do Bairro da Palha em 2001, demonstraram que estes possuíam conhecimentos

razoáveis sobre a esquistossomose: 69,4% dos entrevistados demonstraram saber como se adquire o parasita.

Em meados de 1999, 100% das residências já estavam servidas com água tratada. A proporção de residências ligadas à rede coletora de esgotos, passou de 46% no início do plano, a 74% em 1999 e 98% em 2000. No Bairro da Palha foram instalados 66 banheiros em residências de famílias de baixa renda.

Os resultados demonstram a tendência de redução continuada dos níveis de transmissão da endemia, com escassas probabilidades de ocorrência de formas graves da infecção por *Schistosoma mansoni*. Sob prevalência reduzida, o controle do parasita demanda o uso de técnicas de diagnóstico mais sensíveis do que as coproscópicas. Nessas circunstâncias a inclusão do inquérito sorológico para a busca de portadores mostrou-se mais eficiente. A técnica, além de mais rápida, teve melhor receptividade na população. O diagnóstico sorológico permitiu a detecção de um percentual de portadores significativamente superior, mesmo considerando apenas os casos onde a demonstração direta do parasita ficou comprovada.

A permanência de portadores com resultados "falso-negativos" nos inquéritos coproscópicos foi suficiente para a manutenção dos riscos de contágio, apesar da melhoria das condições de saneamento. Essa condição foi constatada nos exames de caramujos, que também facilitou o planejamento e execução dos inquéritos, posto que possibilitou a definição das localidades de maior risco para aquisição do parasita e dos períodos mais adequados à descoberta dos casos. Convém ressaltar que as aplicações de moluscicida não surtiram o efeito esperado: interrupção temporária da transmissão.

Apesar dos inegáveis benefícios do saneamento básico no contexto da saúde coletiva e da disponibilidade de conhecimentos razoáveis da população sobre a transmissão da esquistossomose, a contaminação ambiental por ovos do parasita e os riscos de infecção não foram eliminados completamente.

Dia 18 de setembro

É claro que a ação dos vários setores mobilizados para o combate à esquistossomose tenderá a tornar improvável a persistência ou retorno da endemia aos níveis epidemiológicos anteriores. Fato importante na experiência de Bananal foi o desenvolvimento de ações articuladas e atividades conjuntas de diferentes setores responsáveis pelo controle, profilaxia e vigilância epidemiológica. Por outro lado, a continuidade dos trabalhos junto ao Programa Saúde da Família (PSF), no acompanhamento e na vigilância epidemiológica da situação, mostrou-se perfeitamente factível e com boas perspectivas para o controle definitivo da transmissão desta endemia no município.

Implementação do Programa de Esquistossomose

Mércia Simone Feitosa, Luís Jorge Pinheiro de Araújo
Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto - SE
pmlsaude@infor.net.com.br
merciafeitosa@bol.com.br

A Esquistossomose Mansonica é uma endemia importante no Brasil e o estado de Sergipe é considerado endêmico e tem o município de Lagarto como área de foco. Causada por parasito trematódio digenético (*Schistosoma mansoni*), que requer caramujo de água doce - parada ou com pouca correnteza - como hospedeiro intermediário para completar o seu ciclo de desenvolvimento. A magnitude de sua incidência e a severidade das formas clínicas complicadas confere à esquistossomose uma grande transcendência e um problema de saúde pública.

A necessidade da implantação do programa oficial de combate a esquistossomose no município de Lagarto surgiu em virtude das diversas notificações da endemia (35 notificações/mês). Implantado em 1999, contava com apenas três agentes de saúde e um laboratorista que realizava os exames coprocópicos das áreas que estavam sendo trabalhadas. No primeiro momento foram trabalhadas 25 áreas (23 povoados e dois bairros da cidade), sendo realizados 10.872 exames tornando possível detectar áreas de maior positividade e traçar um perfil epidemiológico, onde a maior concentração de caso foi detectada na área rural. Foi realizado tratamento dos positivos, pelos próprios agentes de saúde do programa pela padronização do Ministério da Saúde, educação em saúde e malacologia quando o índice de positividade era igual ou superior a 25% e na pesquisa do caramujo, o mesmo encontrava-se infectado. Na malacologia utiliza-se moluscicida ou bayluscida para eliminação do hospedeiro intermediário, evitando a proliferação da doença para o ser humano que se utiliza dos rios e lagoas para subsistência.

As notificações aumentaram após a educação em saúde sobre a endemia, uma média de 60 notificações/mês fazendo-se necessária a implementação das ações do programa, uma vez que algumas

Dia 18 de setembro

notificações vinham de áreas já trabalhadas. Portanto em 2001, foi ampliado o quantitativo de agentes de saúde para trabalhar no programa, os agentes da dengue foram capacitados na referida endemia e alguns foram remanejados para atuar somente com a esquistossomose. Foram incluídos na parte de laboratório, um auxiliar e mais um técnico de laboratório para ampliar o quantitativo de exames, que é feito pelo método Kato-Katz e Hoffman, e análise do caramujo. As ações de diagnóstico foram integradas à rotina nos serviços de atenção primária de saúde (rede básica de saúde) para alcançarmos maior cobertura da endemia trabalhada e maior amplitude do programa, além da análise para outras parasitoses (*Ascaris lumbricoides*, *Ancilostomídeos*, *Tricocephalus trichiurus*, *Enterobius vermicularis*, *Himenolepis nana*). Cadastramos também mais fontes notificadoras, como os laboratórios particulares. Após detectar a área de maior notificação, a localidade começa a ser trabalhada com a distribuição de recipientes, recolhimento no dia posterior, e encaminhamento da amostra para laboratório, isso concomitantemente com informações sobre a endemia, o que normalmente incentiva a população a querer realizar o exame. Os agentes comunitários de saúde participam ativamente em parceria com o agente de endemia na entrega dos resultados e o tratamento é realizado na própria comunidade somente pelo profissional de saúde, seja a enfermeira em áreas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e nas do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo médico da equipe. As palestras são ministradas pela enfermeira antes do início do tratamento. É realizada educação em saúde e mobilização comunitária de forma contínua, não só com relação à endemia, mas também a ações de vigilância ambiental para efetivação de atitudes e práticas que modifiquem positivamente as condições favorecedoras e mantenedoras da transmissão.

Para análise da implementação do programa de esquistossomose, foram trabalhadas quatro áreas da zona rural (povoados Jenipapo, Pururuca, Candéal e Marilópes) que tinham altos índices de positividade detectados anteriormente no início do programa. No total foram visitados 883 domicílios e 3.573 recipientes coletores de fezes foram distribuídos. Dos domicílios visitados, 883 foram trabalhados sendo

recolhidos 3.240 dos recipientes entregues. Entre as 3.240 pessoas examinadas, 519 (16%) apresentavam esquistossomose, e um índice de positividade por localidade de: povoado Jenipapo 16,52%, povoado Pururuca 14,50%, povoado Candéal 10,12% e no povoado Marilópes 18,30%.

A infecção por *Schistosoma mansoni* se distribui com mais frequência entre o sexo masculino (55,29%) e na faixa etária de 16-35 anos. Após entrevista que é realizada no momento do tratamento visando descobrir a fonte de infecção, foi detectado que a busca das coleções hídricas para lazer é o principal fator de exposição ao risco de infecção.

O coeficiente de incidência por área foi de: Povoado Jenipapo 132,56/100hab, povoado Pururuca 53,35/100hab, povoado Marilópes 130/100hab e povoado Candéal 23,18/100hab.

Por intermédio da análise comparativa dos coeficientes de incidência nos dois momentos trabalhados, percebe-se uma diminuição do índice o que afirma a efetividade das ações desenvolvidas. Na área que apresentou maior positividade ocorreu em virtude do aumento da população e da maior aceitação para realização do exame. As atividades continuam sendo realizadas para atingirmos os índices almejados, uma vez que, as ações já contribuíram, através de dados, para viabilização da construção de melhoras sanitárias domiciliares em convênio firmado com o Ministério da Saúde.

Dia 18 de setembro

Interrupção da transmissão malárica em áreas indígenas semi-isoladas: proposta a partir da experiência do Piacm no Distrito Sanitário Yanomami

Oneron de Abreu Pithan, Luis Osvaldo Silva, Jânio Santos, Djacir Araújo, Pedro Galdino, Hilário Abreu, Antonio Oliveira, Kleomar Ribeiro, Levi Vivecanada, Antônio dos Santos, Luciano Araújo, Gerson Hermógemes e Gildázio Moura

Divep/DSY/Funasa/Roraima

Urihi - Saúde Yanomami

corerr.divep@saude.gov.br

Historicamente a malária tem sido considerada um dos principais agravos em termos de morbi-mortalidade entre as populações indígenas brasileiras, ainda sem um sistema efetivo de controle, que considere suas especificidades epidemiológicas e de estrutura numa perspectiva de eliminação do problema a curto e médio prazo: a interrupção da transmissão local.

A população yanomami assistida pelo Distrito Sanitário Yanomami (DSY), pela FUNASA/Roraima, há mais de dez anos é detentora dos mais elevados indicadores de incidência e letalidade por malária no país, e em decorrência principalmente da invasão garimpeira em seu território, ocorrida mais intensamente de 1987 a 1989, quando a malária e outras doenças infecto-contagiosas foram ali introduzidas e disseminadas, causando um forte impacto negativo nas condições de vida, ameaçando sua própria existência como grupo étnico.

Estima-se a ocorrência de 1.400 óbitos de 1987, mais da metade atribuídos à malária. O DSY registrou 298 óbitos de 1991 a 2001. No ano de 2000 aproximadamente 80% desse grupo populacional contraiu a doença, sendo 34% casos de malária *falciparum*, com ocorrência de 11 óbitos, mais da metade em crianças menores de quatro anos.

Com objetivo de diminuir em 50% o número de casos anual, e metas ideais de interrupção da transmissão e da mortalidade, foi

elaborado sob coordenação da Divep/FUNASA-RR, o Plano de Intensificação das Ações Integradas de Malária (Piacm) específico para o DSY abrangendo 26 pólos-base e população alvo de 9.485 yanomami, o qual foi implantado a partir de agosto de 2000, mantendo-se até hoje, com a participação de todas as organizações que atuam em áreas de abrangência assistencial de Roraima (FUNASA, URIHI, Diocese, Médicos do Mundo, Missão Novas Tribos do Brasil, Missão Evangélica da Amazônia).

O marco referencial do plano foi o envolvimento e capacitação do pessoal de campo numa nova estratégia de atuação, centrada no esgotamento da fonte de infecção pela busca ativa sistematizada de casos e tratamento, aliadas às atividades concomitantes de controle do vetor adulto, abrangendo ao mesmo tempo localidades com vínculo entomoepidemiológico comum, e a implantação de atividades de vigilância.

O inquérito hemoscópico foi realizado em todas as localidades de cada pólo-base, para diagnóstico e tratamento dos casos detectados, focalizando-se a seguir o trabalho nas localidades positivas, preconizando-se a coleta de lâminas para pesquisa *plasmodium* em toda população (independente de manifestações clínicas) no 7°, 14° e 21° dias. Foi implantada a vigilância epidemiológica nos pólos-base e em pontos estratégicos na fronteira com a Venezuela, com sistema de notificação semanal de casos via radiofonia.

Identificou-se o perfil vetorial de transmissão nos diferentes pólos-base por meio de captura em isca humana, o qual revelou transmissão no intra e peridomicílio na maioria das localidades. Normatizou-se a aplicação de inseticida residual (Cipermetrina) no intradomicílio a cada três meses nas localidades positivas e aplicação espacial em ultrabaixo volume no peridomicílio diariamente durante três dias com repetição após sete dias, concomitante à detecção e tratamento de casos.

As metas das atividades de controle previstas para as localidades estratificadas no plano foram todas superadas, abrangendo a quase

Dia 18 de setembro

totalidade das localidades. No ano de 2000, foram trabalhadas 146 localidades, em 2001, 122 localidades, e em 2002, foram trabalhadas 45 localidades. No período foram treinados 120 servidores em modalidades múltiplas de ações integradas de controle, incluindo treinamento em serviço no campo e curso de atualização em malária específico para essa metodologia. Houve incremento de mais de 300% da busca ativa, a qual diagnosticou aproximadamente 90% dos casos, dos quais 70% com baixa parasitemia e sem referência a sintomas.

Constatou-se melhora de todos os indicadores malarígenos a partir de 2001, e redução de 93% dos casos registrados até junho de 2002 (7.585 casos em 2000 e IPA 799,6 p/1.000 hab; 2.267 casos em 2001 e IPA 286,2 e 466 casos jan-jun 2002 com IPA de 49,1 no período). Ocorreu um óbito por malária em 2001 e nenhum em 2002. Em 2002, somente em seis pólos-base há registro de casos no último semestre. No restante, representando 72% desta população yanomami, a malária deixou de ser efetivamente um problema de saúde pública: após dois anos de trabalho verificou-se redução de 80% do número de localidades de alto risco (IPA > 50 p/100hab) sendo que neste ano, 80% das localidades não apresentaram autoctonia para malária.

As atividades do Piacm/DSY permitiram caracterizar o perfil entomológico e epidemiológico da área em questão com informações suficientes para subsidiar as ações de intervenção, centradas no esgotamento da fonte de infecção (inclusive dos pacientes assintomáticos) e controle do vetor adulto, na perspectiva da interrupção do ciclo de transmissão da malária local, o que foi alcançado com sucesso na grande maioria dos pólos-base.

A capacitação em serviço no campo dos funcionários que lidam direto com a assistência e controle foi fundamental para o conhecimento da dinâmica de transmissão na esfera local e o envolvimento dos mesmos nas ações de controle e vigilância.

Houve redução significativa da morbimortalidade, comprovando que a estratégia de atuação mostrou-se eficaz no controle da malária

nestas comunidades indígenas em relativas condições de isolamento, onde a metodologia aplicada reduziu significativamente o período de transmissibilidade, verificando-se inclusive a interrupção da transmissão na maioria das localidades endêmicas para malária há mais de dez anos.

Dia 18 de setembro

VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS

COMUNICAÇÃO ORAL

Monitoramento da situação vacinal em Manaus: uma experiência do Programa Médico da Família

Marc Arthur Loureiro Storck
Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, AM
mabarbosa737@hotmail.com
marcdstpsf@ig.com.br

O presente trabalho consiste no relato de experiência desenvolvida na área de abrangência do Programa Médico da Família (PMF) de Manaus, especificamente na Zona Norte da cidade. Refere-se ao monitoramento da situação vacinal, de crianças menores de cinco anos, realizado a partir de outubro de 2001 até maio de 2002. Entende-se monitoramento como processo de seguimento da implementação do plano de ação para determinar o que tem sido feito, como tem sido feito e por quem as atividades estão sendo realizadas. Por sua vez, a situação vacinal é entendida como processo dinâmico fruto da vacinação empreendida em um determinado lugar, ao longo de um período de tempo, alcançando uma população circunscrita ou não. O acompanhamento da situação vacinal é uma das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e realizada pelas equipes do PMF, buscando prover a população de adequada proteção imunológica contra as doenças imunopreveníveis.

O PMF de Manaus iniciou suas atividades em março de 1999. Está dividido em quatro macrorregiões (zonas) sendo constituído por 164 Equipes Básicas de Saúde. O Centro de Referência Monte das Oliveiras (CRMO) é uma unidade de referência para 30 equipes situadas na Zona Norte, acompanhando um total aproximado de 32.686 famílias com uma população estimada de 140.600 pessoas. As equipes são constituídas de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS). Cada ACS é

responsável por cerca de 150 famílias em uma área adscrita denominada microárea. Cada equipe produz mensalmente um Relatório da situação da Saúde das Famílias (Siab/SSA2). Após avaliação dos dados encaminhados pelas equipes básicas, observou-se um número elevado de crianças de zero a dois anos de idade com vacinas atrasadas. Esses dados suscitaram a preocupação da coordenação/supervisão quanto à vacinação das crianças de zero a cinco anos de idade incompletos.

A situação vacinal é rotineiramente monitorada a partir dos dados referentes à cobertura vacinal. Propomos, enquanto equipe de coordenação/supervisão, um novo instrumento acessório de monitoramento da situação vacinal local - Proporção de Cartões em Dia (PCD). A PCD representa o quantitativo da população vacinada com todas as doses possíveis no momento respeitando o intervalo mínimo, em relação à população total. Ela difere da cobertura vacinal por não necessitar da aplicação de todas as doses das vacinas multidoses. Realizada mensalmente, depende da coleta sistemática de dados realizada pelos agentes comunitários de saúde. O objetivo inicial da proposta consistia em motivar as equipes básicas de saúde, já que em função do grande processo migratório local, a cobertura vacinal sistematicamente não alcançava níveis satisfatórios (incursão freqüente de crianças não vacinadas provenientes de outras regiões). A motivação das equipes pautava-se na possibilidade de alcançar níveis numéricos mais elevados quando da utilização da PCD. Em paralelo, instituiu-se o arquivamento, por mês de vencimento da primeira vacina aprazada, de cópias dos cartões de vacina. Mensalmente, cada ACS preenche uma planilha de controle, contendo o número de crianças menores de cinco anos da sua área de abrangência e o número dessas crianças com atraso vacinal (fonte de dados para composição da PCD por micro-área). A planilha detalha as vacinas e as doses referentes ao atraso, otimizando o monitoramento e o planejamento de intensificações e/ou bloqueios vacinais. A inclusão da PCD não exclui a utilização da cobertura vacinal.

A PCD em outubro de 2001 equivalia a 79,50%. Em maio de 2002, alcançou-se 92,48% (um incremento de 12,98%). A PCD tem sido útil no

Dia 18 de setembro

processo de monitoramento da situação vacinal da população referida. As estratégias utilizadas vêm logrando êxito na melhoria da situação vacinal. Essa experiência poderá ser eventualmente ampliada para as demais macrorregiões da cidade de Manaus. O conjunto de estratégias aplicadas nessa experiência favorece a ampliação da cobertura vacinal de acordo com o que preconiza o Programa Nacional de Imunizações.

Rumo à meta de erradicação do sarampo na Bahia: vigilância, controle e redução da incidência, 1999/2002

Adriana Dourado, Marlene Barros de Carvalho
Secretaria Estadual de Saúde, BA
alcina@saude.ba.gov.br
adouca@bol.com.br

A Política de Erradicação do Sarampo (PES), compromisso nacional assumido com a Organização Pan-Americana de Saúde, implementada no Brasil desde 1992, é, hoje, uma prioridade na Bahia. No Estado, a partir do último ano epidêmico (1997), observa-se melhora gradativa na cobertura vacinal média, fato que, associado à intensificação das ações de vigilância epidemiológica, tem contribuído para a redução da incidência nos últimos anos, estando-se, desde 1999, sem evidência da circulação do vírus.

Este estudo visa demonstrar o impacto da vacinação e das ações de vigilância na redução da incidência do sarampo, representada por uma série temporal de 27 anos, desde 1976, observando-se os avanços alcançados nos últimos quatro anos com a intensificação das ações de imunização e vigilância epidemiológica.

Fato importante é que a política de Erradicação do sarampo vem se dando em meio ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde, havendo, portanto, a necessidade de capacitar de forma permanente as equipes municipais para o desenvolvimento e operacionalização das ações, favorecendo desta forma, o fortalecimento dos sistemas de vigilância epidemiológica.

Nesta perspectiva, a qualidade da informação disponível tem sido também um elemento fundamental para este fortalecimento, uma vez que potencializa a eficácia das medidas de controle, tendo-se investido no monitoramento sistemático dos sistemas de informação, com retroalimentação às diretorias regionais de saúde e seus municípios de abrangência.

Dia 18 de setembro

Um dos maiores desafios nesse processo é assegurar a ausência da circulação do vírus do sarampo no estado, e para tanto é imprescindível que os gestores municipais assumam o compromisso na estruturação das equipes de vigilância epidemiológica, do programa de imunização e do laboratório, assegurando-se, assim, o alcance das metas de vacinação, incluindo a vacinação de grupos de risco, sensibilidade para a identificação dos casos suspeitos de sarampo e rubéola, oportunidade de investigação e das medidas de controle, incluindo a busca ativa de suscetíveis em áreas de risco e coleta sorológica adequada e oportuna, com envio imediato das amostras ao Lacen.

De acordo com o Boletim de Notificação Semanal, até a semana epidemiológica nº 52 no ano de 1999 foram notificados 1.668 casos suspeitos de sarampo e 364 casos suspeitos de rubéola, destes 13 casos foram confirmados laboratorialmente como sarampo e 43 casos foram confirmados como rubéola.

No ano 2000 dos casos notificados como sarampo (751) e rubéola (1.078) no Estado da Bahia, totalizando 1.829 casos de doenças exantemáticas, 10,6% foram confirmados como rubéola, sendo os demais descartados.

Em 2001 até a semana epidemiológica de nº 52 foram notificados 618 casos suspeitos de sarampo, dos quais 89% foram descartados por critério laboratorial e 15% por critério clínico. Em relação à rubéola foram notificados 1.490 casos suspeitos, sendo confirmados 105 casos (83% por critério laboratorial); descartados por critério laboratorial 74% dos casos e por critério clínico 19%.

Segundo os dados acumulados até agosto de 2002 (semana epidemiológica 35) foram notificados 253 casos suspeitos de sarampo, dos quais 90% foram descartados por critério laboratorial e 10% estão aguardando classificação. Quanto à rubéola foram notificados 578 casos, sendo confirmados 19 casos. Foram descartados até o momento 73% dos casos de rubéola por critério laboratorial e 2% por critério clínico.

A sensibilidade e qualidade do sistema de vigilância epidemiológica para a identificação e monitoramento dos casos suspeitos vem melhorando, como mostra a avaliação da evolução da qualidade da Vigilância do Sarampo.

De acordo com a análise da evolução dos indicadores de qualidade da vigilância do sarampo de 1999 a 2002, chama-se atenção que, no caso dos sistemas oficiais (SI-API e Sinan), os mesmos refletem muito mais a existência de problemas operacionais e/ou gerenciais que interferem na correta alimentação dessas bases de dados do que a situação real da vigilância e do controle do sarampo e da rubéola. A existência de inconsistências das informações e sub-registros são o reflexo da insuficiente utilização do Sinan e do API para o monitoramento do sistema de vigilância nas esferas regional e local; exemplo disso é o que acontece com o cálculo do indicador de coleta oportuna, influenciado pelo sub-registro da informação da data de coleta.

No que se refere às coberturas vacinais existe a limitação do API referente aos dados administrativos, interferindo na análise da cobertura real dos municípios, o que aponta a necessidade do desenvolvimento de estratégias de validação destas coberturas para a melhor avaliação do indicador de homogeneidade. A existência de municípios com baixas coberturas vacinais, associada à existência de áreas silenciosas quanto à notificação de doenças exantemáticas, principalmente no interior do estado, constitui-se problema, representando uma situação de risco frente ao processo de erradicação do sarampo e controle da rubéola.

Quanto às limitações de desempenho laboratorial o grande desafio é assegurar a descentralização do apoio logístico do Lacen para a esfera regional, a fim de vencer as dificuldades relacionadas à extensão territorial do estado.

Apesar da evolução observada desde 1999, o Estado ainda não tem conseguido cumprir a meta para 100% dos indicadores de qualidade da PES, o que reflete a necessidade de maior estruturação da vigilância epidemiológica nos municípios para superação dos problemas operacionais.

Dia 18 de setembro

Melhorando a vacinação, de olho no cartão

José Sival Clemente da Silva

Secretaria Municipal de Saúde de Jacaré dos Homens, AL
enfsival@telemacro.com.br

O município de Jacaré dos Homens está localizado no agreste alagoano e possui uma população de 5.720 habitantes. Sua economia é baseada na pecuária e a renda mensal dos chefes de família é concentrada na faixa etária de até um salário mínimo. O índice de analfabetismo nas pessoas maiores de 15 anos é de 63,5% e a média de gestantes menores de 20 anos é de 32%. No ano de 2000, a cobertura vacinal nas crianças menores de um ano de idade, com o esquema básico, apresentou-se muito abaixo de 50%, exceto a vacina BCG que atingiu uma cobertura de 59%.

Em janeiro de 2000, no início da nova Gestão Municipal, constatou-se que este problema era decorrente de vários fatores, destacando-se entre outros: a ignorância das mães em relação aos benefícios das vacinas; a dificuldade de acesso ao Centro de Saúde Local (único no município na época a realizar atividades de vacinação) e a falta de acompanhamento do esquema vacinal básico por parte da equipe local de saúde.

Para reverter esta situação, a Secretaria Municipal de Saúde implantou e implementou diversas ações e atividades, destacando-se a campanha permanente MELHORANDO A VACINAÇÃO, DE OLHO NO CARTÃO, com o objetivo de garantir a vacinação de rotina e acompanhar o esquema vacinal básico nas crianças menores de um ano, envolvendo todos os profissionais da saúde, facilitando o acesso ao serviço de vacinação e mantendo vigilância permanente no cartão da criança.

Esta Campanha permanente foi implantada e está sendo desenvolvida, por meio adoção de diversas ações e atividades na fase inicial e na fase de manutenção.

- Fase inicial - estruturação do Serviço e da Equipe local de Saúde como: implementação da sala de vacina; treinamento do pessoal

de enfermagem em sala de vacina; ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para cobrir 100% do município; seminário de sensibilização sobre vacinação com as equipes de Saúde da Família.

- Fase de manutenção - promoção de atividades e acompanhamento como: realização de atividades semanais de vacinação nas sete micro-áreas do segmento rural; realização periódica de palestras com os pais em todas as microáreas do segmento rural e urbano; normatização do atendimento nos serviços de saúde mediante a apresentação do cartão da criança; adoção do cartão sombra por parte dos ACS, para controle das doses de vacinas; estabelecimento de cronograma semanal de visitas dos ACS para o controle do calendário vacinal das crianças; estabelecimento de parceria com as demais secretarias municipais, para cobrança do cartão da criança em todos os programas sociais.

Dia 18 de setembro

PÔSTER

O bloqueio vacinal como estratégia para o controle de epidemia pelo meningococo do sorogrupo C, em Santa Catarina, 2001

Rubens Carlos Bassani Puricelli, Maria Inês Sant'Anna Rodrigues, Naura Inez B. Gomes Gandin, Rita de Cássia Campos Bertoncini
Secretaria Estadual da Saúde, SC
Laboratório Central de Saúde Pública, SC
rubens@dve-ses.sc.gov.br

A doença meningocócica é uma enfermidade aguda, de prognóstico grave, cujo comportamento, normalmente endêmico, pode também ocorrer sob a forma de epidemia. Nesses casos, a vacinação, que não faz parte da rotina de imunizações, passa a ser recomendada para a população sob risco, devendo ser aplicada em tempo oportuno.

Corupá, Município de pequeno porte localizado na região norte de Santa Catarina, registrou, num curto período de sete dias (29/8 a 4/9/2001), oito casos de doença meningocócica entre adolescentes e adultos jovens, correspondendo a uma taxa de ataque de 38,6 casos/10.000 habitantes desse segmento populacional. Exames laboratoriais identificaram o meningococo do sorogrupo C em três dos oito casos, o que permitiu utilizar, pela primeira vez no estado, a estratégia do bloqueio vacinal anti-C para o controle da epidemia. Os resultados obtidos sinalizam para a importância da pronta intervenção no controle de surtos da enfermidade.

Os objetivos da estratégia foram: aplicar a vacina anti-meningocócica do sorogrupo C no conjunto da população sob risco, residente em Corupá; e avaliar o efeito da intervenção vacinal no comportamento epidemiológico da doença meningocócica no Município, no período de doze meses subsequentes àquela intervenção.

Os casos foram notificados, investigados e imediatamente informados, via telefone, às instâncias hierárquicas superiores; as amostras de líquido dos casos foram encaminhadas ao Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen-SC), para exames bacteriológicos,

confirmando-se o diagnóstico da doença pela cultura e aglutinação pelo látex; frente aos resultados laboratoriais, estabeleceu-se como meta a vacinação de toda a população maior de dois anos de idade residente no Município (11.216 habitantes - IBGE); o período da vacinação foi pré-estabelecido (de 8 a 11 de setembro/2001), e o imunoprolifático foi aplicado em seis postos fixos, além de uma equipe volante; a vacina (Mencevax AC, via de administração subcutânea, em dose única) foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, e, outras ações, prévias ou paralelas à vacinação (quimioprofilaxia dos contatos íntimos, palestras à comunidade em geral, orientação com distribuição de folders casa a casa, entre outros) contribuíram para a volta da tranquilidade à população.

Como resultados, observou-se que, a identificação da bactéria *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C em três (37,5%) dos oito casos amparou tecnicamente o uso da vacinação específica; a vacinação da população foi iniciada já na semana seguinte ao registro dos primeiros casos da doença, imprimindo maior agilidade ao processo; a bactéria foi posteriormente identificada pelo Instituto Adolfo Lutz como sendo da cepa C:4,7:P1.19,15, da qual não havia registro em Santa Catarina, característica que, associada a outros fatores, pode ter contribuído para a importância daquele episódio epidêmico; em três dias, foram vacinadas 12.335 pessoas maiores de dois anos de idade, correspondendo a um percentual de cobertura de 110,0%; e no período de doze meses, após o bloqueio vacinal, não foi registrado nenhum caso da doença, correspondendo a uma redução de 100,0% no número de casos. Mesmo considerando que outros fatores possam estar relacionados a essa redução, o declínio observado sugere ser decorrente dos efeitos daquela estratégia vacinal.

Concluindo, a detecção precoce de eventuais surtos da enfermidade permite empregar os atuais conhecimentos sobre o uso potencial das vacinas antimeningocócicas de forma incipiente. Seu uso criterioso, em momento oportuno, dirigido aos grupos populacionais mais vulneráveis, contribui para a interrupção do processo epidêmico,

Dia 18 de setembro

limitando as possibilidades de sua expansão para outras áreas e reduzindo com isso, os riscos de morbi-mortalidade pela doença.

O bloqueio vacinal contra o meningococo do sorogrupo C em Corupá sugere que a estratégia foi útil para controlar a epidemia e limitar sua expansão.

Intensificação da vacinação contra a Febre Amarela em áreas de transição do Estado de Santa Catarina

Jeanine Varela Regges, Luciana Amorim, Beatriz Oliveira Soares, Iracema Anzollin, Maria Bernadete Elias da Conceição, Leda Aparecida Moretti, Inaci Hosselder e Maria Corona
Secretaria Estadual de Saúde, SC
luciana@dve-ses.sc.gov.br

A Febre Amarela constitui importante causa de morbidade e mortalidade na América. O estado de Santa Catarina até recentemente era considerado como área indene, isto é, sem a presença da doença e do vírus e suas ações de imunização estavam voltadas apenas para os viajantes que se deslocavam para área de risco.

Com a ocorrência de mortandade de macacos no estado do Rio Grande do Sul e o isolamento do vírus em mosquitos do gênero *Haemagogus*, naquele Estado, Santa Catarina por ser área contígua, passou a ter 28 municípios pertencentes a área de transição (sendo que 22 pertencem a 5ª Regional de São Miguel do Oeste e seis pertencem a 10ª Regional de Chapecó).

Cumprindo a recomendação do Centro Nacional de Epidemiologia/FUNASA, para o Programa Nacional de Controle da Febre Amarela, faz-se necessário vacinar 100% da população a partir de nove meses de idade, de forma homogênea para o conjunto de municípios, no período de agosto a dezembro de 2001.

As atividades foram desenvolvidas considerando as seguintes etapas:

- Contato com os municípios para sensibilização e capacitação de recursos humanos para as atividades de vacinação.
- Mobilização comunitária pelos meios de comunicação.
- Vacinação em Postos de Saúde atendendo a demanda espontânea.
- Vacinação em postos volantes em pontos estratégicos (Postos da Polícia Rodoviária, Empresas, Rodoviárias, etc.) e populações de risco (assentamentos, escolas rurais e aldeias indígenas).

Dia 18 de setembro

- Avaliação semanal dos dados de doses aplicadas.
- Avaliação sistemática de Eventos Adversos, com definição de centros de referência para atendimento.
- Reunião de avaliação com os secretários municipais, coordenação nacional, estadual, regional e municipais de imunizações.
- Organização de equipes de vacinação para a vacinação casa a casa.
- Repasse de recursos financeiros da FUNASA/Cenepi à Coordenação Estadual de Imunizações.
- Mobilização das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da família (PSF), em busca de suscetíveis.
- Vacinação casa a casa em áreas urbanas e rurais.
- Supervisão por equipe interinstitucional (SES/SC e Core/FUNASA/SC) a todos os municípios para análises de cobertura.
- Monitoramento rápido de coberturas (cobertura administrativa <100%).

As regionais de saúde envolvidas alcançaram 100 % de cobertura, e a homogeneidade ficou em 64,3%. As coberturas administrativas variaram de 80,21% a 111,46%.

Uma das causas de coberturas < 100% em alguns municípios, foi atribuída ao fato de que os dados populacionais do IBGE não coincidem com os dos municípios e a vacinação em áreas limitrofes.

O envolvimento de todos os Secretários Municipais de Saúde e os técnicos, contribuiu para o alcance das metas estabelecidas, contribuindo para manter a área protegida contra a Febre Amarela.

Eventos Adversos moderados e graves não foram detectados pelo sistema de notificação implantado, demonstrando a segurança do imunobiológico.

Após o encerramento das atividades de intensificação, a vacina continua na rotina de todas as salas de vacina contribuindo assim para que a meta de 100% seja alcançada de maneira homogênea.

Implantação da notificação de eventos adversos pós-vacinais no Cabo de Santo Agostinho - 2001

Juliana Rique, Ana Cláudia Serra, Conceição Cardoso, Emília Santana, Leila Ribeiro e Marília Teixeira

Secretaria Municipal de Saúde de Santo Agostinho, PE
celia@nb.com.br

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) disponibiliza gratuitamente à população brasileira vacinas contra 13 doenças (entre elas 75% são fabricadas por laboratórios nacionais), nos serviços de saúde da rede pública, além da oferta nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries). Foi por meio dessas que se conseguiu controlar doenças como: tétano, coqueluche, difteria, sarampo e poliomielite.

O PNI comemora em 2002, 28 anos de ações positivas não só nas conquistas contra a pólio (há quase 11 anos o Brasil não registra um caso de paralisia infantil), como também já atingiu os patamares de imunização dos países desenvolvidos.

Considerando que os imunobiológicos podem causar reações adversas, foi implantada a notificação pela Ficha de Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinais tendo em vista: conhecer a real dimensão das reações vacinais no município, confirmar as notificações, monitorar a qualidade da rede de frio e acompanhar a notificação realizada pelos profissionais da rede pública como também a retroalimentação desses após a análise.

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a implantação da Notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinais no Cabo de Santo Agostinho em Pernambuco, no período de agosto/2001 a abril/2002. E como objetivos específicos: acompanhar e avaliar a Notificação dos Eventos Adversos Pós-Vacinais; e capacitar os enfermeiros do Programa de Saúde em Casa (PSC) para Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinais.

Realizou-se um estudo descritivo. O instrumento de estudo foram as fichas de Investigação dos Eventos Adversos Pós-Vacinais preenchidas pelos enfermeiros do Programa Saúde em Casa (PSC), entre os meses de Agosto/2001 e Abril/2002, momento posterior à capacitação destes.

Dia 18 de setembro

Do total de casos notificados, oito foram confirmados. O sexo feminino foi o mais atingido. A faixa etária mais acometida foi a maior e igual a 12 meses, com exceção do sexo masculino dos casos confirmados. Os dados sugerem uma possível relação entre a maior ocorrência dos eventos adversos com a faixa etária, em decorrência de maior exposição.

Os eventos adversos confirmados ocorreram com igual frequência para as faixas etárias de três a quatro meses e maior e igual a 12 meses. As vacinas do primeiro grupo etário foram DTP e Hepatite B e no último a DTP e a Tríplice Viral.

As manifestações sistêmicas (febre, episódio hiporresponsivo e reação de hipersensibilidade) foram mais frequentes para as vacinas DTP, Tríplice Viral e Hepatite B. Apenas as vacinas DTP e dT apresentaram manifestações locais (dor, rubor, nódulo) conseqüente, principalmente, à presença do componente alumínio (Ministério da Saúde, 2001).

As regionais que mais notificaram foram a I e a IV, com nove e quatro casos, respectivamente, destacando que a primeira apresentou o maior número de eventos adversos confirmados. As notificações das regionais II e III foram confirmadas. O município possui 38 serviços com imunização de rotina sendo assim distribuídos: 12 na regional I, 5 na regional II, 14 na regional III e 7 na regional IV. Apesar da regional III concentrar o maior número de unidades registrou menos eventos adversos. Esses dados sugerem a necessidade de incentivo para a suspeição e registro. Embora 32 enfermeiros tenham sido capacitados, apenas oito realizaram notificação e zero registro foram feitos por médicos/enfermeiros que não foram capacitados.

Os dados sugerem que os profissionais estejam mais atentos aos possíveis eventos adversos pós-vacinais naqueles com maior número de exposição e principalmente para a vacina DTP, dT quer sejam manifestações sistêmicas ou locais.

A Coordenação municipal do PNI, por sua vez, deve manter a normatização, a capacitação e retroalimentação permanente dos profissionais, o que vai refletir na ocorrência da qualidade das notificações; juntamente com a adequada manutenção da rede de frio e operacionalização dentro das normas técnicas garantirá um imunobiológico capaz de provocar um impacto sobre a saúde da população.

VIGILÂNCIA AMBIENTAL**COMUNICAÇÃO ORAL****Programa de Saneamento Básico - canalização do Sangão**

Armênio Oyarzabal

Prefeitura Municipal de Saúde de Santa Bárbara do Sul, RS

pmsabasul@express.com.br

leandroveneral@bolcom.br

Santa Bárbara do Sul é um município de 10.008 habitantes (Censo IBGE/2000), localizado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, com a economia centrada no setor primário (agricultura - soja, milho, trigo; e pecuária - de corte e leite). Apesar de seus então 37 anos (1997) de existência como município, nunca antes houve preocupação do Poder Público com saneamento básico. Disso resultaram loteamentos em locais insalubres, que, pela presença e ação do homem, acabaram por tornar-se ainda mais impróprios para a habitação.

Um exemplo bastante ilustrativo desta realidade é o conhecido "sangão", córrego natural ao redor do qual foram instalando-se, ao longo dos anos, diversas residências que, pela característica alagadiça do local, não tinham como construir soluções individuais de esgoto (fossas sépticas) e acabavam depositando todos os dejetos da casa na própria sanga. Além disso, não raras vezes, o córrego acabava servindo como depósito de lixo, dos tipos mais variados, como animais mortos, móveis velhos, eletrodomésticos estragados, além, é claro, do lixo domiciliar.

As ações do Poder Público Municipal na busca de solução para o problema se concentraram exatamente na canalização do sangão em toda sua extensão, investimento acertado a partir dos dados oficiais da Secretaria Municipal de Saúde que indicam a redução brutal no número de casos notificados de Hepatite Viral em Santa Bárbara do Sul, conforme demonstrado: 1997 (87 casos); 1998 (quatro casos); 1999 (dois casos) e; 2000 (quatro casos).

Dia 19 de setembro

A Administração Municipal, ao assumir em 97, percebeu o elevado número de casos de Hepatite Viral que acometia as pessoas que moravam próximas ao chamado "sangão". Feita a investigação epidemiológica e o mapeamento dos casos, foi fácil perceber onde estava o foco do problema.

Iniciou-se trabalho de conscientização da comunidade por meio de palestras, reuniões e divulgação pela imprensa sobre a importância do adequado destino do lixo e do esgoto. No entanto, a questão principal era buscar soluções individuais ou coletivas, patrocinadas pelo Poder Público, já que os moradores não tinham condições econômicas de custear os procedimentos necessários. Saliente-se que a Corsan (estatal gaúcha que detém a concessão dos serviços de saneamento no município), oferece apenas água tratada, portanto nenhum serviço de coleta, destinação ou tratamento de esgotos.

Foi então iniciada a canalização da sanga com recursos próprios. Porém, a Prefeitura Municipal logo sentiu a necessidade de captar recursos para dar continuidade à obra (a sanga estende-se por mais de mil metros, dentro do perímetro urbano). Obtido financiamento junto ao Fundopimes, isso permitiu a canalização da sanga em toda sua extensão.

Ao mesmo tempo, com recursos próprios e provenientes do Orçamento Geral da União, pela emenda parlamentar, providenciou-se a construção de fossas sépticas e poços negros, evitando-se assim que resíduos domésticos e cloacais fossem despejados diretamente na sanga.

Beneficiários: perto de 1.000 (mil) pessoas residentes no entorno do sangão.

Ano de início do projeto: 1998.

Área de referência do projeto: Saúde/Infra-Estrutura.

Equipes envolvidas no projeto: Gabinete do Prefeito (coordenação geral das ações); Secretaria Municipal de Saúde (mapeamento, notificação, investigação, tratamento, orientação e educação das comunidades envolvidas); Assessoria Municipal de

Planejamento (elaboração do projeto e captação de recursos); Secretaria Municipal das Obras Públicas (execução da obra de canalização do "sangão" e das soluções individuais de esgoto); e Secretaria Municipal de Educação (ações de educação das comunidades envolvidas).

Parcerias: Associação de Moradores Bairro Morada do Sol e Associação de Moradores Bairro Fátima.

Recursos investidos: em recursos próprios o valor total somou R\$ 101.191,08 (cento e um mil, cento e noventa e um reais e oito centavos); recursos obtidos junto ao Fundopimes (fundo rotativo gerenciado pelo Banco do Estado do Rio Grande do Sul, que financia ações municipais para melhorias dos espaços urbanos) somaram R\$ 147.734,55 (cento e quarenta e sete mil, setecentos e trinta e quatro reais, cinquenta e cinco centavos); Recursos obtidos junto ao Governo Federal, por meio Emendas Parlamentares ao Orçamento da União somaram R\$ 30.228,32 (trinta mil, duzentos e vinte e oito reais, trinta e dois centavos); e o valor total investido na obra foi R\$ 279.154,00 (duzentos e setenta e nove mil, cento e cinquenta e quatro reais)

Perspectivas e resultados esperados: os resultados obtidos confirmam o conhecimento consolidado que a melhoria das condições de saneamento de uma comunidade implicam em redução do número de doenças e, conseqüentemente, dos gastos com atenção à doença. Portanto, os gastos efetuados representam investimento em saúde da população e redução de custos com internações hospitalares e gastos com exames e medicamentos.

Dia 19 de setembro

Intervenções da Vigilância Sanitária em áreas de abastecimento informal de água

João Rafael Lins Guimarães, Sheyla Duarte da Costa, Tabtha Santiago Rodrigues e Ozias Alves da Silva
Secretaria Municipal de Saúde de Natal, RN
jrlguimaraes@ig.com.br

O Setor de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio do Núcleo de Saúde Ambiental (NSA), realiza intervenções em áreas de abastecimento informal de água pela utilização de cloradores simplificados, distribuição de hipoclorito de sódio e de cloro estabilizado. A cidade de Natal dispõe de cerca de 95% de sua área geográfica atendida por sistema público de abastecimento de água, os 5% restante utiliza água retirada de poços rasos, poços artesianos, chafarizes, água armazenada em depósitos inadequados e outras fontes. Dessa forma, como forma de garantir uma água segura do ponto de vista sanitário, o Setor de Vigilância Sanitária realiza as intervenções citadas, com destaque para áreas periféricas e favelas que não dispõe de abastecimento público de água. Os cloradores simplificados são utilizados em poços rasos, principalmente, em áreas periféricas. O hipoclorito de sódio é distribuído em locais que utilizam depósitos para armazenagem de água, notadamente para as favelas. O cloro estabilizado em forma de pastilha é colocado em locais de risco abastecidos por água que não seja do abastecimento público. A água que sofre este tratamento simplificado é permanentemente monitorada, sendo realizadas análises de cloro e pH e coletadas amostras para realização de exames microbiológicos. As análises físico-químicas e microbiológicas da água têm o objetivo de avaliar a qualidade da água oferecida à população daqueles locais e verificar se as mesmas estão dentro dos padrões definidos pela Portaria MS n° 1.469/2001. A finalidade principal deste trabalho é garantir uma água segura àquela população que não dispõe de abastecimento formal de água, contribuindo, dessa forma, na prevenção e controle das doenças de veiculação hídrica.

O setor de Vigilância Sanitária mapeia as localidades atendidas por sistema informal de abastecimento de água e determina os tipos de intervenções necessárias. Nos poços rasos, geralmente situados em áreas periféricas, são instalados os cloradores simplificados, que consistem numa mistura de hipoclorito de cálcio e areia inseridos numa garrafa plástica provida de dois pequenos furos. Estes cloradores têm uma duração de cerca de 15 dias, período no qual liberam cloro na água. O hipoclorito de sódio é distribuído em locais não servidos pelo abastecimento público, onde predomina a armazenagem de água em depósitos como tonéis, vasos, tinas, etc, havendo anteriormente uma parte educativa com a explicação do uso do produto. O cloro estabilizado em forma de pastilhas é distribuído nos chamados locais de risco, onde acontece aglomeração de pessoas, também em áreas desprovidas do abastecimento público.

Os cloradores simplificados apresentaram excelente desempenho no que diz respeito à manutenção de índices de cloro na água e se mostraram eficientes na desinfecção, pois, foi verificada ausência de coliformes fecais e totais em 15 dias após a instalação dos mesmos. O período de funcionamento de 15 dias foi resultado de uma pesquisa onde diariamente eram medidos os valores de cloro e pH e retiradas amostras para determinação microbiológica. A distribuição de cloro líquido e estabilizado, tem contribuído consideravelmente na prevenção de doenças de veiculação hídrica em comunidades que não dispõem de abastecimento formal, constituindo-se, por conseguinte, numa maneira eficiente e segura de garantir a qualidade da água.

Dia 19 de setembro

Vigilância da qualidade da água do Município do Natal

João Rafael Lins Guimarães, Sheyla Duarte da Costa, Tabtha Santiago Rodrigues e Ozias Alves da Silva
Secretaria Municipal de Saúde de Natal, RN

O Setor de Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio do Núcleo de Saúde Ambiental (NSA), realiza a vigilância da qualidade da água de Município de Natal, pela introdução nos trabalhos rotineiros de atividades de controle sanitário da água, avaliando parâmetros mínimos de potabilidade. A Portaria nº 1.469/2001 estabeleceu a atribuição das autoridades sanitárias competentes dos estados e municípios de exercer a fiscalização e o controle do seu cumprimento. De acordo com a citada Portaria, o controle das águas de abastecimento público, refere-se ao conjunto de atividades executadas pelo serviço público de abastecimento de água, e, a vigilância diz respeito ao conjunto de atividades que têm a finalidade de avaliar a qualidade da água distribuída e exigir a tomada de medidas necessárias no caso da água não atender ao padrão de potabilidade. Dessa forma, são analisados os valores de cloro residual e pH da água de abastecimento público durante todas as inspeções sanitárias, e, são, também, coletadas amostras dos chamados locais de risco para a realização de análises microbiológicas e, ainda, a vigilância de poços profundos por meio da avaliação dos índices de nitrato.

No decorrer da inspeção sanitária são medidos por determinação colorimétrica, os valores do cloro residual e do pH da água proveniente do abastecimento público e dos reservatórios inferiores e superiores. Os resultados dessas análises são encaminhados ao Núcleo de Saúde Ambiental, onde são analisados os padrões de qualidade da água exigidos pela Portaria nº 1.469/2001. Os resultados que não obedecem aos padrões de potabilidade são remetidos para a Caern - Companhia de Águas e Esgotos do Rio Grande de Norte, para a tomada de providências. Também, são realizados nos chamados locais de risco, como centros de saúde, escolas, creches e outros, a determinação

microbiológica das águas dos reservatórios inferiores e superiores com o intuito de verificar-se o padrão bacteriológico de qualidade da água definido em legislação específica. No caso de verificação de água imprópria para o consumo, exige-se a realização de limpeza e desinfecção dos reservatórios comprovadamente contaminados, utilizando-se metodologia definida pelo Setor de Vigilância Sanitária. Uma outra forma de atuação é o controle de poços profundos de abastecimento de, principalmente, estabelecimentos de maior consumo de água, onde é solicitada a análise físico-química da água. No caso de verificação de índices de nitrato, de grande incidência no Município do Natal, acima dos valores permitidos, é exigido o uso limitado da água apenas para atividades que não envolvam o consumo humano. Nos casos dos locais de risco, já citados anteriormente, orienta-se o fechamento do poço.

○ presente trabalho consiste num instrumento de vigilância da qualidade da água no Município de Natal, previsto na Portaria nº 1.469/2001, alcançando uma importante repercussão em termos de saúde pública, evitando-se, por conseguinte, a disseminação de doenças de transmissão hídrica causada pela qualidade e acondicionamento inadequados da água. Como resultado desta vigilância foram verificados índices de cloro e pH fora dos padrões recomendados, contaminação por coliformes fecais e totais e alto número de poços contaminados por nitrato.

Vale salientar, que este trabalho faz parte das ações de vigilância sanitária, otimizando os recursos materiais e humanos disponíveis e contribuindo significativamente para a manutenção de padrões sanitários adequados da qualidade da água.

Dia 19 de setembro

Uso correto de agrotóxicos e prevenção de acidentes no campo

José Antonio Adami, Péricles Capello Cruz, Juscelina A. Correia, Rita C. F. Bergo
Secretaria Municipal de Saúde de Atibaia, SP
veatibaia@ig.com.br

O objetivo do presente trabalho é o de relatar a experiência do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Atibaia - SP, que em parceria com a Casa da Agricultura (Cati), vem desenvolvendo algumas ações de vigilância e controle do uso de agrotóxicos e prevenção de acidentes no campo.

O município de Atibaia-SP tem a agricultura como uma de suas principais atividades econômicas, sendo as culturas de morango, uva e flores as mais importantes e que utilizam em grande intensidade agrotóxicos. O uso correto dos agrotóxicos, bem como os requisitos básicos de segurança para a aplicação, armazenamento e disposição final não têm sido em geral cumpridos.

Em geral produtores e trabalhadores rurais não se encontram suficientemente conscientizados sobre a necessidade de conservação dos recursos naturais. São problemas adicionais as condições precárias de moradia, saneamento básico e abastecimento de água, alcoolismo, tabagismo, baixa renda familiar.

Em 1997 o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE) passou a trabalhar com estatísticas de mortalidade, deparando-se com significativa proporção de óbitos por causas externas, principalmente afogamentos, envenenamentos, suicídios e acidentes com máquinas agrícolas. Investigação realizada tem demonstrado aspectos passionais, alcoolismo e traços de patologia psiquiátrica, além de falhas no armazenamento dos agrotóxicos, bem como a facilidade de aquisição dos mesmos.

Acidentes com tratores, máquinas e ferramentas agrícolas são com frequência referidos e apesar de não se ter dados de morbidade, pelo menos um caso grave tem ocorrido por ano. A investigação dos óbitos ocorridos evidenciou o não seguimento de recomendações de segurança.

Em maio de 2001, foi realizada campanha de orientação sobre riscos ligados ao trabalho tanto urbano quanto rural, tendo apoio de setores da administração pública e organizações não-governamentais, com a produção de material informativo e treinamento de agentes educadores, sendo realizado em oito unidades básicas de saúde rurais.

Em agosto de 2001, foi realizado treinamento de Introdução à Vigilância Epidemiológica de Intoxicação por Agrotóxicos, pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde e foi formada parceria entre técnicos do NVE e da Casa da Agricultura, da Secretaria de Estado da Agricultura para realização de trabalho educativo preventivo nos bairros da zona rural, que teve início em fevereiro de 2002. Este trabalho estava consonante com o Programa Estadual de Microbacias Hidrográficas.

Além dos temas principais já citados, outros assuntos têm sido introduzidos por iniciativa dos técnicos da saúde ou por demanda dos agricultores tais como Hanseníase e DST/aids.

As seguintes metodologias têm sido empregadas:

- Repasse do treinamento de Vigilância à Intoxicação por Agrotóxicos aos técnicos das Secretarias de Saúde e Agricultura, agentes de saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que poderiam atuar como agentes educativos.
- Seleção de material educativo produzido por instituições de referência, tais como folhetos, vídeos, cartazes, pôsteres, álbuns e transparências.
- Realização de reunião com os fornecedores de agrotóxicos no município.
- Realização de reuniões com os agricultores (patrões e empregados) em escolas, espaços comunitários ou particulares, nas quais é feita exposição dialogada sobre o tema, sendo na seqüência divididos em grupos para discussão e posterior plenária.

Dia 19 de setembro

- Visitas às propriedades para investigação de suspeita de contaminação ambiental com investigação e orientação de medidas de controle.
- Visitas para investigação de casos individuais de acidentes de maior gravidade ou óbito, ligados à Vigilância de Causas Externas ou de Intoxicação por Agrotóxicos.

Os resultados têm sido avaliados qualitativamente, podendo-se observar:

- Fortalecimento da parceria Saúde-Agricultura e maior responsabilização e apropriação dos papéis que lhes são cabidos.
- Maior conhecimento dos técnicos acerca da situação real do uso de agrotóxicos no campo, pela investigação dos óbitos.
- Contribuição para maior conhecimento dos agricultores sobre os riscos a que estão submetidos, formas de controle e minimização dos problemas.
- Geração de debate sobre o uso de agrotóxicos, os riscos e a possibilidade de utilização de formas alternativas de combate a pragas e o cultivo orgânico.
- Aumento da credibilidade das instituições públicas à medida que se envolvem de fato e buscam soluções juntamente à comunidade.
- Encontro de soluções factíveis para minimizar problemas de contaminação ambiental.

PÔSTER**A SES-MG enquanto articuladora para o fomento da política de atendimento aos desastres com produtos perigosos**

Eva Irena Kurek
Secretaria Estadual de Saúde, MG
se@saude.mg.gov.br
dvambiental@hotmail.com

Os acidentes ampliados ou desastres provocados pelos produtos perigosos têm causado seqüelas significativas para o homem em várias partes do mundo.

Além de provocarem um elevado número de óbitos e feridos, produzem danos ao meio ambiente que, conseqüentemente, afetam a saúde e a qualidade de vida de toda a humanidade.

A Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990, bem como a Instrução Normativa nº 1/2001 definem a competência do Setor Saúde na questão compartilhada de situações afetas à vigilância ambiental em saúde, meio ambiente e saneamento, para o exercício da prevenção e o alcance da promoção da saúde, por meio de articulações que garantam uma qualidade de vida à população, demonstrando factibilidade daquele setor para o exercício de suas atribuições legais:

- Propor normas e mecanismos de controle a outras instituições, com atuação no meio ambiente, saneamento e saúde, em aspectos de interesse da saúde pública, de forma a auferir respostas, fomentar o processo de conhecimento, reflexão e tomada de decisões sobre situações ambientais que impliquem em risco efetivo ou potencial à saúde pública.
- Participar da formulação e implementação das políticas de saneamento básico e controle de agressões no meio ambiente.
- Coordenar as atividades de vigilância de vetores, hospedeiros e reservatórios de doenças transmissíveis e animais peçonhentos e a

Dia 19 de setembro

vigilância de contaminantes ambientais na água, ar e solo, de importância e repercussão na saúde pública, bem como dos riscos decorrentes dos desastres naturais e acidentes com produtos perigosos.

- Monitorar, de forma complementar e suplementar aos municípios, os fatores não biológicos, que ocasionem riscos à saúde da população, observados os padrões máximos de exposição aceitáveis ou permitidos.

Utilizando apenas os dados estatísticos do corpo de bombeiros militar de Minas Gerais, verifica-se que no ano de 2001 ocorreram 116 ocorrências envolvendo produtos perigosos. Deste total, 70% se deram durante o transporte dos produtos, sendo as principais substâncias combustíveis, corrosivos e agrotóxicos.

A maioria destas cargas tinha como origem e destinatário outros estados, fazendo de Minas Gerais um grande corredor para fluxo destes produtos, interligando as regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

A partir do acidente ocorrido no Município de Tupaciguara/MG, a SES-MG, por meio da Diretoria de Vigilância Ambiental, entendeu a necessidade primordial de integrar e interagir os serviços públicos nos diversos níveis, passando a fomentar a articulação entre os diversos órgãos e instituições governamentais, no sentido do estado de Minas Gerais se adequar, pela criação de uma estrutura, constituída por equipe multidisciplinar, inter e intra-institucional, capaz de dar resposta aos diversos eventos danosos ao cidadão, à saúde e ao meio ambiente, com eficácia e eficiência.

O Acidente de Tupaciguara:

Cenário

- Acidente com caminhão transportando 12 toneladas de produtos químicos (agrotóxicos) de alta, média e baixa toxicidade e motor de outro caminhão.
- Condução irregular de quatro passageiros caroneiros.
- Existência de represa a, aproximadamente, 500m do acidente.

- Inexistência de ficha de emergência para o transporte de produtos perigosos no veículo transportador.
- Existência de moradores rurais a, aproximadamente, 30m do local do acidente, consumidores de água provinda de cisterna, localizada a 20m do ocorrido.
- Acidente com caminhão transportando 12 toneladas de produtos químicos (agrotóxicos) de alta, média e baixa toxicidade e motor de outro caminhão.
- Condução irregular de quatro passageiros caroneiros.
- Existência de represa a, aproximadamente, 500m do acidente.
- Inexistência de ficha de emergência para o transporte de produtos perigosos no veículo transportador.
- Existência de moradores rurais a, aproximadamente, 30m do local do acidente, consumidores de água provinda de cisterna, localizada a 20m do ocorrido.

Procedimentos adotados pela Diretoria de Vigilância Ambiental/SES-MG e Prefeitura de Tupaciguara:

- Socorro às vítimas.
- Realização de barreiras mecânicas.
- Realização de investigação epidemiológica ambiental.
- Orientação aos moradores rurais quanto a não utilização da água.
- Assessoramento e acompanhamento da retirada do veículo e dos resíduos perigosos.
- Interdição cautelar dos veículos com carga, resíduos de terra e carcaça.
- Determinação, em conjunto com a Promotoria Pública, de monitoramento do solo e água pela empresa produtora dos produtos perigosos.

Dia 19 de setembro

A estrutura, denominada Centro de Controle de Emergências do Estado de Minas Gerais (CCE) foi criada por uma Ordem de Serviço do Governador do Estado, sendo constituído por técnicos da Vigilância Ambiental/SES-MG, do Meio Ambiente, Agricultura, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Companhia de Saneamento, entre outros, sob a coordenação da Coordenadoria Estadual de Defesa Civil (Cedec), funcionando 24 horas para operacionalização da resposta aos desastres/acidentes com produtos perigosos, de forma integrada e organizada.

A educação ambiental no Programa de Prevenção ao Dengue - uma estratégia de mobilização comunitária para introdução da vigilância ambiental na Ilha Grande dos Marinheiros - Porto Alegre - RS

Marla Fernanda Kuhn
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS
mfkuhn@terra.com.br
rsf4618@via-rs.net

O trabalho realizado na região do Arquipélago-Ilha dos Marinheiros em Porto Alegre no Rio Grande do Sul, constitui-se em uma experiência de educação ambiental no programa de prevenção à dengue.

A região do Arquipélago, neste caso a Ilha Grande dos Marinheiros, reúne uma população de três mil habitantes com índices de vulnerabilidade social que por si só já justificam o trabalho sócio-educativo local. A população da Ilha não tem acesso ao saneamento básico, e na sua maioria sobrevive do trabalho com o lixo e a criação de suínos, impactando profundamente o meio ambiente local. A população está inserida de forma precária no mercado de trabalho, excluída dos serviços sociais básicos, cujos indicadores socioeconômicos recomendam intervenções articuladas de diferentes políticas públicas. Na Ilha as pessoas moram às margens do lago Guaíba, o que em dias de enchente/elevação do nível do lago devido às chuvas intensas, provoca alagamentos das casas e ruas, trazendo ainda maiores dificuldades de vida e propensão a doenças.

O abastecimento de água ocorre semanalmente com caminhão pipa, ficando depositada em tonéis plásticos nos pátios das casas. As pessoas não possuem cuidados com o manuseio e acondicionamento da água, sendo este dado muito relevante para o trabalho de prevenção à dengue.

Nosso objetivo foi estimular a mobilização comunitária para a vigilância ambiental, compartilhando que o foco das atividades não

Dia 19 de setembro

seria o combate ao mosquito transmissor da dengue e sim a mudança de comportamento das pessoas em relação ao meio ambiente. O trabalho desencadeou um processo continuado por meio de oficinas educativas e grupos de discussão na comunidade. Estimular a mobilização e participação ativa dos moradores da Ilha para promoção à saúde e vigilância ambiental, socializar com o conjunto dos moradores dados e estudos referentes ao controle e prevenção à dengue e sua relação com as condições de vida no local, são os objetivos essenciais do trabalho.

No decorrer das oficinas concluímos que a metodologia utilizada possibilitou a sensibilização dos moradores para a tomada de providências imediatas para as mudanças no ambiente do bairro, sendo cada morador um agente promotor de saúde na comunidade. A limpeza dos pátios e o cuidado com a água passaram a ser uma prioridade. A idéia da co-responsabilidade com a gestão ambiental ficou presente em cada um dos moradores que participaram das oficinas. Surge uma cooperativa de prestação de serviços de limpeza de caráter autogestionário e solidário.

Na Ilha Grande dos Marinheiros não se encontra o mosquito transmissor da dengue, e o seu controle e vigilância não passa apenas pelas ações desenvolvidas pelo Sistema Local de Saúde mas, de forma determinante, conta com a ação efetiva de todos os moradores.

Resíduos sólidos e meio ambiente - a percepção das comunidades urbanas da 15ª Microrregião de Saúde - Crateús - CE

Maria do Carmo Rodrigues Soares
Secretaria Estadual de Saúde, CE
crateus@saude.ce.gov.br

O crescimento das populações urbanas pelo processo de urbanização tem sido um dos fatores responsáveis pela multiplicação dos problemas gerados com a produção de resíduos pela população.

A palavra lixo é de origem latim, *lix*, significando sobras, e sólidos para diferenciar de líquidos e gases. O quadro epidemiológico atual tem se caracterizado pela coexistência de problemas de saúde associados ao processo de urbanização e industrialização, fazendo com que o homem passasse a utilizar os recursos naturais de forma desordenada, trazendo consequências ao meio ambiente e à saúde humana.

A presente pesquisa se destina a verificar a percepção das comunidades urbanas da 15ª Microrregião de Saúde, acerca da disposição final dos resíduos sólidos e sua relação com o meio ambiente. Trata-se de um estudo de natureza descritiva realizado no âmbito da Microrregião, composta de onze municípios: Ararendá, Crateús, Independência, Ipaporanga, Ipueiras, Monsenhor Tabosa, Nova Russas, Novo Oriente, Poranga, Quiterianópolis e Tamboril. Sua população total é de 272.668 habitantes, destes, 117.069 localizados na zona urbana.

Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2002. O instrumento utilizado foi um questionário que serviu como guia de entrevista às famílias nas áreas da pesquisa, aplicado por Agentes Comunitários de Saúde.

A partir dos resultados obtidos constatou-se que em todos os municípios, a disposição dos resíduos sólidos acontece em lixões situados às margens de rios e estradas que dão acesso à zona rural a céu aberto. O grupo pesquisado relaciona doenças, poluição dos cursos d'água, assoreamento dos rios, mau odor e desorganização da cidade, como os

Dia 19 de setembro

principais problemas que o lixo pode causar a sua cidade e ao meio ambiente.

Como processo de reaproveitamento de seus resíduos, as comunidades urbanas praticam a reutilização de materiais. Observou-se que 71% das pessoas entrevistadas nunca participou de nenhum tipo de reunião cujo tema em discussão fosse "lixo", mas identificam o Agente de Saúde como o principal informante sobre o assunto, durante a visita domiciliar.

Estudar o ambiente urbano por meio de uma abordagem perceptiva, ganha cores e nuances de acordo com as diferentes maneiras pelas quais as pessoas conhecem e constroem sua realidade. Diante destes resultados evidencia-se que somente por um processo de educação e conscientização da sociedade civil, sobre os efeitos ambientais e na saúde, oriundos da disposição inadequada dos seus resíduos e de suas responsabilidades enquanto cidadãos, é possível uma mudança comportamental que irá refletir diretamente no gerenciamento dos resíduos sólidos municipais.

**INOVAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE
VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS****COMUNICAÇÃO ORAL****Descentralização do Serviço de Vigilância Epidemiológica no
Município de Foz do Iguaçu - PR**

Ângela C. Gonzalez, Érica F. Silva, Maria S. Arai, Roberto V. Doldan,
Rose Mere da Rosa

Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, PR
ericafesil@hotmail.com

O Município de Foz do Iguaçu, em gestão Plena, desde 1998, tem sua economia baseada no ecoturismo e comércio. Apresenta população estimada de 272.000 habitantes e características peculiares como área geográfica de fronteira com os países Paraguai (Ciudad del Est) e Argentina (Puerto Iguazú), eixo turístico e endemias comuns a Tríplice Fronteira. A partir da gestão Plena estruturou-se para o desenvolvimento de ações em Vigilância Epidemiológica baseadas na distritalização do município. Em 1999, foi criado em parceria com o Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal, o Centro de Epidemiologia, iniciando assim, a otimização do serviço, que até então contava com reduzido quadro de recursos humanos, técnicos e estruturais. A operacionalização do serviço era realizada conforme demanda espontânea, resultando em subnotificações, não permitindo um perfil fidedigno dos agravos e comportamento das doenças, gerando ações de pouca abrangência. No ano de 2000, ocorreu a descentralização do Serviço de Vigilância Epidemiológica para os Distritos Sanitários. Este processo foi efetivado com base no seguinte planejamento:

- Adotou-se cinco núcleos de saúde como unidade de referência.
- Recrutamento e seleção de recursos humanos.
- Perfil epidemiológico de cada distrito sanitário.
- Sensibilização da equipe interdisciplinar.

Dia 19 de setembro

- Estabelecimento de fluxo funcional.
- Divulgação junto à comunidade.
 - Como resultante deste processo, destacamos:
- Melhoria na qualidade das notificações.
- Planejamento com base em indicadores de saúde.
- Recursos humanos qualificados.
- Capacitações freqüentes.
- Implementação do Comitê Municipal de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil.
- Criação do Centro de Processamento de Dados.
- Otimização dos Sistemas de Informação SIM, Sinan, Sinasc, Sisvan, PNI, Sispre-Natal.
- Criação do Sistema de Verificação de Óbitos.
- Criação do Serviço de Atendimento a Portadores de Hepatites.
- Implementação do ambulatório de atendimento a portadores de tuberculose e hanseníase.
- Participação da comunidade.
- Implementação do Comitê de Tríplice Fronteira.

A região de fronteira enfrenta, desde a década de 1970, um crescimento populacional e dificuldades frente à falta de estrutura sanitária, técnico-científica, e de recursos financeiros para o controle e prevenção de agravos à saúde da população. Diante desta situação os profissionais de saúde da fronteira evidenciaram a necessidade de um trabalho em conjunto. Para tal, em 2000 realizou-se com apoio do Opas/MS um projeto de Cooperação Técnica entre os três países, visando capacitações/cursos para os profissionais da área de saúde, voltados para o enfrentamento em conjunto dos seguintes problemas:

- Falta de unificação e análise conjunta de dados básicos de Vigilância Epidemiológica para a Tríplice Fronteira.
- Falta de coordenação conjunta das atividades de malária, dengue, febre amarela, leishmaniose e raiva.
- Falta de coordenação conjunta para prevenção e controle da raiva.
- Falta de coordenação conjunta para a assistência de casos de DST/Aids.
- Deficiências no registro das notificações, sem troca de informações de agravos.
- Diferença no esquema vacinal, com problemas na disponibilidade de imunobiológico.

Hoje o Comitê da Tríplice Fronteira encontra-se em processo de reestruturação, o qual está redigindo um documento de entendimento entre os governos da Republica Federativa do Brasil e o governo da República do Paraguai e da Argentina, no intuito de efetivamente formalizar a existência do Comitê e assim, contribuir para o desenvolvimento técnico-científico da região de fronteira, bem como prover ações de qualidade e eficácia de atenção à saúde da população.

Dia 19 de setembro

Centro de Referência em Doenças Endêmicas Pirajá da Silva - uma inovação no controle das endemias

Eliane Góes Nascimento
Secretaria Estadual de Saúde, BA
cerdeps.piej@saude.ba.gov.br
io_ramos@hotmail.com

O Centro de Referência em Doenças Endêmicas Pirajá da Silva (Cerdeps/Piej) constitui um marco referencial na história do controle das endemias na Bahia por ser modelo de organização e gerenciamento, tendo por características básicas a integração interinstitucional e como objetivo principal o controle de algumas endemias regionais (Leishmaniose, Esquistossomose, Doença de Chagas, Malária e Febre Amarela) vistas em uma perspectiva globalizada onde estes agravos são estudados e abordados nos mais variados aspectos.

A necessidade de reestruturação da organização de serviços de saúde no controle das endemias, surgiu da observação dos crescentes índices de prevalência de algumas endemias (Leishmanioses Visceral e Tegumentar, Esquistossomose) e das medidas de controle realizadas de forma segmentada por várias instituições.

O primeiro passo foi a realização de um diagnóstico situacional da Leishmaniose no município de Jequié, o que possibilitou o conhecimento da distribuição geográfica e focal da doença, das faixas etárias acometidas, da fragilidade do nosso sistema de notificação e principalmente da má qualidade no tratamento. Esse diagnóstico evidenciou a grande necessidade de implantação de um ambulatório para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, que foi concretizado em maio de 1992 com o nome de Programa Integrado de Endemias em Jequié (Piej).

Com o aumento da demanda e a implantação de novas atividades houve a necessidade de ampliação das suas instalações que foi concretizada em 1994 com a liberação da Unidade de Saúde do CSU por meio da Secretaria do Trabalho e Ação Social (Setras),

passando por reforma e ampliação com a construção de laboratório de alta tecnologia totalmente automatizado que atendesse não só a parte de exames especializados assim como os de rotina.

O atendimento médico ambulatorial funciona diariamente nas especialidades de: leishmaniose, esquistossomose e Doença de Chagas em horários adaptados aos pacientes. Os diagnósticos são dados por meio de critérios clínicos epidemiológicos e laboratoriais. Além do serviço médico o paciente é assistido pelo serviço de enfermagem e odontológico.

Como diagnóstico complementar são oferecidos exames anátomo-patológicos e eletrocardiográficos, aos quais são submetidos todos os pacientes de Doença de Chagas e portadores de Leishmaniose em uso de Glucantime.

O Centro possui um núcleo de entomologia que vem realizando diagnóstico entomológico e participando de trabalhos de pesquisa. Além disso são realizadas atividades de Vigilância Epidemiológica com manutenção de banco de dados atualizados e investigação de 100% dos casos e óbitos por Leishmaniose Visceral, Leishmaniose Tegumentar Americana, Doença de Chagas e Malária. As atividades de Pesquisa são desenvolvidas em parceria com a Fiocruz-BA, priorizando as seguintes linhas: Estudos Epidemiológicos, Imunológicos e Protocolos Clínicos, como ensaio com pentamidina, e ainda atua como núcleo de capacitação, sediando cursos estaduais e nacionais de grande importância e mantendo intercâmbio com várias Universidades no sentido de oferecer oportunidades de estágios nos diversos setores.

O Cerdeps/Piej, serve como modelo de organização de serviço no Estado da Bahia, trabalhando com uma visão global das doenças endêmicas, procurando entender os mecanismos de transmissão dessas doenças, participando do processo de controle, por intermédio de diagnósticos entomológicos, detecção dos casos, diagnóstico específico e tratamento precoce, cujos resultados são observados na redução de morbi-mortalidade a exemplo da Leishmaniose Visceral com redução de 191 casos em 1996 para quatro casos, em 2002.

Dia 19 de setembro

Avaliação da descentralização dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica: uma abordagem construtivista

Gerluce Alves Pontes da Silva, Alcina Marta Andrade, Marijane Andrade Tomás, Marlene Barros de Carvalho, Lorene Louise Pinto
Secretaria Estadual de Saúde, BA
gtcext@saude.ba.gov.br
alcina@saude.ba.gov.br

A mudança do perfil de financiamento da área de Vigilância Epidemiológica e controle de doenças proposta na Portaria nº 1.399/1999 do Ministério da Saúde, passando o repasse de recursos a ser fundo de fundo, e não disciplinado sob a forma de convênios, como historicamente ocorria, viabilizou um maior grau de descentralização da área no país. No Estado da Bahia, 379 (90,9%) municípios já foram certificados, passando a assumirem a responsabilidade pelas ações, cabendo ao gestor estadual a permanente avaliação dos Sistemas Municipais de Vigilância Epidemiológica (VE).

Com o propósito de incorporar práticas sistemáticas de avaliação no cotidiano dos serviços, foi elaborada uma proposta visando a institucionalização do monitoramento e da avaliação do processo de descentralização da VE. O quadro de referência utilizado considera os sistemas de vigilância como sistemas sociais, portanto, adota-se a perspectiva da avaliação construtivista, que incorpora o envolvimento dos atores como fundamental, e considera a avaliação como um espaço pedagógico e de negociação. Assume-se também a linha da análise da implantação que trabalha com a importância do contexto político e organizacional na implementação de políticas e intervenções.

A construção da proposta implicou inicialmente na capacitação da equipe da Coordenação de Análise da Situação de Saúde/Divep/Sesab responsável pela coordenação do processo, e elaboração de um documento de referência com contribuições da equipe das esferas central e estadual, e posteriormente foi realizada uma oficina para a pactuação da proposta final e sua implementação. Os caminhos definidos:

1º momento: apreciação do grau de implantação da descentralização das ações de VE no Estado da Bahia, a partir de matriz construída com dimensões, critérios e padrões identificados e a ser validados pelo uso de técnicas de consenso, em grupos constituídos por gestores e técnicos das esferas estadual e municipal;

2º momento: análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da descentralização das ações de VE, a ser realizada em municípios selecionados;

3º momento: desenho do Sistema de Monitoramento e Apoio aos Sistemas Municipais de Vigilância Epidemiológica; e

4º momento: implementação da proposta pela criação de grupos de monitoramento e apoio com a participação de técnicos das esferas central e regional.

Um produto inicial do processo de monitoramento realizado foi o perfil dos trabalhadores municipais de VE do Estado da Bahia, por meio da análise das informações dos processos de certificação dos municípios e seguimento posterior, que revelou a alta rotatividade desses profissionais.

Apesar do desafio da prática de uma avaliação participativa na presença da contínua mudança, considera-se que a adoção de uma perspectiva construtivista de avaliação pode contribuir para a construção e/ou consolidação de sistemas de vigilância mais efetivos, uma vez que os métodos tradicionalmente utilizados sinalizam as disfunções dos sistemas, contudo não ampliam a compreensão das origens dos problemas levantados e dos meios de como enfrentá-los.

Com a ampliação da participação o processo avaliativo deixará de ser visto como um momento pontual, e passará a ter um papel decisivo para o desenvolvimento e capacitação dos atores que, no cotidiano, vêm construindo uma nova forma de atuar em saúde no país.

Dia 19 de setembro

PÔSTER

Investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos em Campinas/SP, ano 2001

Idalvo Saglioni

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, SP
covisa.vs@campinas.sp.gov.br

Os agravos decorrentes do consumo de alimentos ou água contaminados provavelmente se constitui o mais comum problema de saúde contemporâneo, merecendo a atenção de especialistas em segurança alimentar em todo o mundo, notadamente da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (FAO).

Os hábitos no planeta faz com que cada vez mais pessoas se alimentem fora de suas residências pelo menos uma vez ao dia, consumindo coletivamente refeições preparadas em estabelecimentos que, não raro, descuidam do aspecto higiênico no preparo dos alimentos, possibilitando a ocorrência de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA).

Para intervir nas condições adversas em que são preparadas as refeições, e o esclarecimento dos determinantes que causam os surtos de DTA, é de fundamental importância para a identificação dos agentes, as circunstâncias em que foram preparados os pratos, sendo possível estabelecer práticas preventivas pertinentes.

No município de Campinas/SP, diante da ocorrência de surtos de DTA, constatou-se que os técnicos da vigilância em saúde não estavam capacitados para investigá-los de forma a esclarecer suficientemente as ocorrências, bem como, que a relação com outros órgãos e instituições envolvidos, poderia ser melhorada. Também ocorria uma significativa subnotificação de casos.

Promoveu-se um treinamento específico para os técnicos – médicos veterinários, enfermeiros e técnicos de alimentos –, capacitando-os para

todas as etapas da investigação de surtos de DTA – inquérito epidemiológico junto aos comensais de refeições suspeitas, encaminhamento de coletas de materiais biológicos e amostras de alimentos suspeitos, inspeção sanitária, medidas de eliminação ou mitigação dos danos, etc, disponibilizando uma planilha eletrônica elaborada na vigilância em saúde do município, a qual facilita a avaliação dos dados obtidos pela aplicação do inquérito coletivo. A partir dos recursos disponibilizados pelo aplicativo Excel® estruturou-se um conjunto de planilhas conforme modelos de fichas identificadas pelo CVE/SES (SP) como Formulário 2 (Inquérito Coletivo de Surto de Doença Transmitida por Alimentos), Formulário 4 (Ficha de Identificação de Refeição Suspeita) e Formulário 5 – Relatório de Investigação de Surto de Doenças Transmitidas por Alimentos (DTA) –, as quais atuam de forma conjugada.

Os dados obtidos a campo e anotados em uma Ficha conforme o Formulário 2 são digitados na planilha eletrônica contendo os mesmos campos. Ao final da digitação, todos os dados são processados pelo aplicativo e, no Formulário 4, tem-se o cálculo das diferenças das taxas de ataque entre os comensais doentes que consumiram os alimentos específicos e aqueles que não os consumiram e o Risco Relativo referente a cada alimento. No Formulário 5, o Relatório apresenta o total de pessoas entrevistadas, de doentes e de hospitalizadas, com respectivos percentuais; o total e o percentual por sexo dos doentes e respectivas faixas etárias; a sintomatologia dos comensais e percentuais; a mediana dos períodos de incubação e a ocorrência de óbito.

Efetivou-se contato com outras instituições, especialmente com a Diretoria Regional de Saúde de Campinas - DIR XII, estadual, e o laboratório local do Instituto Adolfo Lutz; este último além de fornecer todo o apoio técnico e operacional para a realização das análises, também assumiu papel fundamental para a notificação de casos, comunicando a Vigilância Sanitária (Visa) quando solicitados pela iniciativa privada para a análise de alimentos suspeitos de envolvimento em surtos de DTA.

Dia 19 de setembro

Nenhum caso foi investigado durante o ano de 2000, já em 2001 as providências viabilizaram a notificação e investigação de 20 casos de DTA, com 359 doentes e nenhum óbito. Estes casos foram avaliados quanto à etiologia, revelando maior incidência entre as *Salmonellas* – 20% dos casos – e dois casos de *Escherichia coli* O157:H7; aos alimentos envolvidos, bem diversificados mas com predominância de pratos à base de maioneses – 15% dos casos –; aos estabelecimentos que os prepararam, prevalecendo as cozinhas coletivas de acesso restrito – 40% dos casos –; e por área de cobertura dos Distritos de Saúde do município.

As equipes treinadas para investigação de surtos de DTA receberam e investigaram 20 casos durante o ano de 2001, melhorando a qualidade dos resultados obtidos e sentindo-se mais motivadas para a realização das investigações, contando ainda com a facilidade e apoio da planilha eletrônica. O relacionamento com órgãos e instituições afins melhoraram, tendo ocorrido um sensível aumento no número de casos notificados e investigados. A planilha encontra-se disponibilizada a todos os interessados, no portal de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas na Internet, podendo ser acessada em: www.pmc.sp.gov.br/saude/visa/plan_d_aliment/plan_alimentos.htm.

A história da Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde de Porto Alegre

Denise Aerts, Gehysa Guimarães Alves, Rui Flôres, Marcelo Bósio, José Carlos Sangiovani

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS
daerts@sms.prefpoa.com.br

Na década de 1990, discutia-se na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) a necessidade da articulação das ações de vigilância epidemiológica e das zoonoses. Em 1987, havia sido criado o Centro de Controle de Zoonoses e havia a expectativa de que, em breve, as ações de vigilância epidemiológica viessem a ser municipalizadas. No entanto, isso somente aconteceu em 1994, quando foi criado o Centro de Vigilância à Saúde (CVS), agregando os recursos humanos municipalizados (estaduais e federais) aos serviços já existentes na SMS. Nos primeiros anos de CVS, o desafio era constituir um grupo de trabalho, formado por trabalhadores de oito diferentes equipes (administrativa, vigilância das águas, vigilância dos alimentos, vigilância de produtos, vigilância de serviços, vigilância epidemiológica, vigilância das zoonoses e equipe de informação), com um mesmo objetivo: o de vigiar a saúde da cidade. No entanto, com a experiência adquirida, evidenciou-se a impossibilidade de se vigiar a saúde da cidade, sem parceiros, sem que a rede básica adotasse o mesmo modelo de atenção, sem que outros setores da sociedade participassem dessas ações, sem que a preocupação em promover e proteger a saúde fosse de todo o governo e, principalmente, de todos os cidadãos. Tornou-se claro, nos últimos anos, que o desafio era maior do que simplesmente integrar as três vigilâncias (epidemiológica, sanitária e ambiental), ou seja, era o de construir para Porto Alegre um novo modelo de atenção, pautado por um conceito positivo de saúde e pelas práticas da vigilância da saúde.

Atualmente, a CVS tem a denominação de Coordenadoria Geral de Vigilância da Saúde (CGVS), concretizando no nome o modelo de atenção desejado para toda a cidade. Apesar de sermos responsáveis pelas ações coletivas de Vigilância da Saúde de todos os cidadãos de

Dia 19 de setembro

Porto Alegre, não somos o único setor com essa responsabilidade. Nesses anos, construímos um trabalho com reconhecimento público, constituído em um importante espaço de promoção e proteção da saúde da população e de consolidação do modelo de atenção da Vigilância da Saúde. A CGVS conta com quase 300 trabalhadores entre servidores, estagiários e operários terceirizados, sendo composta por oito equipes: administrativa, vigilância das águas, vigilância dos alimentos, vigilância de produtos, vigilância de serviços, vigilância epidemiológica, vigilância das zoonoses e equipe de informação. Essas equipes desenvolvem ações conjuntas e articuladas entre si e com outros setores da sociedade. Suas atribuições obedecem à formatação clássica dos modelos consolidados em vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, tendo como diferencial a ênfase em atividades educadoras e intersetoriais, em co-responsabilidade com a sociedade, buscando romper com as práticas policiais tradicionais. Mesmo as equipes que historicamente desenvolviam ações eminentemente fiscalizadoras, hoje voltam-se para atividades educativas, dirigidas para setores sujeitos à regulação da vigilância, consumidores e população em geral.

Esse “novo” modo de fazer saúde necessita de 'novos profissionais'. Assim, a capacitação dos recursos humanos é fundamental, possibilitando que os trabalhadores atuem sobre o conhecimento das pessoas, para que essas desenvolvam espírito crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem. Além disso, é imprescindível ter com cada cidadão de Porto Alegre uma relação de permanente interlocução, viabilizando canais de difusão das informações necessárias para torná-los sujeitos na promoção de sua saúde e da saúde da cidade, constituindo-se assim em parceiros da CGVS. Hoje, em Porto Alegre, o Sistema Único de Saúde responsabiliza-se pela saúde de todos os moradores da cidade, usuários diretos ou não dos serviços assistenciais.

Avaliação dos indicadores de qualidade das atividades de vigilância epidemiológica em Minas Gerais - 2001. SMS, MG

Norma Sônia Fernandes
Secretaria Estadual de Saúde, MG
se@saude.mg.gov.br

Foi utilizada a metodologia desenvolvida pela Fundação Nacional de Saúde Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), disponível no site da Fundação (www.funasa.gov.br), adaptando-a às características do Estado.

Foram selecionadas, por análises prévias, 12 atividades entre as desenvolvidas pela vigilância epidemiológica, atribuindo-se a cada uma dessas atividades um indicador, escolhido segundo os seguintes critérios:

- Valorização das atividades finalísticas.
- Cobertura de todas as áreas essenciais.
- Bom poder de síntese.
- Bom poder para discriminar os estágios atingidos por cada Diretoria Regional de Saúde (DRS).
- Confiabilidade dos dados para sua construção.

Para a avaliação da cobertura vacinal e homogeneidade da cobertura foram utilizados indicadores compostos.

Os resultados dos indicadores foram agrupados em quatro faixas.

SIM; Sinasc; Sinan, sarampo; paralisias flácidas agudas (PFA); meningites; tétano neonatal; raiva humana; cobertura vacinal < um ano (pólio, DPT, sarampo, BCG, hepatite B); homogeneidade vacinal < um ano (pólio, DPT, sarampo, BCG); hospedeiro e reservatório (Raiva); vetores (*Aedes aegypti*).

Aos resultados dos indicadores correspondentes a cada uma das faixas, foram atribuídas as notas 1,2,4 e 8 respectivamente.

Dia 19 de setembro

O próximo passo foi o de se atribuir pesos de valor 1 ou 2 para cada atividade. Levou-se em conta na escolha do valor do peso:

- A relevância para a atividade finalística de prevenção e controle de doenças.
- A condição de ser objeto de programa nacional.
- A magnitude epidemiológica.
- O aporte de recursos financeiros.
- A existência de dados confiáveis para construção do indicador.
- A capacidade discriminatória.

Aplicando-se os critérios de valorização, as atividades receberam os seguintes pesos:

Peso 1: Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinan); manutenção da erradicação da poliomielite; controle das meningites bacterianas; controle da raiva humana; cobertura vacinal em < de um ano; homogeneidade da cobertura vacinal em < de um ano; controle da raiva animal; controle da dengue.

Peso 2 - Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan); erradicação do Sarampo; eliminação da tétano neonatal.

Calculado o produto dos pesos atribuídos às atividades pelas notas obtidas por cada indicador, os resultados foram transformados em escala centesimal, considerando o máximo de ponto possível de ser obtido igual a 128.

Os indicadores de avaliação da qualidade das atividades de vigilância epidemiológica refletem o desempenho dos municípios na execução das ações pactuadas e a capacidade das Diretorias Regionais de Saúde (DRS) de articulação e de indução do processo de implantação do modelo de programação pactuada integrada.

A heterogeneidade existente entre os 853 municípios do estado foi identificada como um dos fatores que contribuíram para o diferencial apresentado na pontuação alcançada pelas DRS.

O desempenho destas, reflete o grau de conhecimento e ou comprometimento com a municipalização das ações de vigilância epidemiológica, bem como a identificação da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) como instrumento de planejamento das ações de saúde no âmbito do SUS.

Fica evidente também a necessidade de avaliações de resultado e a incorporação de indicadores de gestão para as próximas avaliações.

Paralelamente a esse processo, também foi realizada avaliação da eficiência das DRS na realização das ações de Vigilância Epidemiológica que lhes competem.

Adotou-se como indicador o gasto efetivado por ponto alcançado na avaliação daquelas ações.

A divulgação das avaliações, se fez pelas supervisões macro-regionais, onde se procurou discutir o papel das DRS no processo ora vivenciado e identificar os pontos dificultadores e ou facilitadores que intervieram no resultado da avaliação

Dia 19 de setembro

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO ORAL

Evidências do Sinasc

Paulo Recena Grassi
Secretaria Estadual de Saúde, RS
cis@saude.rs.gov.br

1ª Evidência - O Sinasc e o sub-registro de nascimento

Desde 1992, o Sinasc demonstra ser importante instrumento para detectar o desempenho de indicadores de saúde. A partir da quantificação do sub-registro de nascimento, o estudo avalia a potencialidade do Sistema em atingir maior cobertura quando comparado com o Registro Civil.

Foram selecionados, aleatoriamente, 41 municípios com populações de pequeno, médio e grande porte. As Declarações de Nascidos Vivos - DNV, de mães residentes nos municípios e ocorridas em novembro/2001 foram investigadas, confrontando o nº da DNV e a data de nascimento com as Planilhas de Cartório. As DNV foram rastreadas em novembro e dezembro/2001 e janeiro/2002. A amostra foi de 37,3%. A Lei nº 6.015, permite aos pais "60 dias para providenciar a Certidão de Nascimento do filho". O nascimento não registrado no prazo foi considerado sub-registro de nascimento.

A variação do sub-registro de nascimento foi de 0% a 36,8%, média de 18,7% para o RS; 25 municípios apresentaram-se abaixo da média; comparando com a última avaliação (julho/2001), três municípios permaneceram iguais, 23 diminuíram e 15 aumentaram o percentual de sub-registro.

Estudo de Relação Amostral (1992) apurou 24,8% de sub-registro no Rio Grande do Sul. Em 1994/1995 e 1996/1997, trabalhos usando

o Sinasc como instrumento de investigação, revelaram, respectivamente, 27,2% e 30,6% de sub-registro. Em 2000, o sub-registro foi de 24,3%. Frente a isto, o Comitê Criança Cidadã lançou, em abril/2001, a campanha "Registre Seu Filho", exaltando a Certidão de Nascimento como documento que legaliza a existência do indivíduo. Em julho, três meses após o início da campanha, avaliação apurou um sub-registro de 22,6% (diminuição de 1,7 pontos percentuais em relação a 2000). O presente estudo, novembro/2001, constatou sub-registro de 18,7% (decréscimo em relação a julho de 3,9 pontos). Contabilizando os nascimentos diretamente nos hospitais, o Sinasc ganha confiabilidade. Da dramaticidade da taxa de sub-registro de nascimento, emerge o Sinasc com uma cobertura 18,7% superior ao Registro Civil. A partir dessa evidência o Sinasc deve ser reconhecido como o mais fiel denominador para inúmeros coeficientes que pedem nascidos vivos na fórmula.

2ª Evidência: O Sinasc e a natalidade

O Sinasc está implantado nos 497 municípios do Rio Grande do Sul. A DNV é preenchida para todos os recém-nascidos de partos hospitalares (99%) e domiciliares (1%). Para 2001, foi estimada uma natalidade de 170.000 nascidos vivos (nv). O fechamento contabilizou 160.366 nascimentos, representando queda de 15.327 NV. Em razão dessa ocorrência, foram necessárias validações na cobertura do Sistema.

Os relatórios de controle de cobertura foram gerados a partir dos Bancos de Dados do Sinasc, utilizando as ferramentas Tabwin e Excel.

Foram constatadas quedas na natalidade em diferentes avaliações: nas 19 Coordenadorias de Saúde - 100% (19/19); em 23 municípios com população acima de 80.000 habitantes - 95,8% (23/24); em 39 municípios com população acima de 50.000 habitantes - 92,8% (39/42); em 330 municípios/RS - 66,4% (330/497). Em Porto Alegre, a redução da natalidade foi de 11,3%. Comparação entre partos SUS e nascidos vivos Sinasc, apresenta igual perfil de diminuição. O coeficiente de natalidade diminuiu 1,7 pontos, passando de 17,3/1.000 nv (2000) para 15,6/1000 NV (2001).

Dia 19 de setembro

Embora o número de óbitos em menores de um ano, nos últimos dois anos, tenha diminuído 136 óbitos, passando de 2.650 para 2.514, queda de 5,1%, o Coeficiente de Mortalidade Infantil-CMI/2001 aumentou de 15,1 óbitos/.1000 NV para 15,7 óbitos/1.000 nv. Ocorreram investimentos que diminuíram a mortalidade infantil em número absoluto. Mas os resultados decorrentes dos investimentos "lato sensu" no controle da natalidade, foram mais contundentes, reduzindo-a em 8,4%. Isso levou a um reflexo negativo no CMI. As séries históricas do número de nascimentos e do coeficiente de natalidade demonstram tendências de queda. Exceção ocorreu em 1999 quando os nascimentos aumentaram (o *Baby Boom* Gaúcho), tendo sido conjecturado por epidemiologistas e psicanalistas como fenômeno relacionado à "data mágica" do final do milênio. A explosão verificada naquele ano ainda repercute. As mães continuam envolvidas na criação dos filhos. Na ocasião, o coeficiente das mães com idade entre 20-29 anos foi o de maior crescimento, atingindo 111,6 mães/1.000 mulheres. Em 2001, passou para 94,1 mães/1.000 mulheres. Este comportamento de diminuição em distintas abordagens corrobora o fato de ter efetivamente ocorrido queda na natalidade no RS, mantendo-se o Sinasc com cobertura adequada. Em razão de respeitarem metodologias específicas, as estimativas populacionais são previsíveis. Por isso, os números do Sinasc muitas vezes são impactantes. Eles oscilam, eles são sensíveis. O Sinasc mede um evento vital - o nascimento. Sua mensuração depende, basicamente, das influências sociais. Sob essa evidência a demografia ganhou inestimável veracidade e representatividade com o existir do Sinasc.

Qualificação das bases de dados sobre mortalidade por causas violentas - recuperação das informações a partir do Sistema de Registro de Ocorrência da Polícia Civil na cidade do Rio de Janeiro, 2001

Ana Maria B. Simplicio, Rosanna Iozzi, Mariza Theme F., Maristela C. Caridade, Ana Lucia Belizzi
Secretaria Municipal de Saúde, RJ
asimplicio@pcrj.rj.gov.br

Um dos problemas que o Sistema de Informações sobre Mortalidade vinha experimentando desde meados de 1999, em função da mudança do formulário da Declaração de Óbitos, foi a piora da qualidade da informação sobre mortes violentas. No ano de 2000, as violências cuja intenção não era determinada já alcançavam mais de 30% do total das mortes por causas externas.

Em 2001, este percentual se eleva mais ainda chegando próximo de 40%. Cada vez mais havia a necessidade de se resgatar as informações de uma cidade com 5.922.552 habitantes, 49.000 óbitos totais de residentes em 2001, um processamento anual de 60.000 Declarações de óbitos ocorridos na cidade, 5.255 óbitos por causas externas, sendo 2.593 homicídios.

Como Metodologia, em dezembro de 2000 a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro iniciou junto à Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro, a recuperação de informações sobre as mortes violentas processadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade desta secretaria. A qualificação foi direcionada àquelas de intencionalidade ignorada, ou seja, não categorizadas como homicídios, suicídios e acidentes e além destes os acidentes sem outras especificações não tipificados como acidentes de transporte, quedas, afogamentos, entre outros.

A consulta prévia à Asplan, setor responsável na Polícia Civil pelo processamento dos Registros de Ocorrência (RO) possibilitou desde o final do ano de 2000, a presença de um funcionário da Gerência de

Dia 19 de setembro

Informações Epidemiológicas da SMS-RJ (GIE) consultando as bases de dados da Polícia, pelo Sistema RO/RA. A pesquisa nos Registros de Ocorrência (RO) da Polícia Civil/Secretaria de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro tem sido a fonte principal de recuperação de informações complementares. Na maioria dos casos a verificação se dá a partir da base de dados já processados, de modo automatizado, em outros casos, é necessário a verificação manualmente nos formulários de RO.

Por meio dos trabalhos desenvolvidos na Polícia Civil, em dois dias semanais, têm ocorrido a possibilidade de se identificar casos de suicídio entre adolescentes e mortes de crianças em decorrência de maus-tratos, negligência e abandono, que antes não se resgatava.

Foi realizada a recuperação dos dados referentes ao ano de 2000, totalizando 2.460 casos. As mortes por atropelamento são a principal situação encontrada entre os casos inicialmente definidos como violências ou acidentes de intencionalidades ignoradas, constituindo o grupo de Acidentes de Transporte, o de maior recuperação. Estes, variaram de 233 casos antes das correções, para 1.130 (aumento de 385%). As quedas acidentais passaram de 207 para 455 óbitos (aumento de 119,8%). Por outro lado, os eventos de intenção não determinada passaram de 2.247 para 1.019 (redução de 54,7%). As agressões passaram de 2.546 para 3.364 casos, após as correções (aumento de 32,1%).

A recuperação dos dados da Polícia Civil tem sido imprescindível para garantir a qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade. A necessidade e a continuidade dos trabalhos está evidente, mostrando-se o valioso instrumento para nos aproximarmos da real magnitude da mortalidade por causas violentas na cidade do Rio de Janeiro.

Sistema de Vigilância dos Óbitos Infantis no Paraná

Nereu Henrique Mansano
Secretaria Estadual de Saúde, PR
nmansano@pr.gov.br

O Sistema de Vigilância de Óbitos Infantis foi implantado em 1999 no Paraná pelo Centro de Informações e Diagnósticos de Saúde com o apoio do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil.

O presente trabalho visa demonstrar o funcionamento desse sistema e alguns resultados obtidos.

A vigilância do óbito infantil (menores de um ano) tem início nos municípios com o preenchimento da “Ficha confidencial de investigação do óbito infantil tardio (28 dias a um ano) ou óbito neonatal (até 27 dias)” e entrevista domiciliar; a esta ficha são anexados os diversos documentos referentes à assistência (prontuários, carteira de pré-natal, exames).

Por meio deste material os Comitês Municipais e/ou Regionais preenchem a ficha de análise final do óbito, com a definição da causa básica, evitabilidade, critérios de evitabilidade, responsabilidades e medidas de prevenção. Os Comitês foram treinados anteriormente para análise.

Os critérios para seleção dos óbitos a serem investigados foram: óbitos de crianças com 1.500 gramas ou mais com exceção das mal-formações congênitas.

Para digitação das fichas de análise foi criado um programa com base de dados em Acces denominado Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil (Simi) e que permite a exportação dos dados para o Comitê Estadual, pela rede (correio eletrônico). O programa Simi produz 22 tabelas e seis gráficos com os dados digitados por município, regional e total do estado, facilitando a elaboração do perfil da mortalidade infantil e a definição de estratégias de redução.

Dia 19 de setembro

Em 2000, ocorreram 3.476 óbitos de menores de um ano, segundo o sistema de informações em mortalidade (SIM), destes foram investigados e digitados 1.747 (50%). Em 2001 ocorreram 2.901 óbitos infantis dos quais foram investigados 1.520 (52%). No total foram 3.267 óbitos investigados no período e digitados no Simi, ou 51,2% do SIM.

Em virtude do grande volume de óbitos optou-se pela análise nos municípios e na regional com exportação dos dados. O coeficiente de mortalidade infantil em 2000 foi 19,4 por 1.000 NV e em 2001 17,3 (dados do SIM). Observa-se uma tendência permanente de redução dos coeficientes.

Ocorreu alteração da causa básica do óbito infantil em aproximadamente 50% dos óbitos investigados nos dois anos. Avaliando-se os grandes grupos de causas (capítulos da CID 10) observou-se que raramente houve alteração percentual após investigação, exceto no grupo das causas mal definidas que ocorreu uma redução de 27%.

No entanto no detalhamento de cada causa básica evidenciou-se por exemplo que antes da investigação em apenas dois casos constava como causa básica na DO, "Feto e Recém Nascido Afetados por Ruptura Prematura de Membranas", já após a investigação esta patologia foi considerada a causa básica do óbito infantil em 41 casos. O "Descolamento Prematuro de Placenta Afetando o Feto", passou de cinco casos para 34 casos de óbito após a análise dos comitês. As "Complicações Maternas na Gravidez Maternas Afetando o Feto" que constava em apenas uma DO passou a ser a causa de 25 óbitos infantis. As causas que foram mais freqüentemente alteradas, para menos, enquanto causa de óbito infantil foram "Outros Recém-nascidos de Pré-termo", que é uma causa pouco definida, e teve uma redução de 52 casos assim como a "Insuficiência Respiratória do Recém-nascido" com uma redução de 51 óbitos.

Demonstrando que a investigação realizada pelos comitês permite entre outras ações, uma correção importante das causas básicas dos óbitos infantis.

Quanto à evitabilidade dos óbitos infantis observou-se que em 2000, foram considerados evitáveis 75,3 % dos casos e em 2001, 71,5%. O principal critério de evitabilidade foi a atenção adequada à gravidez e ao nascimento (50,6%). As principais medidas de prevenção foram educação em saúde aos familiares (13,96%), melhor assistência ambulatorial (34,65%), melhor atenção hospitalar (27,92%) e medidas sociais (23,47%). A responsabilidade foi atribuída à assistência médica ambulatorial e hospitalar em 50,7% dos casos.

De maneira geral, a rede estadual de vigilância de óbitos infantis pelos comitês, incentiva a identificação de todos os óbitos de crianças menores de um ano e o conhecimento de suas causas e determinantes, visando à detecção de falhas que tornaram o evento possível, propiciando sua correção de modo a garantir o funcionamento adequado do Sistema de Saúde e a redução da mortalidade infantil.

Dia 19 de setembro

PÔSTER

Qualidade do banco de dados das doenças exantemáticas (Sarampo e Rubéola) em Mato Grosso do Sul - 2001

Jadir Dantas, Marli Marques

Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul, MS

vigepi@sgi.ms.gov.br

Um Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) estruturado e com técnicos treinados para executar as ações recomendadas, bem como para digitar os dados no sistema informatizado (Sinan), possibilitando avaliações da oportunidade das ações e intervenções, são requisitos necessários para o alcance de metas definidas em planos tais como: Plano Nacional de Erradicação do Sarampo e Plano Nacional de Controle da Rubéola. A rotina de notificação das Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola) segue a normatização do GT-Exantemáticas, entretanto, a SES adotou o uso da Planilha de Acompanhamento de Casos Suspeitos de Sarampo ou Rubéola, e da digitação no Sinan, denominado Paralelo, com a finalidade de acompanhar a procedência das notificações, elaborar avaliações, retroalimentar os serviços e garantir a inclusão dos casos no Sinan de cada município notificante.

A informatização do SVE dentro da SES, teve início em 1997, exclusivamente para digitação de casos suspeitos de Sarampo. Passando a ser utilizado no ano seguinte como sistema oficial para todos os casos suspeitos de doenças e agravos constantes da lista de DNC. A partir de janeiro de 1999 foi descentralizado para os 77 municípios que compõem o estado, que desde então passaram a alimentar semanalmente o banco de dados da SES. Inúmeros foram os problemas surgidos com a descentralização, principalmente em decorrência da reduzida equipe técnica da SES (2 técnicos). A partir da descentralização do Sinan, os municípios receberam supervisões e assessorias da esfera central, tanto pelos técnicos responsáveis pelo sistema como pelo Assessor do GT-Sarampo. Apesar das dificuldades enfrentadas, o serviço apresentou progressiva melhoria na alimentação do banco de dados, no alcance

da maioria dos indicadores de qualidade do SVE, bem como maior agilidade no fechamento do banco de dados de 2001, que se deu em junho de 2002. Os dados confrontados entre **Sinan Paralelo** (informações da Planilha de Acompanhamento de suspeitos) e **Sinan Oficial** (dados constantes do banco da SES, alimentado pelos 77 municípios) referentes à suspeita de Sarampo, totalizam 153 e 134 respectivamente e para os suspeitos de Rubéola totalizam 1.310 e 1.321, respectivamente, com uma diferença de 11 casos entre as suspeitas e discordância no diagnóstico final em valores próximos a 3%. Avaliações dos Indicadores de Qualidade dos Serviços de Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas (Sarampo e Rubéola) do Sinan Oficial, nos anos de 1999, 2000 e 2001, elaboradas pelo programa EPI-Info (utilização de pgm definido pelo GT-Exantemáticas/Cenepi), apontam melhora progressiva dos percentuais. Para os suspeitos de sarampo os indicadores em 2001 ficaram acima de 80%, nos três dos quatro indicadores selecionados, a saber:

- Investigação oportuna (90%).
- Coleta oportuna (94%).
- Informação sobre situação vacinal (84%).
- Com exceção do indicador que se refere à investigação completa e com dados essenciais preenchidos, que foi de apenas 74%.

Para os casos de Rubéola, os indicadores são ainda melhores, a saber:

- Investigação adequada (92%).
- Investigação oportuna (96%).
- Coleta oportuna (94%); data de início de exantema preenchida (97%).

Os resultados apresentados são fruto de um trabalho integrado do SVE e dos técnicos responsáveis pelo Sinan. A manutenção de um banco de dados paralelo, num sistema informatizado, apesar de trabalhoso, tem sua relevância pela necessidade de domínio do sistema

Dia 19 de setembro

pelo técnicos da esfera central, pela possibilidade de melhor acompanhar a descentralização da informatização, bem como monitorar a situação dos serviços e do banco de dados.

Aprimoramento do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

Vera Lídia Alves de Oliveira
Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, PR
lidia@sms.curitiba.pr.gov.br

No ano de 2000, com a participação desta Secretaria no "Projeto de Aprimoramento do SIM", obtivemos o incentivo necessário para a efetivação de propostas de enfrentamento às deficiências no funcionamento deste sistema.

Nosso projeto teve como objetivos manter a abrangência do sistema, identificando todos os óbitos ocorridos no município; reduzir o tempo de acesso e melhorar a qualidade dos dados da DO; agilizar as investigações para a codificação das causas de morte; promover envolvimento interinstitucional no aprimoramento do sistema e aprimorar e incentivar o uso das informações produzidas pelo sistema. Para tanto estabeleceu-se várias etapas de trabalho, algumas das quais já efetivadas e com indicadores que revelam os avanços já alcançados:

- alterar o fluxo da declaração de óbito, assegurando o envio direto da primeira via da DO do Serviço Funerário Municipal à SMS-Curitiba, no prazo de 24 horas após a ocorrência do óbito;
- estabelecer fluxo de comunicação com os cartórios do município, pela planilha mensal contendo informações para o acompanhamento do registro dos óbitos no município;
- estabelecer controle do uso dos formulário de DO pelos hospitais, pelo envio mensal de planilha com os dados necessários para o controle de sua utilização;
- implementar fluxo de dados com outros setores/sistemas (Sinan, Saúde do Trabalhador, DST-aids, Comitês de Morte Materna e Infantil), para o cruzamento e/ou confirmação de causas básicas;
- estabelecer comunicação dirigida aos profissionais visando esclarecer incorreções e dúvidas ou complementações no preenchimento da DO, pelo envio de impressos padronizados.

Dia 19 de setembro

Os resultados obtidos foram:

- **Indicador de Agilidade:** redução do tempo de acesso às Declarações de Óbitos, que anteriormente eram acessadas no mês subsequente ao mês do óbito, passaram a chegar no dia seguinte ao dia do óbito e, trazendo como benefício, a redução do tempo da disponibilidade dos dados.
- **Indicador de Qualidade do Preenchimento da DO:** redução de campos incompletos. Como exemplo podemos citar os campos "Idade da Mãe" e "Peso ao Nascer", que se encontravam incompletos respectivamente em 60% e 52% dos casos no mês de janeiro de 2001. Estes percentuais apresentaram uma redução importante chegando a 1,8% em janeiro de 2002.
- **Indicador de Qualidade do Preenchimento e Melhoria da Investigação:** redução da proporção de óbitos por acidentes não especificados (X58 e X59) e eventos de intenção indeterminada (Y10 a Y34) em relação ao total de óbitos por causas externas, que se encontravam ao redor de 25% no início de 2001 passando a 7% no final do ano.
- **Maior controle dos formulários disponibilizados:** a implementação do fluxo de dados com outros setores/sistemas tem proporcionado a complementação dos dados não preenchidos na DO, como nos casos de óbitos infantil com informações do Sinasc, casos de óbitos como consequência de acidente de trabalho com informações do Setor de Saúde do Trabalhador e também confirmação de causa de óbito com dados provenientes do Sinam.

Aprimoramento do Sistema de Informação sobre Mortalidade: estratégias utilizadas pelo Município de Recife

Maria José B. Guimarães

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, PE

mazegui@recife.pe.gov.br

O processo de municipalização do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em Recife, teve início no último trimestre de 1993, representando um grande avanço em relação à cobertura do sistema, qualidade dos dados e uso das informações. Em 2000, Recife foi selecionado pelo Cenepi/FUNASA para participar do Projeto de Aprimoramento do SIM nas capitais com processo de municipalização mais avançado. O Projeto teve como objetivo, promover ações para o aprimoramento do SIM no Recife, visando melhorar a qualidade e agilidade dos dados e disponibilizar informações sobre a mortalidade, contribuindo em tempo oportuno para o conhecimento do perfil de mortalidade, o planejamento e o acompanhamento das ações de saúde.

Utilizando-se como marco temporal o início do Projeto, selecionaram-se as estratégias adotadas e ações realizadas que contribuíram para o aprimoramento do Sistema no Recife. Três eixos básicos foram trabalhados:

- Desenvolvimento institucional (subprojeto 1).
- Implementação do SIM (subprojeto 2).
- Capacitação (subprojeto 3).

No **Subprojeto 1**, com a estratégia de fortalecer a articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e as instituições envolvidas com o evento morte, obtiveram-se como resultados positivos, em relação à Corregedoria de Justiça:

- Determinação aos Cartórios sobre a disponibilização diária das DO ao SIM.
- Discussões sobre a viabilidade da implantação da Central de óbitos.

Dia 19 de setembro

- Discussões sobre o Projeto "Viver Legal" (registro de nascimento e óbito na Unidade Hospitalar de Ocorrência: cartório e unidade de saúde interligados via internet).

Em relação aos cartórios: sensibilização dos cartórios, com melhoria da relação com a Secretaria de Saúde; maior agilidade no acesso às DO - entre 24 horas (nos oito cartórios de maior movimento) e sete dias (nos sete cartórios de pouco movimento). Quanto à articulação com a Secretaria Estadual de Saúde, as ações foram voltadas para a implantação da operacionalização do SIM por "ocorrência" na região metropolitana: proposição e participação ativa em reuniões, oficinas e seminários sobre a estruturação do SIM por "ocorrência"; discussão da proposta/recursos na Bipartite; participação no grupo técnico nomeado pela Bipartite para estudo dos entraves (recursos financeiros, físicos, materiais, humanos, fluxograma para garantir as ações de vigilância); elaboração de Projeto Piloto; coordenação da operacionalização do Piloto. Em relação à articulação com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) do Programa Saúde da Família (PSF), obteve-se o apoio na notificação e investigação domiciliar dos óbitos infantis e maternos declarados e presumíveis.

No **Subprojeto 2**, utilizaram-se como estratégias: adequação dos recursos de informática, equipamentos e mobiliário; controle das DO distribuídas para uso hospitalar; aprimoramento da articulação SIM/Sinan e SIM/Sinasc; melhoria da qualidade da Vigilância dos Óbitos Maternos; fortalecimento da articulação SIM/Comitê Municipal de Estudo da Mortalidade Materna; e aprimoramento da análise e divulgação dos dados do SIM. Como principais resultados dessas estratégias, salientam-se:

- Maior agilidade no fechamento do banco de dados do SIM (redução de oito para dois meses).
- Maior agilidade na disponibilização das informações; alimentação dos bancos de dados do Sinan pelo SIM.

- Uso sistemático do Sinasc para resgate de dados ignorados das DO de < um ano.
- Validação dos óbitos fetais pela verificação no Sinasc.
- Redução do tempo de conclusão da investigação dos óbitos maternos (dois meses).
- Padronização das fichas de investigação do óbito materno (a partir de 1994).
- Discussão e fechamento dos casos de morte materna investigados com maior agilidade; construção rotineira de indicadores e análise de diversos aspectos da mortalidade do município.

No **Subprojeto 3**, realizaram-se algumas capacitações, estando outras em fase de organização. O Projeto de Aprimoramento do SIM, juntamente com outras estratégias adaptadas à realidade local, tem-se revelado como importante instrumento para a consolidação da epidemiologia no município.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)